

Assisterad reproduktion

– möjligheter och vägval

Rapport från Statens medicinsk-etiska råd

Februari 2026



Smer 2026:1

Smer 2026:1. Assisterad reproduktion – möjligheter och vägval.

Rapporten finns att ladda ned gratis på www.smer.se

Statens medicinsk-etiska råd (S 1985:A)

103 33 Stockholm

Tel: 08-405 10 00

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Åtta45

Tryck: Åtta45, Stockholm 2026

ISBN 978-91-525-1469-6 (tryck)

ISBN 978-91-525-1470-2 (pdf)

ISSN 1101-0398

Förord

Statens medicinsk-etiska råd har sedan sin tillkomst 1985 återkommande behandlat etiska frågor inom assisterad reproduktion. 2013 publicerade rådet rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter*, där en bred genomlysning av området gjordes. Sedan dess har det skett en utveckling av både metoder, tekniker och praktiker inom assisterad reproduktion, vilket har föranlett rådet att under 2024 och 2025 återigen arbeta med detta område.

I föreliggande rapport överväger rådet på nytt flera av de frågor som behandlades i 2013 års rapport men även nya frågor. Inom ramen för detta arbete har rådet bland annat anordnat rundabordssamtal och möten med professionen och Socialstyrelsen, temadagar med forskare och professionsföreträdare samt dialoger med ungdomar om framtidsfrågor.

I rapporten presenteras grundläggande etiska problem, olika argument för och emot metoder och förfaringssätt, samt rådets diskussioner, överväganden och ställningstaganden. Rådet är inte alltid enigt i sina slutsatser och har i den här rapporten månat om att utförligt beskriva de olika argument och ståndpunkter som har förts fram och diskuterats. I de frågor där rådet är enigt presenteras ett gemensamt ställningstagande och där skilda meningar råder presenteras både majoritetens och minoritetens överväganden och ställningstaganden.

Syftet med den här rapporten är att ge en bred och aktuell översyn av området, med särskilt fokus på de senaste årens utveckling av metoder, tekniker och praktiker. Men rådet har också blickat framåt med hjälp av de nya tekniker som beforskas i dag. Rapporten riktar sig främst till regering och riksdag, men är också avsedd att stimulera debatt och reflektion bland vårdgivare, professioner och den breda allmänheten.

Rapporten har beretts av rådet sekretariat i samarbete med flera beredningsgrupper bestående av både ledamöter och sakkunniga. Ansvarig handläggare har varit Carolina Östgren, utredningssekreterare. Även Lotta Eriksson (huvudsekreterare), Michael Lövtrup (utredningssekreterare) och Henrik Ahlenius (utredningssekreterare) har medverkat i beredningen.

Beslut om denna rapport har fattats av ledamöterna Sven-Eric Söder (ordförande), Clara Aranda, Yasmine Bladelius, Åsa Gyberg-Karlsson, Christer Jonsson, Per Landgren, Anton Nordqvist, Thomas Ragnarsson och Malin Sjöberg Högrell. I beredningen av rapporten har även rådets sakkunniga Lilas Ali, Erika Borgny, Anders Castor, Göran Collste, Niklas Juth, Kerstin Nilsson, Mikael Sandlund, Marie Sten, Anna Tunlid, Lena Wahlberg och Kavot Zillén deltagit. Ledamoten Per Landgren har inkommit med en reservation.

Innehåll

Ordlista	13
Sammanfattning	19
1 Inledning	35
1.1 Rådets tidigare beredning.....	37
1.2 Syftet med rapporten.....	38
1.3 Avgränsningar.....	39
2 Dagens situation	41
2.1 Infertilitet och ofrivillig barnlöshet.....	41
2.1.1 Hur vanligt är det?.....	41
2.1.2 Konsekvenser av ofrivillig barnlöshet för individen.....	41
2.1.3 Normer kring familjebildning.....	42
2.2 Metoder inom assisterad reproduktion.....	43
2.2.1 Insemination.....	43
2.2.2 Ivf.....	43
2.2.3 Antal behandlingar och födda barn.....	46
2.2.4 Frysförvaring av befruktade ägg och könsceller.....	46
2.2.5 Proaktiv fertilitetsvård.....	48
2.2.6 Livmodertransplantation.....	48
2.2.7 Preimplantatorisk genetisk testning (PGT).....	49
2.2.8 Metoder som inte är tillåtna och grupper som inte har tillgång.....	49
2.2.9 Risker vid assisterad reproduktion.....	49

2.3	Offentlig och privat vård	52
2.3.1	Det offentliga åtagandet	52
2.3.2	En föränderlig privat marknad	53
2.4	Vård utomlands och fertilitetsturism	54
2.5	Privat donation	55
2.6	Genetiska självtester och släktdatabaser	55
2.7	Ökad efterfrågan i framtiden?	56
2.8	Assisterad reproduktion som befolkningspolitik.....	57
2.9	Gällande rätt	57
2.9.1	Allmänna bestämmelser om hälso- och sjukvård.....	57
2.9.2	Särskilda bestämmelser om assisterad befruktning.....	59
3	Etiska utgångspunkter.....	69
3.1	Etisk analys	69
3.2	Viktiga värden, intressen och teman inom assisterad reproduktion.....	69
3.3	Internationella koder och konventioner	79
3.3.1	Barnkonventionen.....	79
3.3.2	Europakonventionen om skyddet för de mänskliga rättigheterna.....	81
3.3.3	Konventionen om mänskliga rättigheter och biomedicin	82
3.3.4	EU:s rättighetsstadga.....	82
3.4	Etiska utgångspunkter i den svenska lagstiftningen.....	83
3.5	Värde- och intressekonflikter	84
3.6	Rådets övergripande diskussioner och utgångspunkter.....	84
3.6.1	Ofrivillig barnlöshet och samhällets ansvar.....	84
3.6.2	Barnets bästa.....	85
3.6.3	Olika orsaker till barnlöshet.....	86

4	Vem får tillgång till assisterad reproduktion?	89
4.1	Prövning av medicinska, psykologiska och sociala förhållanden inför behandling	89
4.1.1	Situationen i dag	89
4.1.2	Etik	92
4.1.3	Rådets tidigare ställningstagande.....	94
4.1.4	Rådets diskussion och ställningstaganden	94
4.2	Åldersgränser	99
4.2.1	Situationen i dag	99
4.2.2	Medicinsk bakgrund.....	100
4.2.3	Etik	102
4.2.4	Rådets tidigare ställningstagande.....	103
4.2.5	Rådets diskussion och ställningstaganden	103
5	Köncellsdonation	105
5.1	Diagnostik och prövning av donatorer.....	107
5.1.1	Situationen i dag	107
5.2	Val av donator – vem ska välja och på vilka grunder?	109
5.2.1	Situationen i dag	109
5.2.2	Etik	110
5.2.3	Rådets tidigare ställningstagande.....	112
5.2.4	Rådets diskussion och ställningstaganden	112
5.3	Information om donatorn och eventuella donatorsyskon efter barnets födelse.....	118
5.3.1	Situationen i dag	118
5.3.2	Forskning.....	120
5.3.3	Etik	122
5.3.4	Rådets tidigare ställningstagande.....	126
5.3.5	Rådets diskussion och ställningstaganden	126
5.4	Antalet barn per donator	130
5.4.1	Situationen i dag	130
5.4.2	Rådets tidigare ställningstagande.....	131
5.4.3	Rådets kompletterade ställningstaganden.....	131

6	Förfoganderätt.....	133
6.1	Dagens situation.....	133
6.2	Etik.....	135
6.3	Rådets tidigare ställningstagande.....	136
6.4	Rådets diskussion och ställningstaganden.....	136
7	Postum reproduktion – användning av könsceller och befruktade ägg från avlidna personer.....	143
7.1	Situationen i dag.....	143
7.2	Forskning.....	146
7.3	Etik.....	147
7.4	Rådets tidigare ställningstagande.....	149
7.5	Rådets diskussion och ställningstaganden.....	150
8	Surrogatmoderskap.....	155
8.1	Definitioner.....	155
8.2	Sveriges regelverk.....	156
8.2.1	Surrogatarrangemang i Sverige.....	156
8.2.2	Surrogatarrangemang i utlandet.....	157
8.3	Situationen i dag.....	159
8.4	Forskning.....	162
8.4.1	Barnet.....	162
8.4.2	De tilltänkta föräldrarna.....	164
8.4.3	Surrogatmodern.....	164
8.4.4	Relationen mellan de tilltänkta föräldrarna och surrogatmodern.....	169
8.4.5	Surrogatmoderns familj.....	170
8.4.6	Förhållandet mellan altruistiskt och kommersiellt surrogatmoderskap.....	171
8.5	Etik.....	171
8.6	Rådets tidigare ställningstagande.....	174

8.7	Rådets diskussion och ställningstaganden.....	174
8.7.1	Altruistiskt surrogatmoderskap	175
8.7.2	Kommersiellt surrogatmoderskap	183
8.7.3	Hur bör vi förhålla oss till dagens praktik?	183
9	Fler än två föräldrar	187
9.1	Situationen i dag.....	187
9.2	Forskning	189
9.3	Etik.....	190
9.4	Rådets diskussion och ställningstaganden.....	191
10	Proaktiv fertilitetsvård	193
10.1	Äggfrysning av icke-medicinska skäl.....	194
10.1.1	Situationen i dag	194
10.1.2	Forskning.....	195
10.1.3	Etik	196
10.1.4	Rådets tidigare ställningstagande.....	197
10.2	Annan proaktiv fertilitetsvård.....	197
10.3	Rådets diskussion och ställningstaganden.....	197
11	Preimplantatorisk genetisk testning (PGT).....	201
11.1	Ungdomsdialoger.....	202
11.2	PGT-M, PGT-SR och PGT-HLA	203
11.2.1	Situationen i dag	203
11.2.2	Medicinska risker.....	205
11.2.3	Etik	205
11.2.4	Rådets tidigare ställningstagande.....	205
11.2.5	Rådets diskussion och ställningstaganden	206
11.3	PGT-A.....	207
11.3.1	Situationen i dag	208
11.3.2	Forskning.....	208
11.3.3	Nya metoder	210
11.3.4	Etik	211
11.3.5	Rådets tidigare ställningstagande.....	212

11.3.6	Rådets kommentarer.....	213
11.4	PGT-A i syfte att välja kön.....	213
11.4.1	Etik.....	213
11.4.2	Rådets diskussion och ställningstaganden.....	214
11.5	PGT-P.....	215
11.5.1	Etik.....	216
11.5.2	Rådets kommentarer.....	217
12	Offentlig och privat behandling	219
12.1	Det offentliga åtagandet.....	220
12.1.1	Behov och efterfrågan.....	220
12.1.2	Prioritering mellan assisterad reproduktion och annan hälso- och sjukvård	221
12.1.3	Prioritering mellan olika former av assisterad reproduktion	223
12.1.4	Rådets tidigare ställningstagande	225
12.1.5	Rådets diskussion och ställningstaganden.....	225
12.2	Den privata marknaden	229
12.2.1	Den globala marknaden	229
12.2.2	Den svenska marknaden	232
12.2.3	Fertilitetsturism	233
12.2.4	Rådets diskussion och ställningstaganden.....	235
13	Framtida tekniker och metoder.....	237
13.1	In vitro-gametogenes (IVG).....	239
13.1.1	Forskningsläget i dag	239
13.1.2	Etik.....	240
13.1.3	Ungdomsdialoger.....	242
13.1.4	Rådets kommentarer.....	243
13.2	Artificiella livmödrar	243
13.2.1	Forskningsläget i dag	244
13.2.2	Etik.....	245
13.2.3	Rådets kommentarer.....	248
13.3	Livmodertransplantation till nya grupper	249

14	Slutsatser och rekommendationer	251
14.1	Förändra regleringen	251
14.2	Ändra regionernas riktlinjer	253
14.3	Förändra praxis	253
14.4	Ge uppdrag till Socialstyrelsen.....	253
14.5	Påbörja en bred samhällelig diskussion	253
	Referenser	255
	Reservation av ledamot Per Landgren (KD)	275
	Bilaga	
Bilaga 1	Möten och konferenser	289

Ordlista

Altruism	Handlingssätt där huvudmotivet för handlingen är hänsynen till en medmänniska utan att man själv drar fördel av handlingen.
Assisterad reproduktion, assisterad befruktning	Samlingsnamn för olika medicinska metoder som syftar till att hjälpa personer att få barn vid infertilitet och ofrivillig barnlöshet eller som syftar till att undvika att genetiska sjukdomar överförs till barn. I Sverige och i Smers tidigare rapporter har området benämnts assisterad befruktning. Rådet har i den här rapporten valt att använda den något mer omfattande termen assisterad reproduktion. Reproduktion avser här hela processen från hantering av könsceller, via befruktning och fram till ett barns födelse.
Autonomi	Självbestämmande.
Befruktat ägg	Avser utvecklingsstadiet mellan befruktningen och implantationen i livmodern.
Dubbeldonation	Både ägg och spermier är donerade.
Embryo	Avser utvecklingsstadiet mellan vecka 3 och vecka 8 under fosterutvecklingen, efter implantation i livmodern. Ibland används beteckningen embryo redan från befruktningsögonblicket.

Embryodonation	Term som används synonymt med donation av befruktade ägg, dvs. när ett befruktat ägg som blivit över vid en ivf-behandling doneras till ett par eller en person för att användas inom assisterad reproduktion.
Epigenetik	Modifieringar i arvmassan som påverkar genernas reglering och uttryck. Epigenetiska förändringar kan induceras av faktorer i den omgivande miljön.
Frivillig barnlöshet	Att aktivt välja att inte skaffa barn.
Fryszykel	Återföring vid ivf-behandling av ett befruktat ägg som skapats vid en tidigare behandling och frysts ner.
Fullständigt surrogatmoderskap	Ett befruktat ägg från en annan kvinna överförs till surrogatmoderns livmoder där det sedan utvecklas till ett barn. Den födande kvinnan är inte barnets genetiska mor.
Färsk cykel	Återföring av ett befruktat ägg direkt efter att ägg har befruktats och utvecklats några dagar i laboratoriet vid ivf-behandling.
ICSI	En variant av ivf där en enda spermie injiceras med en fin nål direkt in i ägget.
Implantation	När det befruktade ägget fäster i livmoderslemhinnan.
In vitro	I provrör, utanför kroppen.
In vitro-fertilisering (ivf) eller provrörsbefruktning	Fertilitetsmetod där kvinnans ägg befruktas av mannens spermier utanför kvinnans kropp. Vanligtvis läggs äggen och spermierna i en odlingskål med näringslösning.

Infertilitet	Medicinskt tillstånd som innebär svårigheter att få barn. Infertilitet definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) som utebliven graviditet trots regelbundna oskyddade samlag under ett års tid.
Inomparsbehandling	Assisterad reproduktion med könsceller från de två personer som utgör paret som ska bli föräldrar.
Insemination	En fertilitetsmetod där spermier förs in i livmoder via vagina med hjälp av en tunn plastslang.
Kloning	Att skapa en genetisk identisk individ eller cell från en annan individ eller cell.
Könsceller	Celler som används till befruktning, dvs. obefruktade ägg och spermier.
Könscellsbank	Inrättning där man samlar, fryser ner och lagrar spermier och eller ägg. Kallas även gametbank eller kryobank.
Könscellsdonator	Person som donerar sina spermier eller ägg för att de ska kunna användas vid behandling av ett annat par eller en annan person.
Menopaus	Tidpunkten för en kvinnas sista menstruation, vilket innebär att fertiliteten upphör. Infaller vanligen mellan 45 och 55 års ålder.
Ofrivillig barnlöshet	Ett vidare begrepp än infertilitet. En ofrivilligt barnlös person kan definieras som någon som vill ha barn men av någon anledning inte kan få det. Ofrivillig barnlöshet kan, vid sidan om infertilitet, bero på att förutsättningar för en spontan graviditet saknas, till följd av att man lever i en samkönad relation eller är ensamstående. I den här rapporten

	används termen ofrivillig barnlöshet för samtliga par eller personer som av olika anledningar är ofrivilligt barnlösa med eller utan en medicinsk infertilitet.
Partiellt surrogatmoderskap	Surrogatmoderns egna ägg används så att surrogatmodern, den födande kvinnan, är barnets genetiska mor.
Perimortem	I samband med att en person avlider.
Postpartum	Efter förlossningen.
Postum reproduktion	Användning av könsceller eller befruktade ägg från avlidna personer.
Preimplantatorisk genetisk testning (PGT)	En teknik för att analysera genetiken hos befruktade ägg.
Pronatalism	Norm som framhäver fördelarna med barn och uppmuntrar barnafödande.
Reproduktionsteknologi	Samlingsnamn för tekniker och teknikutveckling inom assisterad reproduktion.
Spermiedonator	Man som donerar sina spermier för att de ska kunna användas till befruktning av ett ägg vid behandling av ett annat par eller en annan person.
Surrogatmoder	Kvinna som genomgår graviditet och förlossning för någon annans räkning. Kallas även värdmoder.
Sluttande planet ("slippery slope")	Tanken att om man öppnar dörren på glänt för vissa tillämpningar, så kommer dörren snart att vara öppen för andra tillämpningar genom att det finns en glidande övergång mellan dem.
Tredjepartsdonation	Donation av spermier, ägg eller befruktade ägg för användning i assisterad reproduktion.
Värdmoder	Annan benämning på surrogatmoder.

Äggdonator

Kvinna som donerar sina ägg för att de ska kunna användas till befruktning vid behandling av ett annat par eller en annan person.

Sammanfattning

Att få barn är för många en av livets mest betydelsefulla erfarenheter, men för en stor grupp människor är detta inte möjligt utan medicinsk hjälp. Assisterad reproduktion är ett samlingsbegrepp för medicinska metoder som möjliggör för fler att bli föräldrar. Assisterad reproduktion används också för att undvika att genetiska sjukdomar överförs till barn.

Området assisterad reproduktion väcker komplexa etiska och juridiska frågor eftersom många olika värden och intressen kan komma i konflikt med varandra. Ska samhället sätta gränser för vem som får tillgång till assisterad reproduktion och i så fall på vilket sätt? Vilka metoder är etiskt acceptabla? Ska det vara tillåtet att välja könscellsdonator eller befruktade ägg utifrån egenskaper? Hur ska samhället förhålla sig till att människor söker fertilitetsbehandlingar utomlands som är förbjudna i Sverige?

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har som uppgift att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett samhällsperspektiv och att fungera som en länk mellan vetenskapen och politiska beslutsfattare. Rådet har sedan sin tillkomst 1985 återkommande behandlat frågor om assisterad reproduktion. Syftet med den här rapporten är att ge en bred och aktuell översyn av området, med särskilt fokus på de senaste årens utveckling av metoder, tekniker och praktiker. Men rådet har också blickat framåt och kan konstatera att med de nya tekniker som beforskas i dag – utveckling av könsceller från kroppsceller, artificiella livmödrar och alltmer korrekta analyser av risker för utveckling av sjukdomar och egenskaper hos befruktade ägg – kan människans sätt att få barn komma att förändras i grunden.

Rapporten riktar sig främst till regering och riksdag, men är också avsedd att stimulera debatt och reflektion bland vårdgivare, professioner och den breda allmänheten.

Rådet ser positivt på att allt fler har fått tillgång till assisterad reproduktion ...

Under de senaste decennierna har allt fler människor kunnat få barn med hjälp av assisterad reproduktion. Det beror både på att tekniker och metoder har utvecklats och förbättrats, och att lagstiftningen har förändrats. Nya och förbättrade medicinska metoder har gjort det möjligt för fler personer med medicinsk infertilitet att få barn. Mer tillåtande lagstiftning har gjort att fler grupper – som samkönade par av kvinnor, ensamstående kvinnor och personer och par som behöver både donerade ägg och donerade spermier – också kan få hjälp. Parallellt har acceptansen i samhället för att familjer kan se olika ut ökat.

Rådet värnar den reproduktiva friheten och ser positivt på utvecklingen där allt fler har kunnat få hjälp att få barn. Rådet kan konstatera att ytterligare nya metoder och förändrad lagstiftning kring existerande metoder skulle kunna hjälpa allt fler människor att få barn. I dag finns till exempel ingen tillåten metod inom vården som kan hjälpa ensamstående män och samkönade par av män att bli föräldrar. För detta skulle det krävas att en kvinna bär och föder barnet och i rapporten behandlas frågor om surrogatmoderskap. Ett annat sätt för dessa grupper att bli föräldrar är genom överenskommelser med t.ex. en vän som bär barnet och är barnets mor, och där mannen eller männen fungerar som barnets far eller fäder. I rapporten diskuteras möjligheten att vara fler vårdnadshavare än två.

I en tid av sjunkande födelsetal höjs allt fler röster för att assisterad reproduktion kan vara ett medel för att öka barnafödandet. Rådet betonar dock att satsningar på assisterad reproduktion och proaktiva åtgärder som ökad kunskap om fertilitet ska motiveras av den enskildes behov och inte av samhällsnyttan.

... men anser att vissa begränsningar är etiskt försvarbara

Samhället stödjer människors möjlighet att få barn genom assisterad reproduktion, men detta stöd är inte att betrakta som en ovillkorlig rättighet. Både lagstiftning och regionernas policy sätter i dag gränser för vem som får tillgång till assisterad reproduktion och vilka metoder som tillåts eller erbjuds. Begränsningarna är av olika slag. I vissa fall

är metoder eller moment förbjudna direkt eller indirekt. I dagsläget får t.ex. inte surrogatmoderskap erbjudas inom svensk hälso- och sjukvård och det är inte tillåtet att använda könsceller från avlidna personer. I andra fall krävs en prövning av vem som ska få tillgång till behandling vilket gör att vissa nekas. I ytterligare andra fall handlar det om att regionerna har satt upp begränsningar i form av åldersgränser och antal försök som finansieras. Livmodertransplantation är en kostsam metod och det förs en diskussion om huruvida den ska ingå i det ordinarie vårdutbudet eller inte.

Smer diskuterar dessa olika former av begränsningar i rapporten. Rådet har vägt de ofrivilligt barnlösas önskan om barn mot de andra värden och intressen som aktualiseras i fråga om de blivande barnen, övriga familjemedlemmar, andra inblandade parter och samhället i stort. I vissa fall, som användning av befruktade ägg och könsceller från avlidna, har en majoritet i rådet kommit fram till att det är etiskt försvarbart att vara mer tillåtande. I andra fall anser en majoritet att det är etiskt försvarbart med begränsningar, och att det exempelvis bör göras en viss prövning av alla sökandes psykologiska och sociala förhållanden inför behandling. I fråga om altruistiskt surrogatmoderskap är rådet delat.

Nya frågor väcks inom området könscellsdonation

Sverige var först i världen med en reglering om att alla könscellsdonatorer ska vara öppna. Donatorer väljs så att de liknar föräldrarna och personer som har blivit till med könscellsdonation kan när de har uppnått tillräcklig mognad få information om donatorns och eventuella donatorsyskons identitet. Rådet konstaterar att synen på könscellsdonation verkar vara i förändring, särskilt i vissa grupper, där donator och eventuella donatorsyskon hos vissa tillerkänns en tydligare och ibland aktiv roll redan från barnets födelse. Rådet har därför diskuterat frågor som rör val av donator samt information om donatorer och donatorsyskon.

Valmöjligheter – vem ska födas?

Vissa moment inom assisterad reproduktion innebär att val måste göras som påverkar vem som blir född. Vid könscellsdonation måste en donator väljas och vid ivf-behandling måste ett befruktat ägg väljas för implantation. Vidare används assisterad reproduktion inte bara för att människor ska kunna få barn, utan också för att människor ska kunna få genetiskt besläktade barn som inte ärver vissa genetiska sjukdomar som föräldrarna bär på. I dag är preimplantatorisk genetisk testning (PGT) tillåten i detta syfte. Vid PGT görs en analys av befruktade äggs genetiska egenskaper. Mitokondribyte är en annan metod som är under utveckling och som syftar till att undvika att barn ärver mitokondriella sjukdomar.

Med förbättrad analysteknik och ökad kunskap om genetikens betydelse kommer val av donatorer och befruktade ägg alltmer i ropet. Smer har i rapporten behandlat vissa frågor inom detta område.

En internationell marknad för fertilitetsvård

Den privata marknaden för fertilitetsvård växer snabbt, med ökad kommersialisering och internationell påverkan. Detta innebär både möjligheter och risker. Fler kan få behandling och nya effektivare behandlingsmetoder kan spridas snabbare. Samtidigt ser rådet en fara i att kommersiella intressen kan komma att styra vårdutbudet och påverka efterfrågan, vilket kan leda till att patienter erbjuds behandlingar med svag vetenskaplig evidens och till en oönskad kommersialisering och varufiering av mänsklig reproduktion.

Många människor som inte får tillgång till önskad behandling i Sverige söker sig utomlands. Skälen kan exempelvis vara att en metod inte är tillåten i Sverige, att man blivit nekad behandling eller att man vill få behandling snabbare. Rådet har diskuterat hur samhället ska förhålla sig till detta.

Rådets rekommendationer

Rådet är inte alltid enigt i sina ställningstaganden och har i den här rapporten månat om att utförligt beskriva de olika argument och ståndpunkter som har förts fram och diskuterats.

Förändra regleringen

Sammanfattningsvis bedömer rådet att mycket i dagens reglering av assisterad reproduktion fungerar väl. Men på ett antal områden anser rådet att förändringar i lagstiftningen bör komma till stånd:

- Regelverket gällande *förfoganderätt till könsceller och befruktade ägg* bör ses över och förtydligas så att förfoganderätten får ett tydligt lagstöd. Det bör också regleras *hur länge spermier och obefruktade ägg ska få sparas*. När det gäller att *ta med könsceller eller befruktade ägg till annan klinik* för behandling som är tillåten i Sverige, anser rådet att detta bör vara möjligt även om en person eller ett par har nekats eller avråtts från behandling, på villkor att beslutet är informerat och att uppenbara riskfall kan fångas upp.
- När det gäller frågan om huruvida mer information ska kunna lämnas till föräldrar och barn om könscellsdonatorer, bör *information om donatorns sjukdomshistoria* kunna lämnas efter barnets födelse vid behov.
- Rådet betonar att *barnets rätt till trygghet och rättssäkerhet* måste gå före statens intresse av att motverka kommersiella surrogatarrangemang i utlandet. Därför är rådet positivt till en reglering som underlättar fastställandet av föräldraskapet i Sverige för barn som har blivit till med hjälp av surrogatmoderskap.
- En majoritet i rådet anser att det under vissa omständigheter bör vara tillåtet att använda *könsceller och befruktade ägg från avlidna personer* i assisterad reproduktion. Det gäller exempelvis när en ivf-behandling redan har påbörjats och en av parterna eller en donator avlider. I sådana fall bör den kvarlevande parten kunna fullfölja behandlingen, förutsatt att den avlidna personen tidigare har lämnat ett uttryckligt samtycke till att materialet får användas efter döden. Socialstyrelsens allmänna råd på området bör få ett tydligt lagstöd.
- I fråga om att *ta med könsceller eller befruktade ägg utomlands för behandlingar som inte är tillåtna i Sverige*, anser en majoritet i rådet att självbestämmandet bör väga tyngst, och att kliniker bör lämna ut materialet även när det är känt att materialet ska användas för behandlingar som inte är tillåtna i Sverige.

- En majoritet i rådet anser att en *prövning av blivande föräldrars medicinska, psykologiska och sociala förhållanden* bör göras inför all behandling med assisterad reproduktion, oavsett om egna eller donerade könsceller används. Samhället bör dock inte ha alltför långtgående synpunkter på vem som får bli förälder. Bedömningarna måste vara likartade och godtycke undvikas.
- Vidare föreslår en majoritet av rådets medlemmar att frågan om barn ska kunna ha *fler än två rättsliga föräldrar* utreds, och att åtgärder införs för att *stärka rättigheter för de vuxna som inte är rättsliga föräldrar*.
- Rådet är delat i frågan om *altruistiskt surrogatmoderskap*. Delar av rådet anser att altruistiskt surrogatmoderskap kan vara etiskt acceptabelt under vissa villkor och att frågan bör utredas, medan andra delar av rådet är emot att tillåta altruistiskt surrogatmoderskap i Sverige.

Ändra regionernas riktlinjer

Rådet anser att en individuell bedömning av förutsättningarna för behandling är att föredra framför de generella åldersgränser som regionerna har ställt upp.

Förändra praxis

Rådet anser att dagens bestämmelse om att den som har tillkommit genom assisterad befruktning med donerade könsceller har rätt att ta del av uppgifter om donatorn om han eller hon har ”uppnått tillräcklig mognad” framstår som rimlig. Rådet finner det dock olyckligt om det har utvecklats en praxis som säger att tillräcklig mognad betyder minst 18 år. En sådan praxis bör i så fall omprövas. Tillräcklig mognad kan uppnås tidigare.

Ge uppdrag till Socialstyrelsen

Rådet föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag

- att följa utvecklingen kring vilka tjänster som erbjuds inom fertilitetsvård, även proaktiv fertilitetsvård, och *tillhandahålla tydlig patientinformation om behandlingar, risker och framgångschanser*, för att stärka konsumentskyddet, och
- att göra en *uppföljning av vilka sjukdomar och tillstånd preimplantatorisk genetisk testning (PGT) tillämpas vid*.

Påbörja en bred samhällelig diskussion

Rådet anser också att det bör föras en bred och djupgående diskussion i samhället om framtidens reproduktionstekniker. Denna diskussion måste omfatta flera tekniker samtidigt, eftersom särskilda etiska dilemman kan uppstå när olika metoder kombineras.

Rådets sammanfattande överväganden och ställningstaganden i respektive sakfråga

Särskild prövning inför behandling

En majoritet i rådet anser att en prövning av blivande föräldrars medicinska, psykologiska och sociala förhållanden bör göras inför all behandling med assisterad reproduktion, oavsett om egna eller donerade könsceller används. Dagens system, där en särskild prövning endast görs vid behandling med donerade könsceller, är inte tillräckligt motiverat. I stället bör prövning ske i samtliga fall, men anpassas efter situationen – exempelvis genom att särskilda frågor ställs vid donationsbehandling. Rådet understryker dock att samhället inte bör ha alltför långtgående synpunkter på vem som får bli förälder, men det är inte rådets uppgift att avgöra exakt var gränsen ska gå. Prövningen får inte vara diskriminerande eller innebära ett alltför stort intrång i den personliga integriteten. Bedömningen bör vara enhetlig över landet och inte styras av lokala eller subjektiva kriterier. Nationellt stöd i form av riktlinjer eller föreskrifter bör

tas fram och möjlighet till överprövning eller ny bedömning vid ett avslag måste finnas.

En minoritet i rådet motsätter sig en prövning av de sökandes psykologiska och sociala förhållanden och menar att den hotar den reproduktiva friheten och riskerar att bli godtycklig eller diskriminerande.

Åldersgränser

Rådet konstaterar att det finns medicinska och ekonomiska skäl till att regioner tillämpar åldersgränser för assisterad reproduktion, särskilt med tanke på att fertiliteten minskar med åldern och att riskerna vid graviditet ökar. Samtidigt menar rådet att fasta åldersgränser kan vara orättvisa, eftersom biologisk ålder varierar mellan individer. Rådet anser att individuell bedömning är att förädra framför generella åldersgränser, och betonar behovet av nationellt kunskapsstöd för att undvika godtyckliga bedömningar. Regelverket bör utformas så att det inte förstärker könsdiskriminering eller bygger på normer om när det är "lämpligt" att skaffa barn. Rådet anser att det ska finnas förutsättningar för att barnet kan växa upp med minst en förälder, vilket innebär att föräldern måste vara tillräckligt ung för att kunna ta ansvar under barnets uppväxt.

Könscellsdonation

Rådet konstaterar att synen på könscellsdonation verkar vara i förändring, särskilt i vissa grupper, där donator och eventuella donatorsyskon tillerkänns en tydligare och ibland aktiv roll redan från barnets födelse.

Val av donator

Rådet anser att dagens system där vården först diagnosticerar, prövar och ställer höga krav på donatorernas hälsa, och sedan väljer donator i det enskilda fallet, är en rimlig kompromiss mellan de inblandade värdena, principerna och intressena.

Information om donatorn och eventuella donatorsyskon efter barnets födelse

Rådet anser att dagens bestämmelse om att den som har tillkommit genom assisterad befruktning med donerade könsceller har rätt att ta del av uppgifter om donatorn om han eller hon har ”uppnått tillräcklig mognad” är rimlig. Det är dock olyckligt om det har utvecklats en praxis som säger att tillräcklig mognad betyder minst 18 år. En sådan praxis bör i så fall ändras. Klinikerna måste vara beredda på att göra mognadsbedömningar av de barn som vill ta reda på donatorers och eventuella donatorsyskons identitet. Rådet finner det sannolikt att allt fler människor kommer att vilja söka upp sådan information och också ta kontakt med donatorerna och eventuella donatorsyskon. Alla dessa parter kan behöva stöd i processen. Rådet anser att det bör ingå i klinikernas uppdrag att ge sådant stöd eller att hänvisa till andra instanser som kan ge det.

Rådet bedömer att dagens regelverk, där det är barnets exklusiva rätt att söka information om donatorns och eventuella donatorsyskons identitet (under förutsättning att donatorsyskonen gett sitt samtycke till att bli eftersökta), är fortsatt adekvat. Även om vissa föräldrar uttrycker en önskan om tidig kontakt med donatorn eller donatorsyskonen och deras familjer, anser rådet att detta kan riskera att kränka barnets rätt till autonomi. Samtidigt ser rådet att normerna kring könscellsdonation är under förändring, och att vissa grupper ser tidig kontakt med barnets genetiska släktingar som något positivt. Rådet efterlyser mer kunskap om hur olika system påverkar barn, donatorer och deras familjer.

När det gäller tillgång till medicinsk och annan icke-identifierande information om donatorn, anser rådet att information om donatorns sjukdomshistoria bör kunna lämnas efter barnets födelse vid behov. Däremot är rådet mer tveksamt till att lämna ut annan personlig information, såsom intressen eller yrke, innan barnet själv har möjlighet att ta del av donatorns identitet. Även här efterlyser rådet mer kunskap innan eventuella förändringar i regelverket görs.

Förfoganderätt

Rådet har diskuterat principerna för förfoganderätten till könsceller och befruktade ägg, med utgångspunkt i individens rätt till självbestämmande över sitt genetiska material.

Rådet anser att en person som huvudregel själv ska få bestämma hur materialet används, men att båda parter måste vara överens vid användning av befruktade ägg som tillkommit inom en parrelation.

När det gäller att ta med könsceller eller befruktade ägg till annan klinik för behandling som är tillåten i Sverige, är rådet enigt om att detta bör vara möjligt även om behandling har nekats eller avrått från, på villkor att beslutet är informerat och att uppenbara riskfall kan fångas upp.

I fråga om att ta med könsceller eller befruktade ägg utomlands för behandlingar som inte är tillåtna i Sverige, såsom surrogatmoderskap, könsväl eller användning av anonyma donatorer, är rådet inte enigt. En majoritet anser att självbestämmandet bör väga tyngst även i dessa fall, och att kliniker bör lämna ut materialet även när det är känt att materialet ska användas för behandlingar som inte är tillåtna i Sverige. En minoritet i rådet anser däremot att samhällets ansvar att upprätthålla det svenska regelverket väger tyngre än individens självbestämmande. Enligt dem bör utlämnande nekats om det finns skälig anledning att tro att materialet ska användas för behandlingar som är förbjudna i Sverige, eftersom ett utlämnande skulle undergräva det svenska regelverkets legitimitet och sända fel signaler om vad som är etiskt acceptabelt.

Hela rådet är enigt om att befruktade ägg som tillkommit genom könscellsdonation inte ska lämnas ut för behandling utomlands, eftersom donatorn endast samtyckt till användning inom ramen för svensk lag.

Rådet anser att regelverket bör ses över och förtydligas så att förfoganderätten över könsceller och befruktade ägg får ett tydligt lagstöd. Det bör också regleras hur länge spermier och obefruktade ägg ska få sparas. På så sätt minskar tolkningsutrymmet för de enskilda klinikerna och likabehandlingen ökar.

Postum reproduktion – användning av könsceller och befruktade ägg från avlidna

En majoritet i rådet anser att det under vissa omständigheter bör vara tillåtet att använda könsceller och befruktade ägg från avlidna personer i assisterad reproduktion. Det gäller exempelvis när en ivf-behandling redan har påbörjats och en av parterna eller en donator avlider. I sådana fall bör den kvarlevande parten kunna fullfölja behandlingen, förutsatt att den avlidna personen tidigare har lämnat ett uttryckligt samtycke till att materialet får användas efter döden. Majoriteten menar att detta är rimligt utifrån omsorg om de personer som drabbas av en partners eller donators bortgång under pågående behandling. Dessa rådsmedlemmar är dock medvetna om att postum reproduktion väcker komplexa frågor, bland annat kring arvsrätt och tidsgränser för användning av materialet. Majoriteten anser att frågan bör utredas vidare och regleras i lag, och att Socialstyrelsens allmänna råd bör få ett tydligt lagstöd.

En minoritet i rådet motsätter sig användning av könsceller och befruktade ägg från avlidna personer, med hänvisning till att det kan vara negativt för barnet och att döden utgör en naturlig gräns för reproduktion.

När det gäller att tillvarata könsceller i samband med döden för framtida användning ser rådet inte att det finns någon efterfrågan i Sverige, och bedömer att frågan inte är angelägen att utreda vidare i dagsläget.

Surrogatmoderskap

Altruistiskt surrogatmoderskap

Rådet är delat i frågan om altruistiskt surrogatmoderskap, vilket speglar olika etiska bedömningar av risker, autonomi och skydd för inblandade parter.

En del av rådsmedlemmarna anser att altruistiskt surrogatmoderskap kan vara etiskt acceptabelt under vissa villkor och att det ska kunna tillåtas i Sverige. De betonar individens rätt till självbestämmande och menar att det är möjligt att ge ett giltigt informerat samtycke till att bli surrogatmoder. De ser metoden som ett sätt att ge fler tillgång till assisterad reproduktion och hoppas att ett tillåtande

i Sverige kan minska användningen av kommersiella arrangemang utomlands. De villkor för att metoden ska vara etiskt försvarbar som har framförts i diskussionerna är bland annat att surrogatmodern har egna barn, inte är genetisk mor till barnet och har rätt att bestämma över sin graviditet, och att det företas en medicinsk och psykologisk lämplighetsprövning av de tilltänkta föräldrarna och surrogatmodern. En rådsmedlem anser att altruistiskt surrogatmoderskap endast bör vara tillåtet när en kvinna av medicinska skäl inte kan bära ett barn. Övriga anser att metoden bör kunna användas av både olikkönade och samkönade par samt ensamstående.

En del av rådsmedlemmarna är emot att tillåta altruistiskt surrogatmoderskap i Sverige. De lyfter fram risken för att kvinnor instrumentaliserar och risken för att kvinnor i socioekonomiskt utsatta situationer utnyttjas. Andra argument handlar om medicinska risker för surrogatmodern, om osäkerheten kring barnets, surrogatmoderns och surrogatmoderns egna barns välbefinnande och svårigheten att säkerställa ett giltigt informerat samtycke. De pekar också på att det är osäkert om ett tillåtande i Sverige skulle leda till att färre vill använda sig av kommersiellt surrogatmoderskap utomlands.

Kommersiellt surrogatmoderskap

I fråga om kommersiellt surrogatmoderskap anser hela rådet att det inte är etiskt acceptabelt. De menar att kommersialiseringen riskerar att göra både surrogatmodern och barnet till handelsvaror, och att kvinnor, särskilt i ekonomiskt utsatta situationer, kan utnyttjas. Rådet betonar att människokroppen inte bör vara föremål för handel.

Surrogatarrangemang i utlandet

Rådet konstaterar att svenska medborgare sannolikt kommer att fortsätta använda surrogatmoderskap utomlands, oavsett om det tillåts i Sverige eller inte. Rådet betonar att barnets rätt till trygghet och rättssäkerhet måste gå före statens intresse av att motverka sådana arrangemang. Därför bör barn som tillkommit genom surrogatmoderskap inte missgynnas, och rådet ser positivt på lagstiftning som underlättar ett fastställande av föräldraskapet i Sverige. Rådet avvisar förslag om kriminalisering av surrogatmoderskap utomlands,

eftersom det riskerar att drabba barnen negativt. Ett förbud mot förmedling av kommersiella surrogatarrangemang bedöms som verkningslöst, då svenskar sannolikt skulle vända sig till utländska aktörer. Rådet är delat i frågan om internationellt samarbete: vissa vill motverka surrogatmoderskap på ett internationellt plan, medan andra förespråkar gemensamma riktlinjer för att säkerställa etiskt acceptabla arrangemang.

Fler än två föräldrar

Rådet har diskuterat möjligheten att fler än två vuxna ska kunna bli rättsliga föräldrar till barn som tillkommit genom ”privat” assisterad reproduktion, särskilt i familjer där samkönade par är involverade. Rådet ser positivt på att fler grupper av ofrivilligt barnlösa får möjlighet att bli föräldrar, men betonar att detta måste vägas mot andra värden och intressen. Det finns potentiella fördelar för både barn och vuxna med att fler än två personer får rättslig status som föräldrar, men också risker, särskilt vid separationer eller i vårdsituationer där samtycke krävs. Rådet kan inte avgöra om fördelarna med fler än två rättsliga föräldrar överväger nackdelarna. En majoritet av rådets medlemmar föreslår att frågan utreds vidare, och att åtgärder införs för att stärka rättigheter för de vuxna som inte är rättsliga föräldrar. En minoritet av rådets medlemmar motsätter sig detta.

Proaktiv fertilitetsvård

Många människor saknar kunskap om fertilitet och hur ålder och livsstilsfaktorer kan påverka den. Rådet ser positivt på insatser som ökar människors kunskap om fertilitet, men betonar att informationen ska vara neutral och icke-styrande i fråga om huruvida det är önskvärt att få barn. Samtidigt uttrycks oro över en marknadsstyrd utveckling där kommersiella intressen riskerar att gå före patientens bästa. Rådet anser att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att granska och informera om risker och nytta med tjänster inom proaktiv fertilitetsvård, till exempel äggfrysning.

En majoritet av rådsmedlemmarna anser att äggfrysning av icke-medicinska skäl bör bekostas av individen själv. De ser dock en utveckling där människor vill skjuta upp barnafödandet till allt högre

åldrar, vilket kan leda till att fler kommer att behöva hjälp med assisterad reproduktion. En ledamot anser att det redan nu bör utredas om samhället ska bekosta äggfrysning av icke-medicinska skäl.

Preimplantatorisk genetisk testning

Smer konstaterar att utvecklingen inom preimplantatorisk genetisk testning (PGT) väcker nya etiska frågor som kräver samhällelig reflektion. Rådet anser att det behövs större insyn i hur PGT används i Sverige och föreslår en nationell uppföljning av vilka sjukdomar och tillstånd metoden tillämpas för.

När det gäller PGT-A, som syftar till att hitta kromosomavvikelser och öka chanserna till graviditet och förlossning, konstaterar rådet att kunskapsläget fortfarande är osäkert och att det inte är visat att metoden har en tydlig effekt på graviditetsutfall. Rådet avser att följa utvecklingen vidare.

I fråga om PGT-A för könsselektion utan medicinsk indikation anser rådet att det fortsatt bör vara förbjudet i Sverige. Könsval strider mot principen om människovärde, kan påverka barns rätt till en öppen framtid och riskerar att förstärka könsstereotyper och samhälleliga obalanser.

PGT-P, som syftar till att uppskatta sannolikhet för att utveckla olika sjukdomar och egenskaper som beror på flera gener, väcker frågor om risker för förändrad människosyn, minskad tolerans för olikheter och ökade sociala klyftor. Ännu är den vetenskapliga grunden för PGT-P svag, men rådet betonar vikten av att redan nu föra en bred etisk diskussion om tekniken.

Offentlig och privat behandling samt fertilitetsturism

Smer anser att assisterad reproduktion bör vara tillgänglig till rimlig kostnad och att ekonomiska faktorer inte ska avgöra vem som får behandling. Samtidigt inser rådet att det offentliga åtagandet är begränsat vilket gör det rimligt att dra gränser för antal försök och antal barn. Rådet är dock öppet för att nuvarande rekommendationer skulle kunna ses över.

Det finns skillnader mellan regionerna i fråga om till exempel villkor för behandling. Rådet anser att detta inte är acceptabelt och

hoppas att Socialstyrelsens arbete med nytt kunskapsunderlag ska bidra till att utjämna dessa skillnader.

Rådet understryker att assisterad reproduktion är hälso- och sjukvård och att satsningar på området bör motiveras utifrån individens behov, inte som ett medel för att öka barnafödandet i samhället. Att använda vårdresurser för att främja födelsetal riskerar att förskjuta fokus från den enskildes behov till samhällsnytta, vilket inte är förenligt med prioriteringsplattformens principer.

Rådet konstaterar att samhället inte kan eller bör bekosta all efterfrågad behandling inom assisterad reproduktion. En privat marknad kommer därför att finnas och sannolikt växa, och fler kan komma att söka fertilitetsvård utomlands – ibland för behandlingar som inte är tillåtna i Sverige. Rådet ser att den privata marknaden förändras snabbt, med ökad kommersialisering och internationell påverkan. Om kommersiella intressen styr vårdutbudet och påverkar efterfrågan finns risk för att patienter erbjuds behandlingar med svag vetenskaplig evidens. Rådet föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen och tillhandahålla tydlig patientinformation om behandlingar, risker och framgångschanser, för att stärka konsumentskyddet.

När det gäller fertilitetsturism anser rådet att samhället måste sätta etiska gränser för vilka behandlingar som ska vara tillåtna. Samhället får dock leva med en situation där vissa metoder, som kommersiellt surrogatmoderskap, är förbjudna och av många betraktas som etiskt oacceptabla, men där försök att motverka att människor åker utomlands för att använda sig av sådana metoder kan medföra negativa konsekvenser för de barn som blir till – konsekvenser som i sig kan anses än mer oacceptabla.

Framtida tekniker och metoder

Rådet konstaterar att den tekniska utvecklingen inom assisterad reproduktion går snabbt och kan komma att förändra människans sätt att få barn i grunden. I rapporten beskrivs nya metoder som in vitro-gametogenes (IVG) och artificiella livmödrar.

IVG kan innebära att fler kan få genetiskt besläktade barn, men tekniken utmanar också många av de gränser som vi i dag tar för givna, till exempel kring vilka som kan få barn med varandra och

hur många genetiska föräldrar ett barn kan ha. En eventuell framtida tillämpning av artificiella livmödrar kommer att ge upphov till komplicerade etiska och juridiska frågor som kräver bred och djupgående genomlysning.

Mot denna bakgrund anser rådet att det är nödvändigt att samhället redan nu börjar föra en bred och djupgående diskussion om framtidens reproduktionstekniker. Det handlar inte bara om vad som är tekniskt möjligt, utan om vad som är önskvärt, etiskt acceptabelt och förenligt med grundläggande värden som människovärde, jämlikhet och barns rätt till en öppen framtid. Rådet understryker att denna diskussion måste omfatta flera tekniker samtidigt, eftersom särskilda etiska dilemman kan uppstå när olika metoder kombineras, till exempel massproduktion av befruktade ägg och möjligheten att analysera deras gener för att välja ut sådana med önskvärda egenskaper.

Avgränsningar

I rapporten behandlas inte frågan om mitokondriebyte, och genetiska analyser av befruktade ägg avhandlas bara översiktligt. Inte heller frågan om adoption tas upp. Rådet avser att återkomma till frågorna om mitokondriebyte respektive genetiska analyser i kommande publikationer.

1 Inledning

Att få barn har i alla tider varit en central del av människors liv. För många är föräldraskap en av de mest meningsfulla och djupt efterlängtdade erfarenheterna i livet. Alla som vill få barn lyckas dock inte. Ofrivillig barnlöshet drabbar uppskattningsvis en av sex personer i världen och kan ge upphov till sorg, stress och ibland livskris.

Assisterad reproduktion är ett samlingsnamn för olika medicinska metoder som används för att möjliggöra graviditet när befruktning inte är möjlig utan medicinsk hjälp, eller när det finns behov av särskilda åtgärder. Begreppet omfattar både insatser för att hjälpa personer eller par som är ofrivilligt barnlösa att få barn, till exempel insemination, in vitro-fertilisering (ivf) och könscellsdonation, och metoder som möjliggör för människor att bli genetiska föräldrar utan att överföra svåra sjukdomar, till exempel genetisk testning av befruktade ägg.

Ungefär 6 000 barn om året blir till med hjälp av assisterad reproduktion i Sverige. Efterfrågan på sådan behandling kan förväntas öka i framtiden om till exempel trenden att barnafödandet skjuts upp i åldrarna håller i sig.

Tekniker och metoder inom assisterad reproduktion är sinsemellan mycket olika och skiljer sig mer eller mindre från det ursprungliga sättet att göra barn. Vid insemination hanteras spermier utanför kroppen och vid ivf-behandling hanteras både spermier och ägg utanför kroppen och befruktningen sker i ett laboratorium. Med hjälp av nedfrysning av könsceller och befruktade ägg kan olika delar av processen äga rum vid olika tillfällen. Befruktning kan rentav äga rum när någon av upphovspersonerna har avlidit. Könsceller kan utvinnas ur äggstocks- eller testikelvävnad i de fall en person inte har fungerande könsceller. Genom donation av könsceller och befruktade ägg kan andra än de tilltänkta föräldrarna bidra med genetiskt material till ett blivande barn. Graviditeten kan äga rum i en annan

kvinnas livmoder än den tilltänkta moderns. Graviditeten kan också äga rum i en livmoder som har transplanterats från en annan kvinna.

Området assisterad reproduktion är i ständig förändring. Det forskas på många olika tekniker och metoder. En stor del av forskningen handlar om att hitta metoder som gör att behandlingar med egna könsceller ska bli mer framgångsrika. Andra forskningsspår handlar om att framställa könsceller ur kroppsceller med hjälp av in vitro-gametogenes (IVG) och att utveckla konstgjorda livmödrar.

Vissa moment inom assisterad reproduktion innebär att man påverkar vilka barn som kommer att födas och vilka egenskaper de får. Vid behandling med donerade könsceller måste en könscellsdonator väljas och när man har gjort en provrörsbefruktning måste man välja vilket av de befruktade äggen som ska sättas in. Både könscellsdonatorer och befruktade ägg kan väljas utifrån synliga egenskaper men det går i båda fallen också att göra mer avancerade genetiska tester. Tekniker för att analysera hela eller delar av genomet blir allt billigare och mer lättillgängliga. Utifrån sådana tester är det möjligt att välja donatorer och befruktade ägg som har eller saknar vissa anlag och egenskaper, i syfte att exempelvis undvika risken att ett blivande barn får en allvarlig genetisk sjukdom. Det utvecklas även metoder för genredigering på embryon och foster.

Metoder och tekniker inom assisterad reproduktion har vidare medfört att barnalstring inte måste ske inom ett par bestående av en man och en kvinna. Även samkönade par och ensamstående kvinnor och män kan få barn om de har tillgång till donerade könsceller och, när det gäller män, till en surrogatmoder. Vid mitokondriebyte bidrar tre personer med genetiskt material till barnet. I framtiden kanske det kommer gå att blanda arvsanlag från ännu fler personer.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har till uppgift att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv samt följa utvecklingen inom sådan forskning som kan anses känslig för den personliga integriteten och som kan påverka respekten för människovärdet. Rådet har även till uppgift att vara en förmedlande länk mellan vetenskapen och politiska beslutsfattare. Smer har sedan sin tillblivelse 1985 med jämna mellanrum återkommit till området assisterad reproduktion, som väcker komplexa frågor kring etik, juridik och medicin. Flera olika grundläggande värden och intressen berörs, så som autonomi, välbefinnande, människovärde, jämlikhet och rättvisa. Intressen och rättigheter för de olika inblandade: de bliv-

ande föräldrarna, de blivande barnen, övriga familjemedlemmar, eventuella tredjepartsdonatorer och samhället måste vägas mot varandra.

Sedan rådet gav ut rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* 2013 har det skett en utveckling av både metoder, tekniker och praktiker inom assisterad reproduktion. Flera barn har fötts i Sverige och världen efter livmodertransplantation. Det har kommit ny lagstiftning som har gett ensamstående tillgång till assisterad befruktning och det har blivit tillåtet med embryo- och dubbeldonation. Privata företag får numera utföra assisterad befruktning med donerade könsceller. Marknaden för assisterad reproduktion är internationell, vilket innebär att det som inte erbjuds eller är tillåtet i Sverige kan sökas utomlands. Ett sådant exempel är surrogatmoderskap.

Inom assisterad reproduktion flätas starka samhällsintressen och åtaganden in i det som kan ses som det allra mest privata. Utvecklingen på området ger upphov till nya frågeställningar och etiska dilemman. En övergripande frågeställning inom assisterad reproduktion är om det som är möjligt också är önskvärt eller etiskt acceptabelt. Finns det metoder eller syften som inte bör vara tillåtna? Hur långt får vi gå när det gäller att välja vem som ska födas? Hur mycket ska samhället bestämma när det gäller reglering och tillgång till vård och hur mycket är upp till de enskilda familjerna eller individerna?

Mot bakgrund av den pågående forskningen om ny reproduktionsteknologi gör vissa bedömningen att den mänskliga fortplantningen kommer vara helt förändrad om några decennier. De förhoppningar och farhågor som vi som samhälle står inför redan i dag, med möjligheter att ge fler människor chans att bli föräldrar och minska förekomsten av allvarliga sjukdomar, men där vi samtidigt oroar oss för ökad selektion, diskriminering och ojämlikhet, kan komma att mångdubblas i framtiden. Genom att uppmärksamma dessa frågor vill Smer bidra till att vi som samhälle inte ska stå oförberedda utan att vi kan styra utvecklingen i den riktning vi önskar.

1.1 Rådets tidigare beredning

Rådet har vid två tidigare tillfällen tagit ett samlat grepp på frågan om assisterad reproduktion. 1995 gav rådet ut rapporten *Assisterad befruktning: Synpunkter på vissa frågor i samband med befruktning utanför kroppen*. Rapporten låg delvis till grund för regeringens

proposition *Behandling av ofrivillig barnlöshet* (prop. 2001/02:89), där flertalet av lagförslagen, bland andra att ivf-behandling med donerade ägg eller donerade spermier skulle tillåtas, var i överensstämmelse med rådets rekommendationer.

I rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* från 2013 rekommenderade Smer att barns rätt till kännedom om sitt ursprung skulle stärkas, att assisterad befruktning utan genetiska samband mellan föräldrar och barn skulle tillåtas och att tiden för nedfrysning av befruktade ägg skulle förlängas. Allt detta har sedermera genomförts. Rådet rekommenderade vidare att en särskild lämplighetsprövning av alla föräldrar som genomgår assisterad befruktning skulle göras och att förfoganderätten till könsceller och befruktade ägg skulle förtydligas. Detta har inte genomförts. En majoritet av rådets ledamöter ansåg att altruistiskt surrogatmoderskap är etiskt godtagbart under särskilda förutsättningar och att obefruktade könsceller från avlidna bör få användas för fertilitetsbehandling, men inte heller på dessa punkter har lagstiftningen förändrats.

2013 gav rådet även ut rapporten *Mitokondriebyte vid allvarlig ärftlig sjukdom – etiska aspekter*. Mitokondriebyte var då en teknik under utveckling. Tekniken innebär att mitokondrier som bär på skadat DNA byts ut mot friska mitokondrier från ett donerat ägg. Det barn som blir till kommer att ha arvs massa från tre personer. Ett enigt råd ansåg att tekniken inte var etiskt godtagbar mot bakgrund av det bräckliga kunskapsläget. En majoritet av rådets ledamöter ansåg dock att metoden i sig kan vara etiskt godtagbar under förutsättning att de medicinska riskerna och effekterna är godtagbara. En minoritet av ledamöterna i rådet ansåg emellertid att metoden inte är etiskt godtagbar i sig oavsett om tekniken utvecklas eller inte.

1.2 Syftet med rapporten

Smer gör i denna rapport återigen en översyn över hela området assisterad reproduktion, med fokus på de senaste årens utveckling och de metoder och tekniker som är tillgängliga i dag. Rapporten är framtagen med regeringen och riksdagen som mottagare och målgrupp samt för att utgöra underlag för debatt och diskussion i samhället - bland professioner, vårdgivare och den intresserade allmän-

heten. Liksom tidigare hävdar Smer att de separata frågorna inom assisterad reproduktion bör diskuteras ur ett helhetsperspektiv.

1.3 Avgränsningar

I rapporten behandlas inte frågan om mitokondriebyte, och genetiska analyser av befruktade ägg avhandlas bara översiktligt. Inte heller frågan om adoption tas upp. Rådet avser att återkomma till frågorna om mitokondriebyte respektive genetiska analyser i kommande publikationer.

2 Dagens situation

2.1 Infertilitet och ofrivillig barnlöshet

2.1.1 Hur vanligt är det?

Världshälsoorganisationen (WHO) uppskattar att en sjättedel av alla människor någon gång i livet får erfara infertilitet.¹ I andra sammanhang nämns siffran 10–15 procent av alla par. Beräkningarna baseras oftast på definitionen av infertilitet som handlar om utebliven graviditet trots regelbundna oskyddade samlag under ett års tid. Smer har inte hittat några beräkningar av den totala förekomsten av ofrivillig barnlöshet när samkönade par och ensamstående också räknas med.

Det finns heller inga exakta uppgifter kring hur stor andel av de ofrivilligt barnlösa som lyckas få barn med hjälp av assisterad reproduktion. Trots att många får hjälp kvarstår en grupp som inte heller med behandling lyckas få barn.

2.1.2 Konsekvenser av ofrivillig barnlöshet för individen

Att vara ofrivilligt barnlös är en stor påfrestning för många, både till följd av den egna längtan och till följd av det omgivande samhällets förväntningar. Det är väl belagt i forskning att ofrivillig barnlöshet kan ha långtgående negativa konsekvenser för individen i form av till exempel nedstämdhet och depression.²

¹ World Health Organization 2023.

² Se vidare Smer 2013, s. 40–41.

2.1.3 Normer kring familjebildning

Barnalstrande och familjebildning är ett område som i alla kulturer är omgärdat av många normer, uttalade eller outtalade. Uppfattningen om föräldraskap och familj varierar dock i olika sammanhang, över tid och mellan olika individer. I vårt samhälle har det länge funnits en norm om att det är önskvärt att skaffa barn, och helst fler än ett. Frånvaron av barn uppfattas ofta som avvikande från normala familjemönster, åtminstone för heterosexuella personer. Samtidigt finns tecken på att denna norm håller på att luckras upp. Hela världen upplever sjunkande födelsetal och i många länder ligger fruktsamheten under 2,1 barn per kvinna, vilket är det som behövs för att reproducera en generation. I Sverige sjönk fruktsamheten till 1,43 barn per kvinna 2024, vilket är den lägsta siffra som någonsin uppmätts här.³ Det förs för närvarande en debatt om orsakerna till de sjunkande födelsetalen och det finns inga entydiga svar på varför födelsetalen sjunker. Faktorer som lyfts i forskning och samhällsdebatt är till exempel uppskjutet barnafödande på grund av utbildning, karriär och självförverkligande, osäkerhet på bostads- och arbetsmarknaden, förändrade relationsmönster, psykisk ohälsa och framtidsoro. Även förändrade normer kring barnafödande, där fler människor helt enkelt inte vill ha barn, kan vara en orsak.⁴

En annan utveckling är att fler typer av familjekonstellationer förekommer och blir accepterade. Det finns samboskap, äktenskap, sårboskap, polygama familjer, ensamstående med barn och familjer där föräldrarna är skilda och kanske har nya partners. Föräldrarna i en familj kan vara av olika eller samma kön. Familjebegreppet används även bredare och kan inkludera familjehemsplacerade barn, vänner och släktingar. Utvecklingen av tekniker och lagstiftning inom assisterad reproduktion har gett upphov till nya typer av familjer där föräldrar och barn inte har en genetisk eller biologisk⁵ koppling. I vissa familjer tillerkänns en surrogatmoder, en könsellsdonator eller donatorsyskon en roll. Det förekommer också att personer får barn i samförstånd utan att vara i en kärleksrelation. Det kan röra sig om vänner eller personer man träffar via sociala medier.⁶ En form är när samkönade par skaffar barn med en person eller ett samkönat par av

³ Statistiska centralbyrån 2025a.

⁴ Se till exempel Obern, C., Tydén, T. m.fl. 2025.

⁵ Med biologisk koppling avses i detta sammanhang att vara gravid med barnet.

⁶ En studie om så kallad "elective co-parenting" är Foley, S., Jadvá, V. & Golombok, S. 2025.

motsatt kön. I dessa fall finns två genetiska föräldrar och ytterligare en eller två föräldrar utan genetisk koppling till barnet.

I svensk lagstiftning återspeglas samhälleliga normer kring familj och föräldraskap. Det rättsliga föräldraskapet utgår där, med vissa undantag, från det genetiska släktskapet. Sådana undantag är t.ex. adoption och assisterad befruktning med donerade ägg och spermier. Grunden för det rättsliga föräldraskapet vid assisterad befruktning med donerade ägg och spermier är som huvudregel i stället samlevnadsformen och ett samtycke till befruktningen eller inseminationen. Ett barn kan ha en eller två men inte flera rättsliga föräldrar.

Normer och lagstiftning gällande vem som ska kunna få hjälp att få barn har förändrats de senaste åren. Kvinnor i samkönade par och ensamstående kvinnor omfattas numera av samma reglering om assisterad reproduktion som par i olikkönade relationer. Däremot kan män i samkönade relationer och ensamstående män inte få hjälp med assisterad reproduktion i Sverige.

2.2 Metoder inom assisterad reproduktion

2.2.1 Insemination

Vid insemination förs preparerade spermier, från maken eller en donator, in i kvinnans livmoder vid ägglossningstid. Ibland kombineras insemination med hormonstimulering för att framkalla ägglossning hos kvinnan. År 2022 startade cirka 2 000 behandlingar med insemination. 14,5 procent av inseminationerna ledde till förlösning.⁷

2.2.2 Ivf

Vid in vitro-fertilisering, ivf, befruktas ett ägg av spermier i ett laboratorium och förs sedan in i en kvinnas livmoder. Det vanligaste är att de egna könscellerna används, men spermier eller äggen eller både spermier och ägg kan vara donerade. I de fall då både spermier och ägg behöver vara donerade kan det ske i form av antingen dubbel-donation (ivf-behandling där både ägg och spermier donerats) eller

⁷ Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF) 2024.

donation av ett redan befruktat ägg, av ett par eller en ensamstående kvinna som har genomgått ivf-behandling.

Skälet till att använda donerade könsceller är som regel infertilitet hos någon eller båda i ett par, alternativt behandling av samkönade kvinnliga par eller ensamstående kvinnor. I enstaka fall kan det också finnas en genetisk indikation då man vill undvika risken att det blivande barnet får en allvarlig genetisk sjukdom.

En ivf-behandling består av flera steg och genomförs vanligtvis under en tidsperiod av några veckor. Denna period benämns ofta som en behandlingscykel. De flesta kvinnor genomgår hormonstimulering som ett första steg i ivf-cykeln, i syfte att öka antalet ägg som kan utvinnas och därmed graviditetschansen. Vid hormonstimulering krävs noggrann övervakning genom t.ex. ultraljudsundersökningar för att undvika att kvinnan blir överstimulerad. När man via ultraljud ser att äggblåsor har mognat, vanligtvis efter cirka två veckor, kan man ta ut äggen. Äggblåsorna punkteras via vaginan och mognade ägg sugts ut med en tunn nål. Ingreppet sker under lokalbedövning och med hjälp av ultraljudsstyrning. Antalet ägg som kan utvinnas varierar, ofta är det cirka 5–15 stycken.

Det pågår också utveckling av så kallad in vitro-mognad (IVM), en metod där omogna ägg tas ut från äggstockarna och mognar i laboratoriet innan befruktning. Tekniken kräver liten eller ingen hormonstimulering och används främst för kvinnor med polycystiskt ovariesyndrom (PCOS) för att minska risken för ovariellt hyperstimuleringsyndrom (OHSS), eller när snabb fertilitetsbehandling är nödvändig, till exempel före cancerbehandling. IVM rekommenderas inte rutinmässigt för kvinnor utan riskfaktorer, då traditionell ivf fortfarande ger högre framgång.⁸

Om spermieproduktionen hos en man är nedsatt kan man ibland utvinna spermier kirurgiskt direkt från testiklarna eller bitestiklarna. Det finns ett antal olika tekniker för detta ingrepp som i regel utförs under lokalbedövning.

Befruktningen sker antingen genom att spermier läggs samman med äggen i en odlingskål (standard-ivf) eller genom att en spermie injiceras i ägget, så kallad mikroinjektion eller intracytoplasmatisk spermieinjektion (ICSI). Om äggen befruktas och ett embryo utvecklas kan detta föras in i kvinnans livmoder. När införandet sker i anslutning till att äggen tagits ut och befruktats talar man om en

⁸ American Society for Reproductive Medicine 2021.

färsk behandlingscykel. Om de befruktade äggen i stället fryses ned och tinas och återinförs vid ett senare tillfälle talar man om en frys-cykel. De senaste åren har det gjorts fler frys-cykler än färska cykler.

Hormonstimulering tillämpas även för kvinnor med hormon-rubbningar som då kan bli gravida genom samlag eller insemination, samt för kvinnor som vill donera sina ägg eller frysa ner dem för senare användning.

Det pågår utveckling av tekniker där äggen fås att mogna utanför kroppen, vilket skulle minska behovet av hormonstimulering. Ett exempel är mognad med hjälp av stödjeceller framställda från pluri-potenta stamceller. I december 2024 föddes det första barnet i världen som tillkommit genom denna procedur.⁹

Behandlingsresultaten vid ivf har förbättrats avsevärt sedan tekniken började användas för över 40 år sedan. Framför allt på den laborativa och tekniska sidan sker ständig utveckling. Förbättringar har skett till exempel i fråga om odlingsförhållanden, frystekniker och metoder för att identifiera de befruktade ägg som har högst potential för graviditet och födsel.¹⁰

År 2022 startades cirka 23 000 ivf-cykler. 27 procent av alla embryoåterföranden vid färsk ivf och 36 procent av alla embryoåterföranden vid frys-cykel ledde till förlossning, när egna könsceller användes. Chansen att få barn vid ivf med egna ägg och donerade spermier var samma år 25 procent i samband med en färsk behandling och 35 procent för frysta cykler, räknat per återförande. Sammantaget för färska och frysta cykler efter äggdonation låg förlossnings-frekvensen på cirka 34 procent.¹¹ Efter upp till tre ivf-behandlingar inklusive eventuell återföring vid frys-cykler har ungefär 70 procent av alla par och ensamstående fått barn.¹²

Tilläggsbehandlingar – add-ons

Vid ivf kan också olika tilläggsbehandlingar (add-ons) användas. Dessa är medicinska eller teknologiska åtgärder som erbjuds utöver standardprotokollet för ivf. De syftar till att förbättra chanserna för graviditet, minska risken för missfall, eller optimera det befruktade

⁹ Gameto 2024.

¹⁰ Lundin, K. 2022.

¹¹ Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF) 2024.

¹² Karolinska Universitetssjukhuset u. å.

äggets kvalitet och implantation. Tilläggsbehandlingar marknadsförs särskilt till patienter som har haft tidigare misslyckade ivf-försök, men vissa av dem vilar på svag eller otillräcklig vetenskaplig evidens.

2.2.3 Antal behandlingar och födda barn

Tabell 2.1 Antal påbörjade cykler och födda barn per behandlingstyp 2022

	Påbörjade cykler	Levande födda barn
Donatorinsemination	1 925	252
Ivf med egna gameter	19 057	4 758
Ivf med spermiedonation	2 745	662
Ivf med äggdonation	883	221
Ivf med dubbeldonation	180	55
Egen äggfrys	968	
varav icke-medicinska skäl	743	
Äggdonatorcykel	343	

Källa: Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF). (2024). Fertilitetsbehandlingar i Sverige. Årsrapport 2024. Gäller behandlingar startade 2022.

De senaste åren har ungefär 6 000 barn per år fötts efter assisterad reproduktion i Sverige, vilket motsvarar ungefär 6 procent av alla nyfödda.¹³ Utöver dessa finns barn som fötts efter behandlingar i utlandet.

2.2.4 Frysförvaring av befruktade ägg och könsceller

Frysförvaring av befruktade ägg

En ivf-behandling resulterar ofta i fler befruktade ägg än vad som behövs vid den första behandlingscykeln. I dessa fall kan övriga befruktade ägg, av tillräckligt god kvalitet, frysas ned för att användas till ett nytt ivf-försök om det första inte lyckas. De kan även sparas för att användas till att få syskon. Det är tillåtet att spara frysta befruktade ägg upp till 10 år, och längre om det finns synnerliga skäl. Det är även möjligt att donera övertaliga befruktade ägg till forskningsändamål.

¹³ Egna beräkningar utifrån uppgifter i Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF) (2024) och (2025) respektive Statistiska centralbyrån (2025b).

Frysförvaring av könsceller

Frysning av obefruktade ägg och spermier kan tillämpas för flera olika ändamål, exempelvis:

- Fertilitetsbevaring vid medicinsk indikation, t.ex. hos kvinnor och män som drabbas av cancer och ska behandlas med strålning eller cellgifter som kan skada äggstockarna respektive testiklarna och minska eller förstöra spermieproduktionen.
- Vid könscellsdonation, där ägg och spermier förvaras i ägg- och spermiebanker för användning vid donationsbehandling vid ett senare tillfälle.
- Fertilitetsbevaring av icke-medicinska skäl; en kvinna kan skjuta upp sin fertila period genom att använda tidigare nedfrysade obefruktade ägg vid ivf senare i livet.
- I samband med ivf kan spermier frysas in om mannen av olika skäl inte kan leverera spermier vid samma tidpunkt som ägguttagningen.

Frysförvaring av äggstocks- och testikelvävnad

Även äggstock- och testikelvävnad kan frysas ner i fertilitetsbevarande syfte. Denna behandling används främst när andra metoder inte är möjliga – till exempel för barn eller unga personer som ännu inte nått puberteten och som ska genomgå cancerbehandling.

Vid frysning av äggstocksvävnad erhålls omogna ägg som ligger inbäddade i omgivande vävnad. De kan sedan återföras till kvinnan och utvecklas inför en befruktning. För äggstocksvävnad finns i dag över hundra dokumenterade fall av barn som fötts efter återtransplantation, medan metoden för testikelvävnad ännu inte nått så långt. En man har fått testikelvävnad återtransplanterad efter 16 års nedfrysning men det är i skrivande stund fortfarande oklart om han kommer att kunna producera egna spermier.¹⁴

¹⁴ Vrije Universiteit Brussel 2025.

2.2.5 Proaktiv fertilitetsvård

Proaktiv fertilitetsvård är ett växande område inom reproduktiv medicin som syftar till att ge individer kunskap, verktyg och valmöjligheter för att förstå och ta kontroll över sin fertilitet – innan problem uppstår. Till skillnad från traditionell fertilitetsvård, som ofta träder in först efter att någon har försökt bli gravid utan framgång, är proaktiv fertilitetsvård förebyggande.

Till den proaktiva fertilitetsvården hör fertilitetskartläggning, att till exempel mäta hormonnivåer som indikerar äggreserv och göra ultraljud av äggstockarna. För män handlar det ofta om spermprov och hormonanalys. Vid sidan av sådan kartläggning omfattar proaktiv fertilitetsvård också livsstilsrådgivning. Faktorer som rökning, alkoholtag, fysisk aktivitet, vikt och stressnivåer påverkar fertiliteten hos både kvinnor och män.

Att frysa ner ägg eller spermier för senare användning, utan att det finns en medicinsk diagnos, räknas också till proaktiv fertilitetsvård. För personer med medicinska tillstånd som endometriosis, PCOS eller cancerdiagnoser benämns fertilitetsbevarande åtgärder så som nedfrysning av könsceller snarast preventiv fertilitetsvård.

2.2.6 Livmodertransplantation

Forskning om livmodertransplantation har bedrivits vid Göteborgs universitet sedan 1999 och den första livmodertransplantationen utfördes vid Sahlgrenska universitetssjukhuset 2012. Flera transplantationer har gjorts inom ramen för denna forskning och hittills har 17 barn fötts i Sverige. Metoden har också spridits till andra delar av världen. Totalt har över 100 transplantationer gjorts i världen vilka har resulterat i över 60 födselar.¹⁵ I de svenska sjukvårdsregionerna har det förts en diskussion om huruvida livmodertransplantation ska bli en del av det ordinarie vårdutbudet och Socialstyrelsen utreder om det ska bli nationell högspecialiserad vård (NHV). Sahlgrenska universitetssjukhuset har beslutat att starta klinisk verksamhet och har tagit emot remisser även från andra regioner.¹⁶

¹⁵ Göteborgs universitet 2024.

¹⁶ Pääjärvi, M. 2025.

2.2.7 Preimplantatorisk genetisk testning (PGT)

Preimplantatorisk genetisk testning (PGT) innebär att genetiska tester görs av de befruktade ägg som skapas vid ivf-behandling, innan de eventuellt införs i kvinnan. Med sådan testning kan man till exempel undersöka om det befruktade ägget bär på vissa genetiska sjukdomar eller kromosomavvikelser. Metoden innebär att människor kan få genetiska barn som inte bär på vissa sjukdomsanlag.

2.2.8 Metoder som inte är tillåtna och grupper som inte har tillgång

Utvecklingen inom området assisterad reproduktion har gjort det möjligt för fler ofrivilligt barnlösa att få hjälp – dels för att nya och förbättrade metoder hjälper allt fler, dels för att fler grupper, som samkönade par och ensamstående, får tillgång.

Men det finns fortfarande ofrivilligt barnlösa. Det kan bero på att existerande behandlingar inte fungerar på grund av medicinska svårigheter, på att någon grundläggande komponent saknas (ägg, spermier, livmoder) eller på att samhället har ställt upp gränser för vilka behandlingar som är tillåtna för vilka grupper. Ålder är en viktig faktor – chansen att bli gravid med hjälp av ivf-behandling avtar tydligt med stigande ålder hos kvinnan när hennes egna ägg används. Samkönade manliga par och ensamstående män kan inte få hjälp med någon av de metoder för assisterad reproduktion som är tillåtna i Sverige. Kvinnor över en viss ålder nekas vanligen behandling i Sverige även om sådan inte är förbjuden.

2.2.9 Risker vid assisterad reproduktion

De olika etablerade behandlingsmetoderna inom assisterad reproduktion är i regel säkra, men vissa moment kan medföra medicinska risker för de kvinnor som behandlas, är gravida och föder barn samt för barnen. Assisterad reproduktion kan också innebära psykiska påfrestningar för kvinnan eller paret, och det skulle kunna finnas risk för att barn som blir till med hjälp av assisterad befruktning utsätts för psykologiska eller sociala risker.

Medicinska risker för kvinnan

Vid hormonbehandling som används för att stimulera äggstockarna kan ett ovanligt men allvarligt tillstånd uppstå: äggstocksöverstimulering (ovariellt hyperstimuleringsyndrom, OHSS). Tack vare nyare behandlingsmetoder, individuellt anpassade hormondoser och förebyggande åtgärder har svår OHSS blivit mycket ovanligt. Efter befruktning i provrör finns en något ökad risk för utomkvedshavandeskap, det vill säga att det befruktade ägget fäster utanför livmodern. Kvinnor som blir gravida efter assisterad befruktning har även en något högre risk för blodpropp, särskilt tidigt i graviditeten och om de drabbats av OHSS.

Graviditeter efter äggdonation räknas som högriskgraviditeter och är förknippade med ökad risk för högt blodtryck och havandeskapsförgiftning (preeklampsi) samt vissa andra graviditetskomplikationer. Även graviditeter där befruktade ägg återförs i en hormonstyrd fryst cykel, utan naturlig ägglossning, verkar ha något högre risk för preeklampsi än graviditeter i naturlig cykel.

När det gäller långsiktiga risker har man undersökt om hormonbehandling vid assisterad befruktning kan öka risken för cancer, framför allt i äggstockar och bröst. Forskningen visar dock ingen tydlig ökning av invasiv äggstockscancer när man jämför med andra kvinnor som haft svårigheter att bli gravida. En liten riskökning för så kallade borderline-tumörer har observerats i vissa studier, men sambandet är osäkert och det är möjligt att korrelationen förklaras av bakomliggande infertilitet och andra faktorer som inte i sig har att göra med behandlingen.¹⁷

Psykiska påfrestningar för kvinnan eller paret

Att genomgå assisterad befruktning kan vara psykiskt krävande. Många kvinnor och par beskriver stress, oro, nedstämdhet och känslor av osäkerhet eller misslyckande under behandlingsprocessen. Hormonpåverkan, upprepade medicinska ingrepp och den känslomässiga belastningen av att vänta på resultat bidrar till detta. Psykologiska insatser, såsom samtalsstöd, kognitiv beteendeterapi och grupp-baserade stödprogram, kan tänkas minska symtom på ångest och

¹⁷ En forskningsöverblick ges av American Society for Reproductive Medicine 2024.

depression hos personer som genomgår fertilitetsbehandling, men forskningsstödet för en sådan rekommendation är inte entydigt.¹⁸

Risker för barnet

Barn som tillkommit genom assisterad befruktning har en något ökad risk för vissa medfödda avvikelser, framför allt hjärtmissbildningar. I stora nordiska studier har risken för sådana hjärtfel varit omkring 30–50 procent högre än hos barn som tillkommit utan behandling, men den absoluta risken är fortfarande låg. Risken är störst vid flerbörd, vilket är en av anledningarna till att man numera vanligen återför ett befruktat ägg i taget.¹⁹ När det gäller cancer visar de flesta studier som jämför barn efter assisterad befruktning med barn som blivit till genom samlag ingen tydlig eller statistiskt säkerställd ökad total risk. Om man i stället jämför med barn till par som också haft fertilitetsproblem men inte använt assisterad befruktning försvinner i stort sett alla skillnader. Det tyder på att eventuella små riskökningar snarare hänger samman med föräldrarnas ålder och vissa graviditetsrelaterade faktorer som är vanligare efter assisterad befruktning, såsom flerbörd eller för tidig födsel, snarare än med själva behandlingen.²⁰

För neuropsykiatriska tillstånd som adhd finns inte heller något belägg för ett direkt orsakssamband med själva behandlingen. De små skillnader som har observerats i vissa studier verkar bero på faktorer som föräldrarnas ålder, flerbörd eller bakomliggande infertilitetsproblem än på den assisterade befruktningen i sig.²¹

Det har ibland uttryckts farhågor om att barn som tillkommit med hjälp av assisterad befruktning – till exempel genom könscelandonation – skulle kunna påverkas negativt av att tillkomsten inte skett på det ”vanliga sättet”. Resultat från Swedish Study on Gamete Donation (SSGD) visar dock att familjer där barn tillkommit genom donerade könsceller i allmänhet har god familjefunktion och psykiskt

¹⁸ Dube, L., Bright, K. m.fl. 2023.

¹⁹ Sargisian, N., Petzold, M. m.fl. 2024.

²⁰ Spaan, M., m.fl. 2019. Även om den samlade risken för cancer är densamma för barn som tillkommit genom ivf respektive samlag eller insemination finns det forskning som talar för att ivf kan öka risken för leukemi. Den absoluta risken är fortfarande låg och ytterligare forskning behövs innan bestämda slutsatser kan dras. Se Rios, P., Herlemont, P. m.fl. 2024. Det finns också forskning med data från de nordiska länderna som kan tyda på en riskökning i samband med att frysta befruktade ägg används. Se Sargisian, N., Lannering, B. m.fl. 2022.

²¹ Rönö, K., Rissanen, E. m.fl. 2022.

välbefinnande både under barnets uppväxt och i tonåren. I studier av barn som följts upp till skol- och tonårsålder har inga större skillnader påvisats i barnens psykiska hälsa eller i relationerna mellan barn och föräldrar jämfört med familjer där barnet tillkommit utan donation.²²

Internationella långtidsstudier där barn till ensamstående kvinnor som valt moderskap genom spermiedonation jämförs med barn i två-föräldrafamiljer tyder på god psykologisk anpassning och välfungerande familjerelationer under barndomen och fram till tonåren.²³

2.3 Offentlig och privat vård

Ivf-behandling med egna spermier och insemination får utföras vid offentligt finansierade sjukhus och kliniker som har fått tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ivf-behandling med donerade könsceller får utföras vid de sjukhus som har sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning samt, sedan 2019, vid kliniker som har tillstånd av IVO. I skrivande stund (2025) finns sex offentliga och 19 privata ivf-kliniker i Sverige. Inom ramen för de författningsbestämmelser som beskrivs i avsnitt 2.9 nedan bestämmer regioner och privata kliniker själva vilka behandlingar de utför och under vilka villkor.

2.3.1 Det offentliga åtagandet

I Sverige har vi valt att viss assisterad reproduktion ska bekostas av det allmänna inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Det offentliga utbudet är begränsat – inte för att efterfrågan är helt mött, utan för att resurserna är ändliga och sjukvårdshuvudmännen prioriterar andra vårdområden utifrån bedömda vårdbehov. Det finns begränsningar i vem som får tillgång till assisterad reproduktion och det finns begränsningar i hur mycket hjälp man kan få.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) rekommenderar enhetlighet för alla regioner i hela landet kring begrepp, kriterier för genom-

²² Paulin, J., Widbom, A. m.fl. 2024.

²³ Zamora-Martínez, N., Pedelini, L. m.fl. 2025.

förande, övre och undre åldersgränser samt antalet behandlingar som ska ingå i det offentliga åtagandet gällande assisterad befruktning.²⁴

Enligt SKR:s rekommendationer ska regionfinansierad assisterad befruktning erbjudas till par utan gemensamma eller adopterade barn samt till ensamstående kvinna som inte sedan tidigare är registrerad vårdnadshavare av ett barn. Assisterad befruktning ska startas innan den behandlade kvinnans 40-årsdag, och en eventuell partners 56-årsdag. Eventuella kvarstående frysta befruktade ägg kan återföras fram till den behandlade kvinnans 45-årsdag. Den nedre åldersgränsen för behandling bör enligt rekommendationerna vara 25 år men undantag kan göras från 18 års ålder, om det finns medicinska skäl för detta.

Regionerna finansierar maximalt tre ivf-behandlingar, eller sex behandlingar med insemination av donerade spermier, eller en kombination. Om behandlingen resulterar i barn innan tre ivf-behandlingar eller sex inseminationsbehandlingar har genomförts, erbjuds inga fler offentligt finansierade behandlingar. Om mottagaren inte fått barn kan fler återföranden göras om det finns kvarvarande befruktade ägg från samma kohort. Dessutom kan syskonbehandling erbjudas egenfinansierat om det finns befruktade ägg kvar från samma kohort.

2.3.2 En föränderlig privat marknad

Efterfrågan på assisterad reproduktion är större än det offentliga utbudet och möts i stället på en privat marknad. En majoritet av de svenska privata klinikerna ingår i koncerner med verksamhet i flera länder, i många fall på flera kontinenter.

Av ivf-behandlingarna 2022 utfördes cirka 62 procent vid privata kliniker och cirka 38 procent vid offentliga. En del av de behandlingar som genomfördes på privata kliniker var offentligt finansierade eftersom regionerna upphandlar behandlingar från de privata klinikerna. Av ivf-behandlingarna i färsk cykel beräknades cirka 57 procent vara offentligt finansierade och 43 procent privat finansierade.²⁵

²⁴ Sveriges Kommuner och Regioner 2025.

²⁵ Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF) 2024 och egna beräkningar.

2.4 Vård utomlands och fertilitetsturism

Olika länder har olika reglering i fråga om assisterad reproduktion. Marknaden för assisterad reproduktion är global i bemärkelsen att många företag som erbjuder tjänster på området verkar i flera länder och att patienter söker den här typen av vård i andra länder. Fenomenet att åka utomlands för assisterad befruktning är globalt och benämns ibland *cross border reproductive care* eller fertilitetsturism. Den starka drivkraften att bli förälder gör att många är beredda att gå långt – både ekonomiskt, emotionellt och geografiskt – för att få hjälp.

De vanligaste orsakerna till att personer söker hjälp utomlands är att lagstiftningen i det land man bor är mer restriktiv än i det land dit man reser, att kostnaden är lägre, att kvaliteten är högre eller att tillgängligheten bättre.²⁶ Detta gäller även svenskar. I vårt närområde, till exempel i Danmark, Baltikum och Ryssland, ser utbud och lagstiftning annorlunda ut än i Sverige. Exempelvis reser svenskar till Danmark för att få snabbare tillgång till assisterad reproduktion med eller utan donerade könsceller när det är kö i Sverige. Det förekommer också att personer som nekas behandling i Sverige på grund av ålder söker behandling i Ryssland. Dessutom åker svenskar utomlands för att kunna genomgå behandling som inte är tillåten i Sverige. Det som har fått mest uppmärksamhet är surrogatmoderskap, men människor söker sig också utomlands för att kunna få mer information om eller göra egna val av könscellsdonator, eller för att genomgå PGT för att välja kön på barnet. Utländska kliniker marknadsför i Sverige tjänster inom t.ex. ivf, surrogatmoderskap och PGT. Omfattningen av de olika typerna av fertilitetsturism är okänd.

Under vissa förutsättningar kan svenskar få ersättning för assisterad befruktning som har utförts inom EU, på Island, i Liechtenstein eller Norge. Det gäller behandlingar som är tillåtna i Sverige och som skulle ha betalats av det offentliga om de hade utförts i Sverige. Ersättningen kan inte bli högre än vad samma behandling skulle ha kostat i Sverige. Exempelvis assisterad befruktning med anonym donator eller surrogatmoderskap ersätts inte av Försäkringskassan.

²⁶ Svensk förening för obstetrik och gynekologi, arbets- och referensgrupp för ofrivillig barnlöshet 2019.

2.5 Privat donation

Det förekommer också en privat marknad för spermiedonation helt utanför samhällets kontroll. En variant är att donator och mottagare känner varandra och kommer överens om att bilda familj utan att de lever i en kärleksrelation. Detta förekommer till exempel bland samkönade par. I andra fall får donatorer och mottagare kontakt med varandra via sociala medier. Omfattningen av denna verksamhet är okänd. Det är också okänt om betalning förekommer i vissa fall.

2.6 Genetiska självtester och släktdatabaser

Kommersiella gentestföretag (så kallade direkt-till-konsument-gentester) har revolutionerat den personliga släktforskningen. Ett gentest är relativt lättillgängligt och billigt och kan genomföras hemma. Genetisk information kan avslöja oväntad information om familjereaktioner och okända biologiska släktingar. För personer som tillkommit genom könscellsdonation kan det primära syftet med genetisk testning vara att identifiera okända genetiska släktingar. För andra, som inte känt till att de tillkommit med hjälp av donerade könsceller, kan information om att det finns nära okända släktingar komma som en överraskning.

Denna utveckling har gett upphov till många etiska frågor. I fall som har fått stor uppmärksamhet bland allmänheten har personer som tillkommit genom donation hittat dussintals eller till och med hundratals tidigare okända halvsyskon i företagets genetiska databaser. Detta har skapat debatt kring hur många barn en könscellsdonator bör kunna ge upphov till. Till följd av denna utveckling finns det inte längre någon garanti för att anonyma könscellsdonatorer förblir anonyma. Mottagarföräldrar och barn som tillkommit med hjälp av könscellsdonation har också med hjälp av genetiska självtester möjlighet att ta reda på donatorns identitet innan barnet har rätt till det enligt lagstiftningen.

2.7 Ökad efterfrågan i framtiden?

Antalet påbörjade behandlingar inom assisterad reproduktion har ökat från cirka 3 000 år 1992 till drygt 25 500 under 2022. Flera faktorer talar för att efterfrågan på assisterad reproduktion kommer att fortsätta att öka. En faktor är att människor skjuter upp barnafödandet till senare i livet, när fertiliteten är lägre. Andra faktorer som påverkar fertiliteten negativt är tilltagande övervikt och fetma i befolkningen och tecken på sämre spermiekvalitet.²⁷ Att samkönade par av kvinnor och ensamstående kvinnor har fått tillgång till assisterad befruktning har också ökat på efterfrågan och det är möjligt att efterfrågan kommer att öka i dessa grupper.

Barnafödandet har i förhållande till befolkningen aldrig varit lägre i Sverige. 2024 var antalet födda barn per kvinna 1,43, vilket är den lägsta nivå som någonsin uppmäts.²⁸ Genomsnittsåldern för förstföderskor var 30,6 år och för förstagångsfäder 32,6 år 2024. Medelåldern bland förstagångsföräldrar har aldrig varit högre än så. 2000 var motsvarande siffror 28,2 år för mödrar och 30,7 år för fäder.²⁹

En debatt pågår om vad detta kan bero på men ingen har några definitiva svar. Forskningen har tidigare påvisat samband mellan ekonomi och barnafödande, där det har fötts fler barn i högkonjunktur och färre i lågkonjunktur. Dålig ekonomi är dock inte orsaken bakom den nedgång som skett i Sverige de senaste 15 åren. Även familjepolitiken brukar framhållas som en faktor men några kraftiga försämringar har inte skett i Sverige den senaste perioden som kan förklara de sjunkande födelsetalen. Faktorer som det spekuleras om inom både forskning och samhällsdebatt är i stället stress och ökade krav inom både yrkesliv och föräldraskap, att det är svårt att kombinera arbets- och familjeliv, psykisk ohälsa bland unga, en värderingsförskjutning där allt fler väljer bort barn och väljer att satsa på annat i livet, samt oro inför framtiden till följd av klimatkris, miljöförstöring och hot om krig. Andra faktorer som nämns är det ökade könsgapet i värderingar mellan män och kvinnor som gör det svårare att blida parförhållanden.³⁰

²⁷ För en komprimerad överblick, se ESHRE 2023. För en mer utförlig överblick, se Carson, S.A., & Kallen, A.N. 2021.

²⁸ Statistiska centralbyrån 2025a.

²⁹ Statistiska centralbyrån 2025c.

³⁰ Se t.ex. Larsson, Y. 2023 och Trygg, H. 2025.

Om människor av olika orsaker skjuter upp barnafödandet till senare i livet då fertiliteten sjunker, så kan det komma att öka efterfrågan på assisterad reproduktion. Även efterfrågan på fertilitetsbevarande åtgärder kan då komma att öka. Om färre människor vill ha barn så minskar det tvärtom efterfrågan på assisterad reproduktion.

2.8 Assisterad reproduktion som befolkningspolitik

Vanligtvis ser man på området assisterad reproduktion ur ett individperspektiv. Verksamheten finns till för att i första hand hjälpa ofrivilligt barnlösa människor att få barn. Men ibland diskuteras assisterad reproduktion också i en större kontext av befolkningspolitik, både i den svenska samhällsdebatten och i andra länder.³¹ I många länder har födelsetalen, liksom i Sverige, sjunkit långt under reproduktionstalet 2,1 barn per kvinna. Både män och kvinnor skaffar också barn när de är allt äldre. Sjunkande födelsetal ses i allt fler länder som ett hot mot nationens fortlevnad eller åtminstone som att det skapar problem med till exempel försörjningsbördan. Vissa stater som vill främja barnafödande bland sin befolkning satsar mer resurser på assisterad reproduktion.

2.9 Gällande rätt

Både FN:s konvention om barns rättigheter (barnkonventionen) och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) är svensk lag. Dessa beskrivs i avsnitt 3.3.

2.9.1 Allmänna bestämmelser om hälso- och sjukvård

Vid behandling av ofrivillig barnlöshet gäller samma krav som vid all vård och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Målet med hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 §). Vården ska ges med respekt för alla människors

³¹ Se t.ex. Alkurdi, T. 2023 och Nilsson, E. 2023.

lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 §). Det innebär att vården särskilt bland annat ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Patienten ska enligt patientlagen (2014:821) få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (1 kap. 7 §). Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras (4 kap. 1 §). Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag (4 kap. 2 §). Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 §). Patienten har rätt att få och personalen skyldighet att lämna information bland annat om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling (3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen och 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen [2010:659]). Med ”de metoder som finns för undersökning, vård och behandling” avses de vårdalternativ som faktiskt finns att tillgå, antingen direkt vid den vårdinrättning dit patienten kommit eller genom remiss till specialistvård någon annanstans. Den information personalen har skyldighet att lämna om metoder för undersökning m.m. omfattar åtgärder som kan göras av andra än läkare, till exempel omvårdnadsåtgärder.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen). En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Enligt diskrimineringslagen (2008:567) är diskriminering på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder förbjuden i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet. Förbudet mot diskriminering som har samband med kön hindrar dock inte att kvinnor och män behandlas olika, om det har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet. Förbudet mot diskriminering som har samband med ålder hindrar inte tillämpning av be-

stämmelser i lag som föreskriver viss ålder, eller annan särbehandling på grund av ålder om särbehandlingen har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet (1 kap. 4 § och 2 kap. 13–13 b §§).

2.9.2 Särskilda bestämmelser om assisterad befruktning

Bestämmelser om assisterad befruktning finns i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. Lagen kompletteras med förordningen (2006:358) om genetisk integritet m.m. samt SOSFS 2009:30: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om donation och tillvaratagande av vävnader och celler och SOSFS 2009:32: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.

Insemination och befruktning utanför kroppen (ivf)

Insemination och befruktning utanför kroppen får utföras på kvinnor oavsett civilstånd. Den eventuella maken, sambon eller partnern måste skriftligen samtycka till behandlingen. Vid ivf-behandling med ett donerat befruktat ägg måste kvinnan som det befruktade ägget först var tänkt för, samt hennes eventuella make, partner eller sambo, samtycka till behandlingen, om ägget och eller spermier kommer från dem. Den kvinnan och i förekommande fall hennes make, partner eller sambo måste också vara förälder till minst ett barn. (6 kap. 1 b § och 7 kap. 3 § lagen om genetisk integritet m.m.).

Under en och samma menstruationscykel får en kvinna inte insemineras med spermier från mer än en donator. Ägg från fler än en kvinna får vid samma tillfälle inte föras in i en annan kvinnas kropp och efter ivf får som regel bara ett befruktat ägg föras in i kvinnans kropp (4 kap. 14–15 §§ SOSFS 2009:32).

Det är läkaren som ska välja spermier och eller ägg från en lämplig givare eller ett lämpligt donerat ägg. (6 kap. 4 § och 7 kap. 6 § lagen om genetisk integritet m.m.)

Spermier eller ägg från en avliden donator får inte användas. Läkaren ska inför varje behandling kontrollera om donatorn av spermier eller ägg fortfarande är i livet. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör vårdgivaren primärt ta hänsyn till det blivande barnets

rätt att söka kontakt med den donator som har medverkat till dess tillkomst om det finns befruktade ägg bevarade i fryst tillstånd efter en avliden donator. I en sådan situation kan vårdgivaren bedöma om det i vissa fall finns skäl för att ändå genomföra en behandling med befruktade ägg. (6 kap. 4 § och 7 kap. 6 § lagen om genetisk integritet m.m., 4 kap. 13 § SOSFS 2009:32).

En donator av spermier eller äggceller får ge upphov till barn i högst sex familjer i Sverige, om det inte finns synnerliga skäl för ytterligare en familj att få barn med samma donator. Ett par eller en ensamstående kvinna får donera befruktade ägg och ge upphov till barn i ytterligare en familj utöver den egna. Om en donator av spermier eller äggceller har gett upphov till barn i sex familjer, får denne medverka till donation av befruktade ägg och ge upphov till barn i ytterligare en familj. För att undvika genetiska helsyskon i mer än en familj får en donator av äggceller och en donator av spermier (dubbel-donation) ge upphov till barn i högst en familj (4 kap. 16 § SOSFS 2009:32).

Inför assisterad befruktning

Inför assisterad befruktning ska en undersökning ska göras för att bedöma om makar och sambor har rimliga möjligheter att få barn på naturlig väg, och om makar, registrerade partner, sambor och ensamstående kvinnor som vill genomgå assisterad befruktning har medicinska förutsättningar att bli gravida på detta sätt. Mottagaren ska testas för förekomst av vissa angivna smittämnen. En assisterad befruktning får utföras under förutsättning att mottagaren medverkar i de åtgärder som vidtas för att minimera risken för att vissa smittämnen eller sjukdomar överförs till barnet genom befruktningen, under graviditeten och vid förlossningen (4 kap. 5, 7, 8 och 9 §§ SOSFS 2009:32). En bedömning ska även göras för att säkerställa om det med hänsyn till kvinnans eller barnets säkerhet är lämpligt att kvinnan genomgår en graviditet. Om graviditeten eller någon annan smitta eller sjukdom än de som anges i föreskrifterna kan riskera kvinnans eller barnets liv eller hälsa, får en assisterad befruktning inte utföras (4 kap. 10 § SOSFS 2009:32).

Särskild prövning vid behandling med donerade könsceller

Om de ägg eller spermier som används vid en assisterad befruktning härrör från en annan person än de som behandlas ska läkaren göra en särskild prövning. Läkaren ska pröva om det med hänsyn till makarnas, sambornas eller den ensamstående kvinnans medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att behandlingen äger rum. Behandlingen får utföras endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör läkarens bedömning utgå från parets eller den ensamstående kvinnans möjlighet och förmåga att fungera som föräldrar eller förälder under barnets hela uppväxt. Vid bedömningen bör hänsyn tas till parets eller den ensamstående kvinnans ålder, hälsotillstånd och eventuella funktionsnedsättningar, levnadsförhållanden och inställning till att berätta för barnet om dess biologiska ursprung. Hänsyn bör även tas till parets inbördes relation eller den ensamståendes sociala nätverk. Om behandling vägras, får makarna, samborna eller den ensamstående kvinnan begära att Socialstyrelsen prövar frågan (6 kap. 3 § och 7 kap. 5 § lagen om genetisk integritet m.m., 4 kap. 11 § SOSFS 2009:32).

Donatorer

Den som donerar ägg eller spermier ska vara myndig och lämna skriftligt samtycke till att äggen får befruktas eller till att spermier får användas för insemination respektive befruktning (vid ivf). Donatorn får återkalla sitt samtycke fram till dess befruktning sker (6 kap. 1 a § och 7 kap. 2 § lagen om genetisk integritet m.m.).

En donator ska informeras bl.a. om de rättsliga, psykologiska och sociala konsekvenser en donation av ägg eller spermier kan ge upphov till samt att barnet kan komma att kontakta donatorn i framtiden och att det kan bli nödvändigt att donatorn kontaktas i framtiden för blodprovstagning eller någon annan utredning (4 kap. 4 § SOSFS 2009:30).

Socialstyrelsen har ställt upp krav på donatorers lämplighet samt krav på obligatoriska laborietester av prov från donatorer av köns-celler (4 kap. 22 § och bilaga 4 till SOSFS 2009:30).

Efter en ägg- eller spermiedonation ska donatorns namn sparas i en särskild journal i minst 70 år (6 kap. 4 § och 7 kap. 6 § lagen om

genetisk integritet). En spermie- eller äggdonator har inga skyldigheter gentemot barnet.

Barnets rätt till information

I Sverige har barn som blivit till med hjälp av ägg- eller spermiedonation en laglig rätt att få kännedom om sitt ursprung. Den som har tillkommit genom insemination eller ivf-behandling med donerade könsceller har, om han eller hon har uppnått tillräcklig mognad, rätt att ta del av de uppgifter om donatorn som antecknats i sjukhusets särskilda journal. Efter skriftlig begäran av den som har tillkommit genom en insemination eller ivf-behandling med donerade könsceller och som har uppnått tillräcklig mognad ska uppgifter om honom eller henne tas in i den särskilda journal som innehåller uppgifter om donatorn. Även begäran ska tas in i den särskilda journalen. Personen har rätt att ta del av de uppgifter som antecknats i den särskilda journalen och som avser andra personer som har tillkommit med spermier från samma donator. Om någon har anledning att anta att han eller hon har tillkommit genom insemination eller befruktning utanför kroppen med donerade könsceller är socialnämnden skyldig att på begäran hjälpa honom eller henne att ta reda på om det finns några uppgifter antecknade i en särskild journal. (6 kap. 5–5 b §§ och 7 kap. 7–7 b §§ lagen om genetisk integritet m.m.).

Föräldrarna har skyldighet att så snart det är lämpligt upplysa barnet om att han eller hon har tillkommit genom en insemination eller befruktning utanför kroppen som har utförts med andra könsceller än föräldrarnas egna (1 kap. 15 § föräldrabalken).

Barn som tillkommit genom heminsemination eller genom assisterad befruktning med donerade könsceller utomlands har ingen laglig rätt att få kännedom om sitt genetiska ursprung. Har en insemination eller ivf-behandling skett utomlands blir barnets möjlighet att få kännedom om sitt ursprung beroende av vilka regler som gäller för donatorns anonymitet i det landet.

Vissa övriga bestämmelser om könsceller och befruktade ägg

Förvaring av könsceller och befruktade ägg

Befruktade ägg får som huvudregel förvaras i fryst tillstånd i högst tio år. Om det finns synnerliga skäl får Socialstyrelsen för särskilda fall medge att tiden för förvaring i fryst tillstånd förlängs (5 kap. 4 och 6 §§ lagen om genetisk integritet m.m.).

När det gäller obefruktade ägg och spermier finns det ingen reglerad tidsgräns för förvaring i fryst tillstånd.

Förbud mot viss användning och handel

Det är förbjudet att i vinstsyfte ta, överlämna, ta emot eller förmedla biologiskt material från en levande eller avliden människa eller vävnad från ett aborterat foster. Det är inte heller tillåtet att använda eller ta till vara sådant material om man känner till att materialet har tagits, överlämnats, tagits emot eller förmedlats i vinstsyfte. Med biologiskt material avses också material från mänskliga ägg samt från celler och cellinjer från sådana ägg. Det gäller dock inte avidentifierade cellinjer från befruktade ägg eller från ägg som varit föremål för somatisk cellkärnöverföring (8 kap. 6 § lagen om genetisk integritet m.m.).

EU:s nya humanmaterialförordning (SoHO-förordningen)

EU:s nya humanmaterialförordning³² med bestämmelser om kvalitets- och säkerhetsstandarder för humanbiologiskt material avsett för användning på människa trädde i kraft den 6 augusti 2024 och ska börja tillämpas den 7 augusti 2027. Förordningen ersätter bland annat EG-direktivet om mänskliga vävnader och celler³³ som ligger till grund för nuvarande lag (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler, som tillämpas på bland annat könsceller. Socialstyrelsen har för närvarande i uppdrag att

³² Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2024/1938 av den 13 juni 2024 om kvalitets- och säkerhetsstandarder för humanbiologiskt material avsett för användning på människa och om upphävande av direktiven 2002/98/EG och 2004/23/EG (humanmaterialförordningen).

³³ 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.

föreslå anpassningar av svensk rätt till humanmaterialförordningen.³⁴ Medlemsstaterna kan införa eller upprätthålla strängare skyddsåtgärder än dem som återfinns i förordningen.

Preimplantatorisk genetisk testning (PGT)

Preimplantatorisk genetisk testning (PGT) kallades tidigare för preimplantatorisk genetisk diagnostik (PGD). Villkor för detta finns i lagen om genetisk integritet m.m. Preimplantatorisk genetisk diagnostik får användas endast om mannen eller kvinnan bär på anlag för en allvarlig monogen eller kromosomal ärftlig sjukdom, som innebär en hög risk för att få ett barn med en genetisk sjukdom eller skada. Behandlingen får inte användas för val av egenskap utan endast inriktas på att barnet inte skall ärva anlag för sjukdomen eller skadan i fråga. Preimplantatorisk genetisk diagnostik får inte utan tillstånd av Socialstyrelsen användas för att försöka få ett barn med en sådan genuppsättning att barnet skulle kunna bli donator av blodstamceller till ett svårt sjukt syskon. Tillstånd får lämnas endast om det finns synnerliga skäl för att tillåta användning (4 kap. 2 § lagen om genetisk integritet m.m.).

Surrogatmoderskap

I svensk rätt gäller den så kallade mater est-regeln, vilken är en allmän rättsprincip som anger att den kvinna som föder ett barn anses vara barnets mor. Surrogatmoderskap är inte uttryckligen förbjudet i lag, men av de bestämmelser som reglerar assisterad befruktning i lagen om genetisk integritet m.m. följer att metoden inte får tillämpas inom hälso- och sjukvården.

När ett barn som tillkommit genom ett surrogatarrangemang flyttar till Sverige måste en rad beslut tas för att barnet ska få de tilltänkta föräldrarna som rättsliga föräldrar och vårdnadshavare. Direkt efter födseln ska faderskapet fastställas. Har inte faderskapet fastställts utomlands på ett sätt som gäller i Sverige så kan faderskapet ofta fastställas i Sverige. Som huvudregel erkänns utländska faderskapsbekräftelser och domstolsavgöranden avseende faderskap (7 och 8 §§ lag [1985:367] om föräldraskap i internationella situa-

³⁴ Socialdepartementet 2025.

tioner). Nästa steg är att överföra vårdsnaden till pappan – i annat fall skulle den som har fött barnet, dvs surrogatmamman, bli ensam vårdnadshavare. Slutligen måste den andra tilltänkta föräldern (modern eller den andra fadern) erkännas som förälder genom en s.k. närståendeadoption. Någon reglering om erkännande av utländska avgöranden om moderskap finns inte i svensk lagstiftning.

I en del fall saknas möjlighet för ett barn som tillkommit genom ett surrogatarrangemang i utlandet att få båda eller en tilltänkt förälder som rättsliga företrädare i Sverige. Det är främst i de fall där de tilltänkta föräldrarna har separerat eller där båda de tilltänkta föräldrarna behöver adoptera som problem kan uppstå. I dessa fall är det inte säkert att en adoptionsansökan kan bifallas, bland annat eftersom en gemensam adoption förutsätter att de tilltänkta föräldrarna fortfarande är gifta eller sambor och att den andra föräldern samtycker till adoptionen.

I två domar från 2019 har Högsta domstolen för barnets bästa fastställt utländska avgöranden om moderskap trots att det saknas lagstöd för detta.³⁵ Efter detta tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att bland annat analysera regelverket för barn i Sverige som har tillkommit genom ett internationellt surrogatarrangemang. Utredningen påpekar i sitt betänkande att svensk lagstiftning behöver anpassas för att uppfylla Sveriges konventionsåtaganden, och föreslår flera undantag i adoptionsreglerna när det finns synnerliga skäl att bifalla adoptionsansökan för att bekräfta en faktisk familjerelation.³⁶ Förslaget har remitterats men i skrivande stund (december 2025) inte resulterat i någon lagstiftning.

³⁵ Högsta domstolens dom 2019-06-13 i mål nr Ö 3462-18 Det kaliforniska surrogatarrangemanget och Högsta domstolens dom 2019-12-17 i mål nr Ö 3622-19 Surrogatarrangemanget i Arkansas

³⁶ SOU 2021:56. Enligt utredningen försätts framför allt barnet i en rättsligt osäker situation när det i Sverige i vissa fall saknas förutsebara och tydliga regler om vad som gäller för det rättsliga föräldraskapet för barn i dessa situationer. Bland nackdelarna nämns risken för att barnet inte tillerkänns den tilltänkta moderns nationalitet, att det kan vara svårare för barnet att få stanna kvar i hennes hemvistland, att rätten till arv kan påverkas negativt, att barnets och den tilltänkta moderns relation kan riskeras om föräldrarna separerar eller om fadern avlider samt att barnet kan riskera att stå utan skydd om den tilltänkta modern vägrar eller upphör att vårda barnet.

Tidslinje

- 1982 I Sverige föds det första barnet efter provrörsbefruktning.
- 1984 Lagen om insemination (tillåtet för olikkönade par, med donerade spermier).
- 1989 Lagen om befruktning utanför kroppen (tillåtet för olikkönade par, med egna spermier och ägg).
- 1998 Lagen om åtgärder i forsknings- eller behandlingssyfte med ägg från människa ändras så att förvaringstiden av nedfrysta befruktade ägg förlängs från ett till fem år.
- 2003 Lagen om befruktning utanför kroppen ändras så att provrörsbefruktning med donerade spermier blir tillåtet. Äggdonation blir också tillåtet. (Kombinationen donerade ägg och donerade spermier blir dock inte tillåten.)
- Barnets rätt att få kännedom om sitt genetiska ursprung och donatorns identitet regleras på samma sätt vid ägg- och spermiedonation.
- 2005 Samkönade par av kvinnor får rätt till assisterad befruktning med donerade spermier på samma villkor som olikkönade par.
- 2006 Lagen om genetisk integritet m.m. träder i kraft. Lagen är en samlad lag för genetisk undersökning och information inom hälso- och sjukvården, medicinsk forskning, genterapi m.m. samt befruktning utanför kroppen och insemination.
- 2016 Ensamstående kvinnor får rätt till assisterad befruktning.
- 2019 Assisterad befruktning utanför kroppen med hjälp av enbart donerade könsceller tillåts.

Det blir tillåtet att utföra befruktning utanför kroppen med donerade könsceller vid andra vårdinrättningar än universitetssjukhus.

Ett befruktat ägg får förvaras fryst i högst tio år i stället för fem år.

Möjlighet för personer som blivit till med hjälp av assisterad befruktning att få sina uppgifter intagna i journal införs, liksom rätt för personer som blivit till med hjälp av könsceller från samma donator att ta del av uppgifterna.

Föräldrarna ges lagstadgad skyldighet att så snart det är lämpligt upplysa barnet om att han eller hon har tillkommit genom en insemination eller befruktning utanför kroppen som har utförts med andra könsceller än föräldrarnas egna.

3 Etiska utgångspunkter

3.1 Etisk analys

Etik är både ett akademiskt ämne med teoribildning, metoder och kunskapsbank men också en praktisk verksamhet, integrerad i vård och medicinsk forskning. Etisk reflektion innebär att man väger samman olika värden och intressen samt formulerar och utvärderar skäl för och emot olika handlingsalternativ.

Även faktakunskaper är nödvändiga för att man ska förstå en fråga och identifiera de etiska problem den rymmer. Osäkerheter och kunskapsluckor behöver därför identifieras. Däremot kan inte faktakunskaper ensamma peka ut vilka mål som är önskvärda eller vilka medel för att nå målen som är försvarliga. Faktakunskaper måste kompletteras med etiska överväganden kring exempelvis människovärde, självbestämmande, välbefinnande och rättvisa. När människor är oense om vad som är rätt och fel är det dessvärre ofta oklart om detta beror på oenigheter i värderingar eller oenigheter i vilka faktaantaganden man gör. En viktig del av etisk analys är att mer detaljerat klargöra sådana förhållanden.

3.2 Viktiga värden, intressen och teman inom assisterad reproduktion

Området assisterad reproduktion innehåller flera etiska dimensioner, frågeställningar och gränsdragningar. Syftet med rådets beredning har varit att belysa och analysera etiska aspekter på dagens reglering samt existerande och nya metoder inom assisterad reproduktion. Några övergripande frågeställningar är: Vilka metoder är etiskt acceptabla att använda? I hur stor utsträckning ska samhället bekosta behandlingarna och vem ska kunna få tillgång till dem? Om en viss metod

inte bekostas av samhället uppstår en efterfrågan på privata alternativ, hur ska samhället förhålla sig till det?

När dessa frågor ska analyseras och besvaras måste vi förhålla oss till en rad olika värden och intressen. Värden uttrycker grundläggande normativa principer eller ideal om vad som är rätt eller gott, medan intressen kan sägas handla om vad som är önskvärt eller gynnsamt för specifika personer eller grupper – vilket inte alltid sammanfaller med etiskt försvarbara värden. Olika parter i form av aktörer eller intressenter är berörda. Här förstås aktörer som personer eller grupper som agerar i en viss situation och därmed har handlingsmöjligheter och ansvar. Intressenter förstås som personer eller grupper som påverkas av eller har ett intresse i situationen eller beslutet – men de behöver inte själva agera. Personer och grupper kan samtidigt vara både aktörer och intressenter. Nedan listas centrala värden, intressen, aktörer och intressenter inom området assisterad reproduktion.

Att skapa liv

Syftet med assisterad reproduktion är att möjliggöra tillkomsten av nytt liv. För vissa är själva skapandet av liv ett grundläggande värde, något gott i sig.

Eftersom assisterad reproduktion ofta innebär hantering av könsceller och befruktade ägg utanför kroppen, uppstår frågor om dessa biologiska entiteters moraliska status. Är ett befruktat ägg en ”potentiell person” med rättigheter som bör behandlas med särskild respekt? Vem äger eller har förfoganderätt över könsceller och befruktade ägg och under vilka villkor bör de kunna doneras och destrueras?

Autonomi/självbestämmande

De blivande föräldrarna

Reproduktiv autonomi är ett centralt värde i diskussionen om assisterad reproduktion. Det handlar om individens möjligheter och rätt att med utgångspunkt i egna önskemål och värderingar fatta beslut om sin kropp, sin reproduktion och sitt familjeliv. Många ser den reproduktiva autonomin som en grundläggande rättighet som bara

bör inskränkas genom reglering om det finns väldigt starka skäl. Reproduktiv autonomi förstås då som en sorts negativ rättighet, dvs. en rätt att slippa hinder eller påtryckningar.

Alternativt kan reproduktiv autonomi förstås som ett centralt intresse eller behov som innebär att samhället på olika sätt bör erbjuda tillgång till metoder för assisterad reproduktion för att människor ska kunna förverkliga sina drömmar om att bilda familj – på ett sätt som överensstämmer med deras önskemål och värderingar.

De blivande barnen

Varje barn formas av sina gener och av den omgivande kulturens normer, liksom av sina föräldrars specifika värderingar och levnads-sätt, eventuella religiösa tillhörighet osv. Samtidigt finns en bred sam-syn om att barnet själv ska få välja och utforma viktiga delar av sitt liv, i takt med att det mognar. Denna syn har blivit än mer påtaglig i och med inkorporeringen av barnkonventionen som erkänner barn som självständiga rättighetsbärare med egna intressen och rättigheter. Vissa tendenser till detaljstyrd design av kommande barns egenskaper kan tyckas hota detta ideal. Inom etiken har det formulerats som att barn har rätt till en ”öppen framtid”. Beslut som föräldrar fattar för ett barns räkning får inte innebära att barnets möjligheter att i fram-tiden själv bestämma vilket liv det vill leva beskärs.

Utifrån idén om rätten till en öppen framtid skulle val av donatorer eller befruktade ägg för att förbättra en egenskap som innebär att barnet anpassas till en specifik livsbana kunna kränka barnets rättigheter, medan förbättringar som kan antas gynna barnet oavsett vilka livsval det fattar, exempelvis förbättringar som ger bättre hälsa, inte skulle göra det.

Tredjepartsdonatorer och surrogatmödrar

I vissa typer av assisterad reproduktion finns också andra inblandade aktörer, som könscellsdonatorer, surrogatmödrar och donatorer av livmödrar. I diskussioner om donation och surrogatmoderskap hän-visas ofta till dessa personers autonomi.

Hälsa och välbefinnande

De blivande föräldrarna

För många individer och par är möjligheten att få barn en grundläggande del av livets mening. Andra önskar använda assisterad reproduktion för att få bära ett barn eller få barn som är genetiskt besläktade med dem själva eftersom det är betydelsefullt för dem. Assisterad reproduktion kan därmed ses som en insats för att främja hälsa och välbefinnande.

En annan aspekt av hälsa och välbefinnande är att vissa metoder inom assisterad reproduktion är förknippade med risker för de individer som genomgår behandling eller bär fram ett barn åt andra.

De blivande barnen

Alla barn har ett grundläggande intresse av att födas med goda förutsättningar för fysisk och psykisk hälsa, samt att växa upp under trygga och stödjande omständigheter. Många lägger stor vikt vid hur olika metoder och moment inom assisterad reproduktion påverkar det blivande barnets hälsa och välbefinnande. Ofta hänvisas till "barnets bästa". Samtidigt är det inte alltid självklart vilka risker eller avvikelser som kan anses vara acceptabla och förenliga med en hänsyn till barnets bästa.

Vissa behandlingar är förknippade med medicinska risker, medan andra metoder är nya och ännu inte fullt utforskade. Det finns därför ett ansvar att beakta både kända risker och kunskapsluckor, särskilt när det gäller långsiktiga effekter på barnets hälsa. I situationer där det finns en risk att ett blivande barn föds med en allvarlig och inte behandlingsbar genetisk sjukdom kan det finnas skäl att erbjuda tillgång till metoder för assisterad reproduktion för att främja det blivande barnets hälsa.

Utöver det medicinska perspektivet spelar även barnets identitet och sociala sammanhang en viktig roll. Barn som blivit till med hjälp av könscellsdonation eller surrogatmoderskap kan ha behov av att få kunskap om sitt ursprung, av både medicinska och psykologiska skäl. Information om och kontakt med genetiska släktingar, eller avsaknad därav, kan påverka barnets identitetsutveckling och välbefinnande.

Familjestrukturen är också en faktor som kan påverka barnets uppväxtvillkor. Att växa upp med en ensamstående förälder eller i en familjeform som avviker från samhällsnormen kan innebära särskilda utmaningar, särskilt om omgivningen präglas av fördomar eller bristande acceptans. I takt med att fler söker sig utomlands för behandlingar som inte är tillåtna i Sverige, uppstår även frågor om stigma och samhällelig acceptans för barn som blivit till med hjälp av sådana metoder.

Tyngdpunkten i samhällsdebatten kring assisterad reproduktion har förskjutits från att inledningsvis ofta handla om vad som är naturligt till att handla om barnets bästa och synen på familjen och föräldraskapet. I debatten om huruvida ensamstående kvinnor skulle få rätt till assisterad befruktning framförde motståndarna med hänvisning till barnkonventionen att barn har rätt till en mamma och en pappa. Argumentet kan ses som både ett uttryck för vad som anses vara barnets bästa och för vad som anses vara naturligt.

Övriga familjemedlemmar

Även övriga familjemedlemmar har intresse av hälsa och välbefinnande. Vanligen ses det som positivt att få ett syskon, även om det också kan innebära konkurrens och konflikter.

Tredjepartsdonatorer, surrogatmödrar och deras familjer

Hälsa och välbefinnande för könscellsdonatorer, surrogatmödrar, donatorer av livmödrar och i förekommande fall deras familjer är också ett värde att ta hänsyn till, både i fråga om medicinska risker med de olika behandlingarna de är involverade i, och i fråga om kommande kontakter mellan dem och de barn de har hjälpt till att ge upphov till.

Icke-identitetsproblemet

Icke-identitetsproblemet är ett filosofiskt dilemma som uppstår när man försöker avgöra om en handling är skadlig eller fördelaktig för en person som inte existerar än – och som inte skulle ha funnits alls om handlingen inte hade ägt rum.¹

I diskussioner om etiska frågor inom assisterad reproduktion finner många det självklart att ta hänsyn till de blivande barnens bästa. Men reproduktiva beslut innebär inte att en specifik individ får det bättre eller sämre som vid andra behandlingsbeslut. I stället kommer olika barn att existera beroende på vilket handlingsalternativ som väljs – barn som föds vid skilda tidpunkter och bildas från olika könsceller.² I vissa fall kan ett beslut leda till att inget barn föds alls.

Svårigheten uppstår eftersom vi gärna tänker att för att vi ska ha moraliska skäl för att välja bort ett handlingsalternativ måste det vara sämre *för någon*. Men vem skulle beslutet att använda eller avstå assisterad reproduktion vara dåligt för? Det är svårt att hävda att det vore sämre för något blivande barn; även ett liv med sjukdom eller lägre livskvalitet skulle ju i de flesta fall kunna anses bättre inget liv alls.³

Detta får en del moralfilosofier att dra slutsatsen att vi inte kan agera moraliskt fel mot framtida individer i situationer där våra val påverkar vilka individer som kommer att existera, åtminstone så länge de blivande individerna får ett liv som är värt att leva.⁴ För vissa filosofer leder detta i sin tur till slutsatsen att i stort sett inga inskränkningar i den reproduktiva autonomi är acceptabla. Sådana inskränkningar kan bara försvaras om de står i konflikt med något annat intresse, vilket de enligt detta synsätt inte gör.⁵

Många skulle dock hävda att det går att ta hänsyn till barnets bästa i en etisk analys av assisterad reproduktion. Man kan hävda att samhälleliga beslut i fråga om olika metoder och begränsningar

¹ Icke-identitetsproblemet formulerades ursprungligen av den brittiske filosofen Derek Parfit i Parfit, D. 1984.

² Detta gäller för alla metoder men blir särskilt tydligt vid PGT, där ett befruktat ägg bland flera väljs ut för att implantera.

³ Valet kan fortfarande vara bättre eller sämre för andra individer än ett eventuellt blivande barn och av den anledningen ge oss skäl att föredra något av alternativen.

⁴ Se exempelvis Bennett, R. 2009.

⁵ Se Harris J. 2000.

bör bygga på en värdering av lidande och risk för de framtida barnen i allmänhet, trots att det inte går att peka ut enskilda individer som skulle lida skada av beslutet.

Integritet

Integritet handlar om att skydda individers rätt att själva bestämma över sin kropp och sin reproduktion, samt att säkerställa att känslig information hanteras med största möjliga sekretess och respekt. Integritet är ett centralt värde inom assisterad reproduktion, eftersom processen ofta innebär hantering av mycket personlig information, kroppsliga ingrepp och känslomässiga erfarenheter. För blivande föräldrar, donatorer, donatorsyskon och surrogatmödrar är det viktigt att deras privatliv respekteras, att deras samtycke är informerat och att deras personliga gränser inte överskrids.

Rättvisa

Rättvisa är ett värde som återopas i frågor om hur personer behandlas och hur resurser fördelas. Inom assisterad reproduktion kan det handla om vilka grupper som får tillgång till behandling och om vad samhället bekostar. Begreppet rättvisa kan ges många olika innebörder beroende på situation. En vanligt förekommande aspekt på rättvisa är jämlikhet, och det faktum att allt fler grupper har fått tillgång till assisterad reproduktion är uttryck för en jämlikhetstanke. Men vi kan fortfarande ställa oss frågan om det är rättvist att samhället sätter upp begränsningar utifrån exempelvis ålder eller föräldraförmåga i möjligheten att få tillgång till assisterad reproduktion.

Att fördela resurser efter behov är en annan aspekt av rättvisa, som kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen. När resurser är begränsade vägs olika behov mot varandra. Exempelvis måste man ta ställning till hur ofrivilligt barnlösa längtan efter att få barn ska prioriteras i förhållande till andras behov av hälso- och sjukvård.

Människovärde

Begreppet människovärde har en central plats i den etiska debatten, och används ofta som utgångspunkt för etiska resonemang och vid ställningstaganden i konkreta etiska frågor. Människovärdesprincipen innebär att varje människa har ett inneboende värde just för att hon är människa, oavsett egenskaper eller funktion. Enligt principen har alla människor rättigheter som ska respekteras. Dessa rättigheter inbegriper rätten till liv och hälsa, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv. Människovärdet brukar också uttryckas som att varje människa ska behandlas som ett mål i sig och aldrig endast som ett medel för andra. Människor får med andra ord inte instrumentaliserats.

Inom assisterad reproduktion väcks frågor om huruvida människovärdet riskerar att urholkas genom olika praktiker, exempelvis selektion av befruktade ägg på grundval av deras egenskaper eller möjligheten att köpa och sälja könsceller och surrogatmoderskap på en kommersiell marknad.

Naturlighet

Diskussionen om vad som är "naturligt" kontra "onaturligt" inom assisterad reproduktion har historiskt haft stor betydelse. När det första barnet föddes efter ivf-behandling i Storbritannien 1978 var metoden starkt ifrågasatt. Att få barn genom ivf sågs av många som ett ingrepp som stred mot naturen. Nobelpristagaren Robert G. Edwards som var den som utvecklade ivf-tekniken hade svårt att få fortsatt finansiering då hans forskning kritiserades av andra forskare, politiker och religiösa grupper. I arbetet med att ta fram lagen om befruktning utanför kroppen som trädde i kraft 1988, var synen på äggdonation delad. Riksdagen beslutade då att tillåta enbart spermiedonation eftersom många ansåg att äggdonation var "onaturligt" och "onormalt". Först 2003 blev äggdonation tillåtet i Sverige.

Naturlighetsargumenten har i stort sett försvunnit ur den reproduktionspolitiska diskussionen på 2000-talet, från att under 1980-talet haft en mer framträdande roll. Vad som kan anses vara naturligt utmanas dock i vissas ögon även i dag av tekniker och praktiker som att använda könsceller och befruktade ägg från avlidna personer, att samkönade par får barn eller att en graviditet äger rum i en surrogat-

moders kropp. Framtida tekniker som artificiella livmödrar eller köns-celler som utvecklas från kroppsceller kan också väcka sådana frågor.

Teknifiering och det sluttande planet

Ett annat tema som aktualiseras i diskussioner om assisterad reproduktion är ”teknifieringen” av fortplantningsprocessen. Detta ses ibland som något problematiskt, antingen i sig själv eller därför att det på sikt tänks leda till icke önskade konsekvenser. Sådana ”sluttande plan”-argument lyfts ofta fram inom området assisterad reproduktion: att tillåtande av en viss metod kan bana väg för andra, tveksamma tillämpningar.

Altruism, kommersialisering och varufiering

En central fråga inom assisterad reproduktion är om handlingar inom tredjepartsdonation och surrogatmoderskap är uttryck för altruism, där människor frivilligt hjälper andra utan ekonomisk ersättning, eller om det är acceptabelt att ersättning ges och tjänster erbjuds på en marknad. I Sverige gäller i dag att donation ska ske frivilligt och utan kommersiellt vinstintresse. Kommersiella arrangemang skulle kunna innebära att individer får betalt för att donera köns-celler eller bära ett barn. Det finns en oro för att ekonomiskt utsatta personer kan känna sig pressade till sådant, vilket väcker frågor om exploatering och rättvisa.

Eftersom många tjänster inom assisterad reproduktion erbjuds på en privat marknad, där fertilitetskliniker, köns-cellsbanker och surrogatförmedlingar ofta drivs som vinstdrivande företag, blir frågor om kommersialisering av assisterad reproduktion särskilt aktuell. I förlängningen aktualiseras även begreppet varufiering – att något som traditionellt inte betraktats som en handelsvara, såsom mänsklig vävnad (till exempel köns-celler) eller reproduktiv kapacitet (till exempel att bära ett barn), börjar behandlas som något som kan köpas och säljas. Frågan om varufiering väcks också när det gäller möjligheten att välja egenskaper hos blivande barn, vilket kan förstärka synen på barn som produkter snarare än individer.

Forskningens och teknologins ”imperativ”

Forskning inom assisterad reproduktion har lett till stora medicinska framsteg, men väcker också etiska frågor. Vissa anser att det finns en etisk plikt, ett imperativ, att forska. Samtidigt framhävs det inom forskningsetiken att det är viktigt att forskningen bedrivs med medvetenhet om vilka konsekvenser, både positiva och negativa, forskningen kan få.

Ett annat begrepp som ibland hänvisas till när det gäller forskning på nya tekniker och metoder är ”det teknologiska imperativet”. Begreppet används för att beskriva idén att om något tekniskt sett kan göras, så kommer det förr eller senare faktiskt att göras – oavsett om det är etiskt, socialt eller moraliskt försvarligt.

En ny eugenik?

Historiskt sett har en rad samhällen haft statliga program för så kallad eugenik.⁶ Sådana insatser syftade till att ”förbättra” den genetiska kvaliteten på populationsnivå, vanligtvis utifrån en idé om statens eller kollektivets bästa. Då baserades eugeniska program på åtgärder för att förhindra individer med vad som uppfattades som icke önskvärda anlag att reproducera sig (ofta i form av mer eller mindre påtvingade steriliseringar) eller för att förmå dem som anses genetiskt överlägsna att få fler barn.

Det förs en diskussion om hur dagens utveckling av genetiska tester och ny reproduktionsteknologi, där man till exempel kan analysera sjukdomsanlag och egenskaper hos befruktade ägg, förhåller sig till äldre tiders eugenik. Är det en förlängning av den gamla, är det en ny slags eugenik eller rör det sig inte alls om eugenik?⁷

Även de nya metoder som nämns syftar i någon utsträckning till att förbättra vår avkomma. Det kan samtidigt hävdas att dessa utvecklingstendenser är väsensskilda från gamla tiders eugenik eftersom de inte inskränker utan respekterar och rentav ökar föräldrars autonomi, är pluralistisk (eftersom föräldrar antas göra olika val) och inte vilar på förlegade teorier om ras och förbättring av befolkningens genetiska konstitution. Vissa bedömare hävdar dock att denna

⁶ Eugenik förknippas av många framför allt med Nazityskland, men eugeniska tankegångar fick fäste i många länder under första halvan av 1900-talet, däribland USA, Kanada, Storbritannien och de skandinaviska länderna.

⁷ Bashford, A. 2010.

”liberala”⁸ eugenik kan leda till samma negativa effekter som äldre tiders eugenik.⁹ Människors val påverkas av sociala normer och även många individuella till synes frivilliga beslut kan bidra till en samhällslig sortering där vissa liv anses mer värda än andra.¹⁰

En fråga som den förnyade eugenikdiskussionen väcker är om föräldrar ska kunna välja att ge det blivande barnet en genotyp som enligt de flesta kan antas begränsa det framtida barnets möjligheter eller försämra dess livschanser (på engelska kallat ”deenhancement”). Exempel kunde vara föräldrar som är döva eller kortväxta och önskar barn med samma egenskap. Här förordar några att föräldrar ges fritt val, medan andra önskar en reglering som förbjuder vissa ingrepp och tillåter eller kanske rentav påbjuder andra. Många förespråkare för liberal eugenik önskar någon form av reglering, där vissa ingrepp förbjuds och andra kanske påbjuds. Men, påpekar kritiker, därmed blir skillnaden mellan den liberala och den statliga formen av eugenik inte så stor som det brukar antas.

Det bör påpekas att det i dag i Sverige inte är fritt för alla att använda sig av selektiva moment inom assisterad reproduktion. Det är endast par och ensamstående som inte har tillgång till egna fungerande ägg och spermier som kan använda donerade könsceller och PGT får endast användas när minst en förälder är bärare av anlag för en allvarlig genetisk sjukdom.

3.3 Internationella koder och konventioner

I internationella koder och konventioner återfinns rättigheter och principer som de länder som har ratificerat dem måste förhålla sig till.

3.3.1 Barnkonventionen

FN:s konvention om barns rättigheter (barnkonventionen) syftar till att ge varje människa under 18 år rätt att behandlas med respekt och att få komma till tals. Sedan 2020 är den svensk lag. Konventionen är en minimistandard för barnets rättigheter, och anslutna stater kan utvidga och förstärka rättigheterna. Det räcker inte att konventionen

⁸ Andra benämningar är ny eller privat eugenik.

⁹ de Melo-Martin, I. & Goering, S. 2022.

¹⁰ Se t.ex. Duster, T. 2003.

återspeglas i den nationella lagstiftningen. Andra åtgärder utöver lagstiftning kan vara att åstadkomma effektiva styrmedel, opinionsbildning och upplysning.

Fyra grundläggande principer

Konventionen innehåller fyra grundläggande principer som ska vara styrande för tolkningen av konventionens övriga artiklar.

Förbud mot diskriminering. Artikel 2 slår fast att alla barn har samma rättigheter och lika värde. Ingen får diskrimineras. Konventionen gäller för alla barn som befinner sig i ett land som har ratificerat den.

Beaktande av barnets bästa vid alla åtgärder som rör barn. Artikel 3 anger att det är barnets bästa som ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet. ”Barnets bästa” är konventionens grundpelare. Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall och hänsyn ska tas till barnets egen åsikt och erfarenhet.

Barnets rätt till liv och utveckling. Artikel 6 understryker varje barns rätt till liv, överlevnad och utveckling. Utöver barnets fysiska hälsa gäller detta också den andliga, moraliska, psykiska och sociala utvecklingen.

Barnets rätt att komma till tals. Artikel 12 handlar om barnets rätt att bilda och uttrycka egna åsikter och, med hänsyn tagen till ålder och mognad, få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne.

Barnets rätt att få vetskap om sina föräldrar och sitt ursprung

I artikel 7 behandlas barnets rätt att registreras omedelbart efter födelsen, rätten från födelsen till ett namn, rätten att förvärva ett medborgarskap samt rätten att så långt som möjligt få vetskap om sina föräldrar och få deras omvårdnad.

Rätten att få kunskap om sitt ursprung handlade under utarbetandet av barnkonventionen om adopterade barns rätt att få vetskap om sina genetiska föräldrar. FN:s barnrättskommitté har vid en senare tidpunkt tydliggjort att rätten till information i artikel 7 även omfattar barn som tillkommit med hjälp av assisterad reproduktion.¹¹

¹¹ FN:s barnrättskommitté (2016).

Enligt artikel 8 ska barnets rätt till identitet respekteras. Rätten att behålla sin identitet innefattar medborgarskap, namn och släktförhållanden.

3.3.2 Europakonventionen om skyddet för de mänskliga rättigheterna

1950 undertecknades i Rom den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). Medlemsstaterna i Europarådet är skyldiga att följa och respektera konventionen. Sedan 1995 är Europakonventionen svensk lag.

Rätt till skydd för privat- och familjeliv

Enligt konventionens artikel 8 har var och en rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. 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.

Rätten till skydd för privat- och familjeliv är en svårdefinierad rättighet med många aspekter. Vidare är gränsen mellan privat- och familjelivet flytande. Under skyddet för privatlivet faller bl.a. skyddet för den personliga integriteten. Rätten till respekt för familjelivet samt för hem och korrespondens har ett nära samband med rätten till respekt för privatlivet och kan ofta inte särskiljas från denna. Rätten till respekt för familjelivet innebär som huvudregel en rätt för familjemedlemmar att leva tillsammans och att på andra sätt bibehålla och utveckla de ömsesidiga relationerna utan ingrepp från statens sida. Genom artikel 8 ställs också krav på staten att det ska finnas en familjerättslig lagstiftning som skyddar familjen. Det ska finnas bestämmelser som ger ett barn en acceptabel familjerättslig status oavsett om barnet är fött inom eller utom äktenskapet. Rätten till ett namn kan härledas ur artikel 8 liksom en rätt för föräldrar att ta ansvar för sina barn.

3.3.3 Konventionen om mänskliga rättigheter och biomedicin

Sverige deltog i utarbetandet av Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin (Biomedicinkonventionen eller Oviedokonventionen) och undertecknade konventionen 1997. Sverige har dock inte ratificerat den. För att Sverige ska kunna ratificera konventionen krävs bl.a. att vi uppfyller kraven på en rättslig reglering gällande avgöranden för personer med bristande beslutsförmåga.¹²

Biomedicinkonventionen syftar till att skydda människor i samband med hälso- och sjukvård och medicinsk forskning. Den specificerar och vidareutvecklar det skydd som följer av bl.a. Europakonventionen.

Enligt artikel 14 ska tekniker för medicinskt assisterad befruktning inte användas för att välja ett framtida barns kön, utom när allvarlig ärftlig könsrelaterad sjukdom ska undvikas.

Enligt artikel 21 får människokroppen och dess delar inte i sig ge upphov till ekonomisk vinning. I en så kallad Explanatory report till konventionen sägs dock att tekniska åtgärder så som provtagning, testning, lagring, odling, transport etc. som utförs i samband med hanteringen av människokroppen och dess delar kan berättiga till rimlig ersättning.¹³

3.3.4 EU:s rättighetsstadga

EU:s rättighetsstadga blir tillämplig när sakfrågan handlar om EU-rätt, och gäller inte i de delar av nationell rätt som faller utanför denna. Enligt artikel 3 i EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna ska inom medicin och biologi i synnerhet följande respekteras:

- Den berörda personens fria och informerade samtycke, på de villkor som föreskrivs i lag.
- Förbud mot rasygieniska metoder, i synnerhet sådana som syftar till urval av människor.

¹² Smer har länge påtalat bristerna i det svenska regelverket för beslutsförmåga i hälso- och sjukvården. Tillsammans med 15 andra myndigheter och organisationer uppmanade Smer 2024 regeringen att skyndsamt införa ett rättsligt ramverk som stärker skyddet för patienter med nedsatt beslutsförmåga inom vården och under hösten 2025 har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram författningsförslag som syftar till att patienter med nedsatt beslutsförmåga ska få tillgång till vård på lika villkor som den övriga befolkningen.

¹³ Europarådet 1997.

- Förbud mot att låta människokroppen och dess delar i sig utgöra en källa till ekonomisk vinning.
- Förbud mot reproduktiv kloning av människor.

3.4 Etiska utgångspunkter i den svenska lagstiftningen

Övergripande bestämmelser om hur den offentliga hälso- och sjukvården ska vara organiserad i Sverige finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, förkortad HSL). Enligt 3 kap. 1 § HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det anges också att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

1997 fattade riksdagen beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Enligt denna så kallade etiska plattform för prioriteringar ska följande tre principer styra prioriteringarna inom hälso- och sjukvården:

- *Människovärdesprincipen.* Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- *Behovs- och solidaritetsprincipen.* Vi har ett solidariskt ansvar att tillse att resurser går till dem med störst behov av vård.
- *Kostnadseffektivitetsprincipen.* Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen.

Assisterad reproduktion regleras som beskrivits i avsnitt 2.9 i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. Bestämmelserna i lagen ger uttryck bland annat för principer om att barn har rätt till information om sitt genetiska ursprung och att könscellsdonation ska ske utan vinstsyfte.

3.5 Värde- och intressekonflikter

Assisterad reproduktion är ett område där olika värden och intressen kan stå i konflikt med varandra. En möjlig konflikt rör balansen mellan människors önskan att få barn och barns rätt till ett gott liv, vilket aktualiserar frågan om huruvida det behövs begränsningar i människors tillgång till behandling. En annan konflikt är mellan föräldrars önskan att påverka egenskaperna hos det blivande barnet genom val av könscellsdonator eller val av befruktat ägg, och barnets rätt till en öppen framtid, där hen ska vara fri att forma sitt eget liv. Viljan och möjligheten att påverka egenskaper hos blivande barn kan också stå i konflikt med ett övergripande samhällsintresse av att främja människovärde och jämlikhet.

När en tredje part – såsom könscellsdonator, surrogatmoder eller livmoderdonator – är involverad i assisterad reproduktion, kan komplexa intressekonflikter uppstå. Dessa kan handla om samtycke, integritet, graden av kontakt mellan parterna, anonymitet och ansvar vid komplikationer.

3.6 Rådets övergripande diskussioner och utgångspunkter

De ovan nämna värdena, intressena och aktörerna gör sig gällande i olika omfattning i de olika delfrågorna inom området assisterad reproduktion. Beroende på omständigheter och fakta kan de komma att ges olika vikt i olika sammanhang. Rådet redogör här för sina diskussioner i några övergripande frågeställningar inom området.

3.6.1 Ofrivillig barnlöshet och samhällets ansvar

Rådets diskussioner har tagit sin utgångspunkt i att assisterad reproduktion i första hand är ett sätt att hjälpa personer som lider av ofrivillig barnlöshet att få barn och därmed uppnå ett livsmål som är grundläggande för många. Det är denna individuella längtan som står i centrum, inte en övergripande samhällsstrategi för att öka barnafödandet (se vidare avsnitt 12.1.5).

Infertilitet är klassat som en sjukdom och behandling bekostas av samhället inom ramen för prioriteringsplattformens principer.

Det kan behövas begränsningar i utbudet eftersom resurserna är begränsade. Begränsningar kan också behövas i form av reglering. Samhällets stödjer människors möjlighet att få barn genom assisterad reproduktion, men detta stöd är inte att betrakta som en ovillkorlig rättighet.

Många rådsmedlemmar hävdar att situationen när en person eller ett par behöver hjälp genom assisterad reproduktion skiljer sig från situationen när personer får barn på det traditionella sättet, eftersom vården, som kan vara offentligt eller privat finansierad, möjliggör att ett barn blir till. Dessa medlemmar hävdar att samhället tar på sig ett en form av ansvar när det hjälper till att alstra barn. I det ansvaret ligger att göra en avvägning mellan de ofrivilligt barnlösas önskan om barn och andra värden och intressen som aktualiseras i fråga om de blivande barnen, andra inblandade parter, övriga familjemedlemmar och samhället i stort, och vid behov reglera tillgången till assisterad reproduktion. Inom rådet råder olika uppfattningar om vilka värden och intressen som bör väga tyngst och hur regleringen bör se ut.

3.6.2 Barnets bästa

Rådet har diskuterat olika aspekter av hur hänsyn till de blivande barnens bästa kan tas inom ramen för etiska överväganden gällande assisterad reproduktion. Rådet anser att det är lämpligt att ta hänsyn till välbefinnande, lidande och risk för de framtida barn som kommer att komma till med hjälp av assisterad reproduktion. Det kan till exempel handla om att undvika svåra sjukdomar. Samtidigt är rådet medvetet om de svårigheter som finns med att göra en sådan framtidsbedömning för ett barn som ännu inte finns. När ett barn väl är fött är det inte etiskt godtagbart att resonera i termer av att det skulle varit bättre om det inte hade kommit till värden, även om det utsätts för lidande eller andra svårigheter.

Rådet anser att barn som tillkommer genom assisterad reproduktion ska ha samma rättigheter och möjligheter som andra barn – till en öppen framtid, till trygghet och till ett liv där de inte betraktas som annorlunda eller mindre värda.

En svårighet är att det ofta saknas forskning om hur nya metoder eller familjebildningar påverkar barnen. Det saknas också kunskap

om hur säkra bedömningarna av blivande föräldrars lämplighet är. När evidens saknas blir det svårt att göra säkra bedömningar, och frågan uppstår om vilka krav på säkerhet och kunskap som bör ställas. Frågan om risk för negativa konsekvenser innehåller två komponenter, dels hur allvarliga de eventuella konsekvenserna blir, dels hur stor sannolikhet det är att de inträffar. Det kan råda osäkerhet kring båda dessa. Här finns en balansgång mellan å ena sidan ansvaret att inte utsätta barn för oacceptabla risker för skada, och å andra sidan att inte hindra metoder, familjekonstellationer eller grupper genom orimligt höga beviskrav. Regelverket bör fokusera på de mest grundläggande förutsättningarna för det blivande barnets välbefinnande snarare än att försöka definiera ideala uppväxtvillkor.

3.6.3 Olika orsaker till barnlöshet

Rådet har också diskuterat i vilken mån olika bakomliggande orsaker till infertilitet och ofrivillig barnlöshet bör jämföras. En orsak till ofrivillig barnlöshet är medicinsk infertilitet, där en kroppslig eller biologisk orsak gör det omöjligt att uppnå graviditet trots regelbundna försök under en längre tid. En annan form är åldersrelaterad infertilitet, som uppstår när fertiliteten minskar med stigande ålder, särskilt för kvinnor efter cirka 35 års ålder. Även detta har biologiska orsaker, men det betraktas normalt inte som en medicinsk sjukdom, utan som en del av den normala biologiska åldringsprocessen. I dessa fall ligger inga medicinska avvikelser bakom barnlösheten, utan problemet uppstår snarare till följd av att familjebildningen skjuts upp på grund av studier, karriär, svårigheter att hitta en partner eller andra sociala omständigheter. Vidare finns det som ibland kallas social infertilitet, där en person eller ett par biologiskt sett skulle kunna få barn men där de sociala förutsättningarna saknas. Det kan exempelvis gälla ensamstående som önskar barn utan partner, eller samkönade par där någon av komponenterna ägg, spermier eller livmoder saknas.

Likabehandlings- och jämlikhetsprinciperna talar för att alla former av ofrivillig barnlöshet ska jämföras och att alla bör få samma tillgång till hjälp oavsett orsak till barnlösheten. Rådet ser det som positivt att fler grupper av ofrivilligt barnlösa har fått tillgång till assisterad reproduktion. Ensamstående kvinnor, par och personer som behöver

hjälp med både ägg- och spermiedonation är grupper som fått tillgång under de senaste två decennierna. Med hjälp av livmodertransplantation kan också kvinnor utan fungerande livmoder komma att få tillgång. För tillfället kan dock inte samkönade manliga par eller ensamstående män få tillgång till assisterad reproduktion med de metoder som står till buds i Sverige. Alla med medicinsk infertilitetsproblematik kan inte heller bli hjälpta. Som påpekats tidigare anser rådet dock att många olika värden och intressen aktualiseras i frågor om vilka metoder inom assisterad reproduktion som är etiskt acceptabla. Att ge fler grupper tillgång är inte ensamt skäl nog för att tillåta nya metoder.

Rådet har särskilt diskuterat hur man kan tänka kring åldersrelaterad infertilitet. Det är ett tillstånd som i likhet med andra former av infertilitet har biologiska orsaker, men som skiljer sig genom att det utgör en del av kroppens naturliga åldrande snarare än en medicinsk avvikelse. I praktiken innebär de åldersgränser som ställs upp för behandling med hjälp av assisterad reproduktion att åldersrelaterad infertilitet behandlas annorlunda än andra orsaker till ofrivillig barnlöshet. Denna skillnad i behandling väcker etiska frågor.

Ett sätt att motivera en särbehandling är att hänvisa till att det inte är "naturligt" att få barn efter att kroppens reproduktionsförmåga har avtagit. Men detta argument är problematiskt eftersom hela syftet med assisterad reproduktion är att kompensera för biologiska begränsningar, oavsett orsak. Ett annat argument är att behandlingens effektivitet minskar kraftigt med stigande ålder, vilket påverkar både framgångsfrekvens och resursanvändning. Detta är dock ett praktiskt snarare än principiellt argument, och gäller i varierande grad även andra former av infertilitet.

Ett tredje perspektiv bygger på autonomi och individuellt ansvar. Om barnlösheten uppstått på grund av medvetna livsval, till exempel att man skjutit upp barnafödandet till en högre ålder, kan man hävda att det är mindre motiverat med offentligt stöd eftersom situationen i viss mån är självförvållad. Detta argument kan dock ifrågasättas på flera grunder. För det första är det inte enbart individuella beslut som styr när människor får barn, utan samhällsliga strukturer – som osäker arbetsmarknad, bostadsbrist och höga utbildningskrav – och brist på lämplig partner påverkar i hög grad möjligheterna att bilda familj i yngre åldrar. För det andra drabbar den åldersrelaterade infertiliteten kvinnor betydligt tidigare och hårdare än män, vilket innebär

att en åldersbaserad särbehandling får könsdiskriminerande effekter. För det tredje kan man ifrågasätta varför just denna typ av "livsval" skulle motivera särbehandling när samhället inte gör motsvarande bedömningar vid andra medicinska tillstånd som påverkas av livs-
stilsfaktorer.

Ett annat argument för åldersgränser kan hämtas från hänsyn till barnets bästa. Högre föräldraålder kan innebära ökade medicinska risker under graviditeten, större sannolikhet att föräldrarna avlider medan barnet fortfarande är i behov av föräldrastöd, och potentiellt mindre energi för föräldraskap under barnets uppväxttid. Samtidigt finns en stor variation mellan individer, och många äldre föräldrar har goda förutsättningar att ge barn en trygg uppväxt. Dessutom blir äldre personer föräldrar även genom det vanliga sättet att få barn, utan att samhället därvid gör någon bedömning av lämplighet. Frågan om hur åldersrelaterad infertilitet bör värderas i förhållande till andra former av ofrivillig barnlöshet går inte att besvara entydigt. Olika värden och principer – likabehandling, individuellt ansvar, barnets bästa, samhällets resurser och behandlingens effektivitet – pekar i delvis olika riktningar (se även avsnitt 4.2 om åldersgränser och kapitel 10 om proaktiv fertilitetsvård).

4 Vem får tillgång till assisterad reproduktion?

4.1 Prövning av medicinska, psykologiska och sociala förhållanden inför behandling

4.1.1 Situationen i dag

Inför assisterad befruktning ska en undersökning göras för att bedöma om de sökande har rimliga möjligheter att få barn på naturlig väg och medicinska förutsättningar att bli gravida genom assisterad befruktning.¹

När det är fråga om assisterad befruktning med donerade könsceller ska även en särskild prövning av de blivande föräldrarnas medicinska, psykologiska och sociala förhållanden göras. Behandlingen får utföras endast ”om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden”. Formuleringen introducerades i den tidigare lagen om insemination (1984:1140) men förarbetena ger ingen större vägledning kring vad som avses med goda förhållanden. Det talas om föräldrarnas psykologiska och sociala förhållanden, liksom deras förmåga att skapa ett ärligt och tillitsfullt förhållande till barnet. Läkaren bör också förvissa sig om att de blivande föräldrarna är införstådda med de särskilda förhållanden som råder vid en givarinsemination.² Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör läkarens bedömning utgå från parets eller den ensamstående kvinnans möjlighet och förmåga att fungera som föräldrar eller förälder under barnets hela uppväxt. Vid bedömningen bör hänsyn tas till parets eller den ensamstående kvinnans ålder, hälsotillstånd och eventuella funktionsnedsättningar, levnadsförhållanden och inställning till att

¹ 4 kap. 5 § SOSFS 2009:32 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.

² Prop. 1984/85:2, s. 24 f.

berätta för barnet om dess biologiska ursprung. Hänsyn bör även tas till parets inbördes relation eller den ensamståendes sociala nätverk. När en behandling ska utföras med ett donerat befruktat ägg bör en bedömning göras av parets eller den ensamstående kvinnans förmåga att hantera vetskapen om att det blivande barnet kommer att ha en genetisk koppling till en annan familj och att barnet kan komma att uppsöka den familjen.³

Den särskilda prövningen av de blivande föräldrarnas medicinska, psykologiska och sociala förhållanden ska alltså endast göras när det är fråga om assisterad befruktning med donerade könsceller och inte vid så kallad inomparsbehandling med egna könsceller. I praktiken upprätthålls inte alltid denna distinktion. Det förekommer att psykologiska och sociala faktorer beaktas även i behandlingsbeslut som avser behandling med egna könsceller och att människor nekas behandling utifrån sådana faktorer.⁴ I rådets samtal med anställda vid fertilitetskliniker har vissa inom professionen framfört synpunkten att det är orättvist att grupperna ska behandlas olika. Att bedöma även psykologiska och sociala faktorer vid sidan av de medicinska anses följa av läkaretiken. Enligt en rapport från Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) om reproduktionsmedicin från 2019 bör personer med missbruk, begåvningshandikapp eller tung psykiatrisk sjukdom inte erbjudas infertilitetsbehandling. Ett beslut att inte genomföra utredning eller behandling behöver enligt rapporten dock inte innebära att behandling aldrig kommer att erbjudas: vid exempelvis missbruk eller psykisk sjukdom kan fertilitetsbehandling bli möjlig efter att personen i fråga kommit i bättre psykisk balans eller kommit över sitt missbruk.⁵

Det har i rådets kontakter med professionen också framkommit att olika fertilitetsläkares inställning till prövningen som görs av föräldrarna i hög grad skiljer sig åt. Vissa läkare har som etisk riktlinje att i så liten utsträckning som möjligt bestämma över vem som ska få bli förälder och inte. Vissa betonar att deras uppgift framför allt är att hjälpa de ofrivilligt barnlösa medan andra betonar sitt ansvar för de blivande barnens uppväxtförhållanden. Svåra frågor som läkarna behöver ta ställning till är t.ex. om behandling ska beviljas personer

³ 4 kap 11 § SOSFS 2009:32 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.

⁴ Lind, J. 2023.

⁵ Svensk förening för obstetrik och gynekologi, arbets- och referensgrupp för ofrivillig barnlöshet 2019, s. 25 f.

som lider av fysiska eller psykiska sjukdomar eller funktionsnedsättning som gör att de förväntas avlida i förtid eller kommer att behöva assistans för att kunna ta hand om barnet. Rådet har uppmärksammats på fall där sökande har dömts för sexualbrott mot barn. Rådet har också uppmärksammats på att fertilitetsläkare och psykiatriker gör olika bedömningar av föräldraförmågan hos personer med psykisk sjukdom. En intervjustudie från Linköpings universitet med 64 anställda vid offentliga fertilitetskliniker visar att både barnets framtida välfärd och ett ansvarsfullt användande av skattepengar vägs in i deras bedömning av framtida föräldrar.⁶

I Smers kontakter med professionen har det vidare framkommit att olika regioner och kliniker tar fram olika bedömningsunderlag, exempelvis i fråga om utdrag ur register, och att de ställer olika krav gällande sådant som anställningsförhållanden, rökning, bmi och psykosociala faktorer för att personer ska beviljas assisterad befruktning. Det finns olikheter både i de krav som ställs på par som vill genomgå behandling med egna könsceller och i de krav som ställs i den särskilda prövningen inför assisterad befruktning med donerade könsceller.

Om assisterad befruktning inte medges med anledning av vad som framkommit vid den särskilda prövningen kan detta överklagas till Socialstyrelsens rättsliga råd. En nekad behandling med egna könsceller kan däremot inte överklagas, eftersom detta åtminstone officiellt är en rent medicinsk fråga.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att senast den 30 november 2026 ta fram ett digitalt nationellt kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens arbete med assisterad befruktning. Kunskapsstödet ska tas fram i nära samverkan med professionen och andra nationella aktörer inom assisterad befruktning. Det nuvarande kunskapsstödet är från 2016 och rör assisterad befruktning med donerade könsceller.

⁶ Lind, J. 2020.

4.1.2 Etik

Värden och intressen

Frågan om vilken prövning som bör göras inför assisterad befruktning rör värden som reproduktiv autonomi och de framtida barnens välbefinnande. Det kan ibland finnas en motsättning mellan dessa värden.

Att samhället gör en bedömning av någons lämplighet som förälder kan å ena sidan ses som en stor begränsning av en människas frihet och ett stort intrång i den personliga integriteten. Någon sådan bedömning görs inte av blivande föräldrar i allmänhet och bör om detta perspektiv betonas heller inte göras när en person vill bli förälder med hjälp av assisterad reproduktion. Det går att se samhällets erbjudande om assisterad reproduktion som enbart en hjälp till barnlösa så att de precis som andra kan få chansen att bli föräldrar. De som blir föräldrar på detta sätt kommer liksom alla andra att ta del av den generella välfärden i form av t.ex. barnvårdscentraler och barnbidrag. Om det visar sig att ett barn far illa ska samhället sätta in insatser.

Å andra sidan talar en omsorg om de blivande barnen för att en kontroll av de sökandes lämplighet görs och att personer som bedöms vara olämpliga inte får tillgång till assisterad reproduktion. I förarbetena till nuvarande lagstiftning har det anförts att enskildas intresse av att få barn aldrig får tillgodoses på bekostnad av det blivande barnets bästa, och att samhället genom sin särskilda roll i sådana barns tillblivelse är ålagt att se till att barnet får växa upp under så goda förhållanden som möjligt.⁷

Som beskrivits ovan genomgår i dag par eller ensamstående som använder donerade könsceller en sorts lämplighetsprövning, medan en sådan prövning inte är lagfäst för par som använder egna könsceller. Man kan tänka sig följande tre olika bedömningsformer inför assisterad reproduktion:

1. Som i dag: prövning enbart inför behandling med donerade könsceller.
2. Prövning inför alla former av assisterad reproduktion.
3. Ingen prövning inför någon form av assisterad reproduktion.

⁷ Prop. 1987/88:160, s. 8 och prop. 2017/18:155, s. 27.

Argument för de olika bedömningsformerna inför assisterad reproduktion

Argument för att även fortsättningsvis ha en prövning endast vid behandling med donerade könsceller

- Vid assisterad reproduktion med donerade könsceller har barnet rätt att få kännedom om sitt ursprung. Denna omständighet särskiljer situationen från assisterad reproduktion med egna könsceller. Den särskilda prövningen bör därför finnas kvar eftersom hänsyn då tas till bl.a. föräldrarnas inställning till att berätta för barnet om hans ursprung.
- Den särskilda prövningen omfattar en bedömning av det blivande barnets uppväxtförhållanden vilket kan upplevas som en trygghet för de personer som donerar ägg och spermier; de har en legitim önskan att ett framtida barn får växa upp under goda förhållanden. Eftersom det råder brist på donatorer är det riskabelt att ta bort denna prövning.

Argument för att ha en bedömning vid alla former av assisterad reproduktion

- Alla barn ska tillförsäkras goda uppväxtvillkor.
- Eftersom samhället medverkar till att dessa barn blir till (genom att tillåta och subventionera assisterad reproduktion), har samhället även ett visst ansvar för att barnen ges förutsättningar att växa upp under goda förhållanden.
- Vi bör inte särbehandla ett visst slags familjebildning, som om det vore en belastning att växa upp med icke-genetiska föräldrar.

Argument för att inte ha någon bedömning alls i samband med assisterad reproduktion

- Någon prövning görs inte av fertila människor som skaffar barn. Vi bör inte särbehandla personer som lider av ofrivillig barnlöshet.
- Beslut som inte är av medicinsk karaktär bör lämnas till de blivande föräldrarna.

- Samhället har ett ansvar att ge alla existerande barn förutsättningar för ett gott liv. För barn som far illa finns ett samhälleligt skyddsnät som gäller alla barn oavsett hur de blivit till.
- Vi bör inte särbehandla ett visst slags familjebildning, som om det vore en belastning att växa upp med icke-genetiska föräldrar, eller en belastning att ha kommit till med hjälp av assisterad reproduktion.

4.1.3 Rådets tidigare ställningstagande

I rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* från 2013 anförde rådet att reglerna om särskild prövning enbart vid behandling med donerade spermier eller ägg bör tas bort, då det inte finns tillräckligt starka skäl att särskilja denna grupp. Rådet föreslog i stället en allmän bedömning för alla där hänsyn tas till parets eller personens individuella förutsättningar att fungera som förälder. Införandet av en allmän bedömning skulle enligt rådet inte utgöra ett alltför stort intrång i den reproduktiva friheten och den personliga integriteten. Bedömningen borde anpassas utifrån den metod av assisterad befruktning som är aktuell i det enskilda fallet.

4.1.4 Rådets diskussion och ställningstaganden

Reproduktiv autonomi och barnets bästa

Rådet har diskuterat avvägningen mellan människors reproduktiva autonomi och hänsynen till de blivande barnens välbefinnande. Alla rådsmedlemmar fäster vikt vid båda dessa värden. Människors önskan att få barn och därmed sörja för att släktets fortlevnad är ett viktigt värde och en grundläggande del av människors självbestämmande. Samhället bör stödja människors reproduktiva autonomi genom att erbjuda assisterad reproduktion. De flesta i rådet anser dock att omsorgen om det blivande barnet talar för att en prövning av föräldraförmågan bör göras genom en prövning av de sökandes medicinska, psykologiska och sociala förhållanden. En minoritet i rådet anser att den reproduktiva autonomin övertrumfar andra värden och att någon prövning av psykologiska och sociala förhållanden inte bör göras. Det råder också delade meningar om hur ingripande prövningen

bör vara. Alla i rådet är överens om att en medicinsk prövning bör göras och att behandling ska kunna nekas om den innebär faror och oacceptabla risker för den tilltänka föderskan eller fostret.

De som anser att ingen prövning bör göras utöver en rent medicinsk, anför att det på samma sätt som när man får barn på det vanliga sättet vore ett oetiskt ingrepp i autonomin att samhället lägger sig i vem som får bli förälder. De anser att det saknas giltiga skäl för att neka assisterad reproduktion på grunder som har att göra med bedömd grad av nuvarande och framtida social funktion, inkomst, levnadssätt, familjekonstellation, kriminell belastning osv. Det faktum att samhället hjälper till betyder enligt dessa rådsmedlemmar inte att samhället också bör ställa krav på föräldraförmåga. De ser i stället assisterad reproduktion som ett av de stöd som samhället erbjuder på neutral grund för att underlätta och stödja familjebildning, tillsammans med exempelvis mödravård, neonatalvård, barnavård, familjehem, barnbidrag och skolor. De anför vidare att en prövning av föräldraförmåga lätt blir för ingripande och riskerar att diskriminera vissa grupper, till exempel personer med psykisk sjukdom. En bedömning av föräldraförmågan för rentav tankarna till äldre tiders eugenik, där vissa människor inte sågs som värdiga att få reproducera sig och där de hindrades med hjälp av tvångsterilisering. Ett annat argument som har framförts är att ett system som nekar människor med till exempel psykisk sjukdom eller missbruk att få behandling leder tankarna till att barn till människor med psykisk sjukdom eller missbruk inte borde ha blivit födda. Andra rådsmedlemmar anser dock att ett sådant resonemang är orimligt – att ha en spärr inom assisterad reproduktion ska inte ses som att vissa barn inte är välkomna. Ytterligare ett argument som anförts mot en prövning av föräldraförmåga är att det inte finns någon kunskap om ifall de utredningar som görs i dag träffar rätt.

Rådets majoritet, som förordar att en prövning av föräldraförmågan bör göras, tar sin utgångspunkt i att det finns människor som inte klarar av att tillgodose sina barns rätt till omsorg, trygghet och en god fostran. Dessa rådsmedlemmar påpekar att den svenska staten genom barnkonventionen har åtagit sig att tillförsäkra barn de rättigheter som framgår av konventionen och att det mot den bakgrunden vore inkonsekvent att medverka till föräldraskap i en situation där risken är hög att barnets rättigheter enligt konventionen inte kommer att kunna respekteras med de blivande föräldrarna som vårdnads-

havare. När samhället medverkar vid assisterad reproduktion bör en lämplighetsbedömning därför göras för att säkerställa att det inte föreligger en sådan risk. Det ska kunna gå att neka behandling med hänsyn till befarade brister i föräldraförmåga.

En svårighet med att förorda en bedömning av föräldraförmågan innan behandling med assisterad reproduktion kan bli aktuell är dock att det kan leda till slutsatsen att alla människor borde genomgå en bedömning innan de får lov att skaffa barn. Detta är förstås inte önskvärt. Rådet har diskuterat om det finns någon särskild faktor i detta sätt att skaffa barn på eller hos de barn som tillkommer på detta sätt som gör att en lämplighetsprövning bör göras. Ett argument som framförts är att samhället har ett ansvar för barnens välbefinnande när samhället bidrar till att barn kommer till världen. Ett annat argument är att flera läkare torde tolka sin yrkesetik så att de ska måna både om de blivande föräldrarna och de blivande barnen. Det faktum att en sökande som nekas behandling kan söka på nytt om omständigheterna har förändrats gör också systemet mindre ingripande. Ytterligare ett argument som har framförts är att det även utifrån köns-cellsdonatorernas perspektiv kan vara rimligt att det ställs vissa krav på föräldraförmågan. En del donatorer skulle kanske inte välja att donera om det inte ställdes några sådana krav alls på mottagaren.

Särskild prövning enbart vid köns-cellsdonation?

I dagens system gäller att en särskild prövning enbart görs vid behandling med donerade köns-celler. Detta speglar en syn där dessa barn kan förväntas möta fler utmaningar jämfört med andra barn som gör att förmågan hos deras föräldrar bör prövas särskilt. Hänsynen till att donatorer kan tänkas förorda en sådan prövning och fortsatt tillgång till donerade köns-celler är tillkommande skäl för en prövning i dessa fall. Sedan rådet skrev sin rapport 2013 har även ensamstående kvinnor fått rätt till assisterad reproduktion. Det är troligt att det innebär vissa svårigheter att vara ensamstående jämfört med att vara två föräldrar när det gäller att ta hand om barn. Rådets majoritet står dock fast vid den bedömning som gjordes i den tidigare rapporten att det inte finns tillräckligt starka skäl att enbart kontrollera föräldraförmågan hos ensamstående eller par som behöver donerade köns-celler eller befruktade ägg. Skillnaderna mellan de

barn som tillkommit med hjälp av donerade könsceller och barn som tillkommit med hjälp av parets egna könsceller är inte tillräckligt stora för att motivera att en prövning enbart ska göras i det första fallet.

Rådets majoritet anser därmed att en prövning bör ske i samtliga fall. Däremot är det enligt majoritetens bedömning rimligt att prövningen kan se olika ut beroende på situation. Exempelvis bör specifika frågor om föräldrarnas inställning till att berätta för barnet om hens ursprung ställas när donationsbehandling är aktuell.

Vilka krav bör ställas?

Rådet har också diskuterat vilka krav på föräldraförmåga som bör ställas. En miniminivå på föräldraförmåga skulle kunna sägas vara att barnet inte skulle omhändertas direkt vid födseln. Det verkar inte rimligt att ge behandling till människor som sen i praktiken inte kommer att vara föräldrar. Men bör kraven ställas högre än så, med konsekvensen att fler nekas behandling? Dagens lagkrav på att det ska kunna antas att det blivande barnet kommer att växa upp under ”goda förhållanden” är ett högre krav än den ovan nämnda miniminivån. Det framstår för många rådsmedlemmar som orimligt att samhället hjälper till att sätta barn till världen som man vet från början inte kommer att växa upp under goda förhållanden. Men ju högre krav som ställs, desto större ingrepp i de sökandes autonomi och integritet, och desto starkare signal om att samhället bestämmer vem som är lämplig att bli förälder. En svårighet med en lämplighetsprövning är också att den riskerar att bli godtycklig. Det är svårt att sätta upp exakta kriterier för vad som utgör en lämplig förälder eller en god föräldraförmåga, och det finns risk att det blir den enskilda läkarens eller beteendevetarens egna preferenser som styr. Dagens lagkrav på ”goda förhållanden” kan tolkas väldigt olika. En annan vägledning skulle kunna ges av föräldrabalken, i vilken det står att barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran, men även den skrivningen kan ges väldigt olika tolkning.

Rådets ställningstaganden

En majoritet i rådet anser att det inför all behandling med assisterad reproduktion bör göras en prövning av de blivande föräldrarnas medicinska, psykologiska och sociala förhållanden. Majoriteten står fast vid uppfattningen i rapporten från 2013 att införandet av en bedömning för alla inte får utgöra ett alltför stort intrång i den reproduktiva friheten och den personliga integriteten.

Samhället bör inte ha alltför långtgående synpunkter på vem som får bli förälder men det är inte rådets uppgift att avgöra exakt var gränsen ska gå. Bedömningen får heller inte vara diskriminerande. Alla ska bemötas lika oavsett etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, ålder, kön, könsöverskridande identitet eller uttryck eller sexuell läggning. Bedömningarna måste vara likartade och godtycke undvikas. Flera personer och kompetenser bör vara involverade i bedömningen. Den ansvariga läkaren bör inför beslut ta in kompetens inom till exempel beteendevetenskap och specialistkunskap inom de sjukdomar och tillstånd som de sökande har och som kan befaras påverka föräldraförmågan negativt.

En minoritet i rådet anser att det endast är en medicinsk bedömning av risker för den som ska föda och för fostret som ska göras, vid sidan om den behovsbedömning som görs för alla.

Hela rådet förordar att regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att se över regelverket om särskild prövning.

När behandling med assisterad reproduktion nekas på andra än rent medicinska grunder anser rådet att beslutet bör kunna prövas av en annan instans, både om det gäller egna eller donerade könsceller. I dag gäller att ett nekande efter särskild prövning kan överklagas till Socialstyrelsens rättsliga råd, medan ett nekande till inomparsbehandling med egna könsceller inte kan överklagas. Smer anser att regeringen i den fortsatta beredningen av frågan om särskild prövning också bör låta utreda vilken form av överklagande eller ny bedömning som bör gälla om någon nekas behandling. Som tidigare påpekats anser Smer att det behövs en översyn av Rättsliga rådet med fokus på rättssäkerhet, rådets sammansättning och förbättrad insyn i rådets ärenden.⁸

Smer anser vidare att det inte är godtagbart att olika regioner och kliniker har olika krav i fråga om till exempel anställningsförhållanden,

⁸ Smer (2025).

rökning, bmi och psykosociala faktorer för att personer ska beviljas assisterad reproduktion. Både offentliga och privata kliniker bör följa gemensamma riktlinjer för hur prövningen ska göras och vilka krav som ställs. För detta behövs ett nationellt stöd. Kunskapsstöd, riktlinjer eller föreskrifter bör tas fram av Socialstyrelsen i samråd med professionen. När det gäller frågan om lämplighetsprövning bör även medborgarna involveras i form av till exempel en medborgarpanel, eftersom detta i grunden inte är någon medicinsk fråga. Rådet utgår från att de olikheter som råder i dag kommer att diskuteras och åtgärdas i Socialstyrelsens arbete med det nya kunskapsstödet om assisterad befruktning. Om olikheterna kvarstår bör föreskrifter övervägas.

4.2 Åldersgränser

4.2.1 Situationen i dag

Sverige

Det finns ingen lagstadgad övre åldersgräns för när en person kan erbjudas assisterad reproduktion. SKR har dock en rekommendation om åldersgräns på max 39 år för kvinnor och 55 år för män när det gäller ivf-behandling vid regionklinikerna. Skälen för åldersgränserna är både ekonomi och att det förväntade behandlingsresultat är betydligt sämre för kvinnor än för män efter 40-årsåldern.

För patienter som erbjuds fertilitetsbevarande åtgärder som att frysa ner könsceller inför t.ex. cellgiftsbehandling gäller andra åldersgränser. Vid Karolinska Universitetssjukhuset kan kvinnor mellan 40 och 50 år få tillgång till egenfinansierad behandling med de nedfrusna äggen. Mellan 45 och 49 års ålder görs en individuell bedömning.⁹

De privata klinikerna i Sverige har en övre åldersgräns på 43 år för kvinnor gällande ivf-behandling. På privata kliniker i utlandet kan kvinnor upp till 50–55 år behandlas. I media har rapporterats att svenska kvinnor söker sig till exempelvis Ryssland för behandling när de inte längre kan behandlas i Sverige.

Äggdonation och möjligheten att frysa ned sina ägg för framtida befruktning gör att även äldre kvinnor kan bli gravida med hjälp av

⁹ Karolinska universitetssjukhuset (2025).

ivf-behandling. Med dessa tekniker kan kvinnor få barn efter menopausen.

Vid rådets rundabordssamtal med professionsföreträdare i april 2024 framfördes att de olika åldersgränserna för män och kvinnor vad gäller behandling med assisterad befruktning får till konsekvens att det också blir olika gräns för när cancerpatienter beviljas fertilitetsbevarande behandling. Här verkar dock regionerna göra olika.

Andra länder

Många andra europeiska länder har lagstadgade åldersgränser både för tillgång till behandling överhuvudtaget och för tillgång till offentlig finansiering av behandling. De lagstadgade övre åldersgränserna för tillgång till behandling varierar mellan 40 och 54 år för kvinnor. Bara ett fåtal länder har lagstadgade övre åldersgränser för män, och de varierar mellan 50 och 65 år. De övre åldersgränserna för offentlig finansiering varierar mellan 36 och 54 år för kvinnor. Även gällande detta har bara ett fåtal länder övre åldersgränser för män och de varierar mellan 49 och 60 år.¹⁰

4.2.2 Medicinsk bakgrund

Fertilitet hos kvinnor och män

Kvinnors fertilitet sjunker med stigande ålder och avtar snabbare i övre 30-åren. Det beror på att antalet kvarvarande ägg minskar och att äggens kvalitet blir sämre.¹¹ Det finns dock stora individuella skillnader. Vissa kan utan problem bli gravida vid 40 år, andra kan ha svårigheter redan när de är 25 år. Efter menopausen är det inte längre möjligt att bli gravid på naturlig väg. Snittåldern för menopaus är i dag 51 år. Det är dock mycket ovanligt att en kvinna blir gravid genom samlag när hon närmar sig 50 år. Även mäns förmåga att bli förälder avtar med åldern då spermiekvaliteten försämras.

En äldre kvinna har större chans att bli gravid med hjälp av assisterad befruktning om hon använder donerade ägg, eller egna ägg

¹⁰ European IVF-Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Calhaz-Jorge, C., Smeenk, J. m.fl. 2024.

¹¹ Svensk förening för obstetrik och gynekologi, arbets- och referensgrupp för ofrivillig barnlöshet 2019, s. 14 ff.

som frysts ner vid en tidigare ålder, jämfört med egna ägg som tas ut vid högre ålder.

Medicinska risker relaterade till kvinnans och mannens ålder

Jämfört med yngre har kvinnor över 40 år högre risk att utveckla graviditetskomplikationer som högt blodtryck, diabetes, blodpropp och andra sjukdomar. Kvinnor över 43 år har en även viss ökad risk för för tidig förlossning och för att förlösas med kejsarsnitt. Jämfört med kvinnor under 35 år ökar dessa risker ytterligare vid tvillinggraviditet.

Flera studier visar att graviditeter hos kvinnor över 45 år i genomsnitt är något kortare och att risken för för tidig födsel ökar. Denna risk gäller både spontana och assisterade graviditeter och antas hänga samman med åldersrelaterade förändringar i livmodern och moderkakan samt en högre förekomst av havandeskapsförgiftning och graviditetsdiabetes.

I en ny studie av enbördsgraviditeter efter äggdonation till kvinnor över 40 år och även upp till över 50 år sågs däremot ingen tydlig skillnad i andelen för tidiga födselar mellan olika åldersspann bland dessa äldre gravida. Forskarna menar att den oförändrade andelen för tidiga födselar inom denna grupp sannolikt beror på noggrant urval av friska mottagare, tät medicinsk övervakning och en hög andel planerade förlossningar. Däremot minskade barnens genomsnittliga födelsevikt med stigande ålder hos den gravida kvinnan, och fler barn visade tecken på nedsatt tillväxt. Det tolkades som ett uttryck för åldersrelaterad påverkan på livmoderns och moderkakens funktion snarare än på det befruktade äggets genetiska "kvalitet". Studien visade också en tendens till ökad risk för fosterdöd i de äldsta grupperna, även om antalet fall var litet.¹²

Svenska data visar att allvarliga neonatala komplikationer är ovanliga i Sverige, även hos barn till äldre mödrar. Men barn till mödrar 40–44 år samt särskilt 45 år och äldre har en ökad risk för dödföddhet, låg vikt i förhållande till graviditetens längden, prematuritet, lågt blodsocker direkt efter födseln samt ett något sämre allmäntillstånd mätt i s.k. apgarpoäng jämfört med barn till mödrar 35–39 år.¹³

¹² Sabbagh, R., Meyers, A. m.fl. 2025.

¹³ Voss, S., Josefsson, A. & Ekéus, C. 2025.

De medicinska möjligheterna till äggdonation, äggfrysning och surrogatmoderskap väcker frågan om det är åldern hos den gravida eller åldern hos ägget som förklarar de ökade riskerna. Kromosomavvikelser och andra genetiska risker följer i första hand äggets ålder men åldern hos den gravida har fortfarande en oberoende betydelse med innebörden att graviditet vid högre ålder innebär större risker även när äggcellen är yngre.¹⁴

Forskning har också visat att risken för att män överför genetiska sjukdomar till sina barn ökar med männens ålder. Mäns spermier får fler sjukdomsframkallande genetiska mutationer ju äldre männen blir – från cirka 2 procent hos män i 30-årsåldern till omkring 4–5 procent vid 70 års ålder.¹⁵

4.2.3 Etik

Frågan om åldersgränser för fertilitetsbehandling handlar om medicinska och andra risker, effektivitet i behandlingen och ekonomi. Den handlar också om hur långt upp i åldern det är lämpligt att bli förälder med hänsyn till det blivande barnets välbefinnande. Även värden som likabehandling och diskriminering berörs. Eventuella skillnader i åldersgräns mellan könen bör kunna motiveras av skillnader i risk och effektivitet.

Ivf-behandling ska liksom all annan vård och behandling ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns tydliga skillnader mellan könen när det gäller sambandet mellan ålder och fertilitet. Kvinnors förmåga att bli förälder med egna könsceller avtar betydligt tidigare än mäns. Dessutom ökar de medicinska riskerna både för kvinnan och det blivande barnet med åldern. De medicinska riskerna för barnet ökar även med mäns ålder, men riskerna är lägre. Samtidigt finns stora individuella variationer.

I en situation där ägg frusits ner tidigare i syfte att senarelägga reproduktionen är chansen för en kvinna att bli gravid i högre ålder större. Den schablonmässiga skillnaden i åldersgräns mellan män och kvinnor skulle då kunna framstå som diskriminerande.

En äldre förälder kan både vara till fördel och nackdel för barnet. En äldre kan ha större möjligheter att ge barnet en trygg uppväxt,

¹⁴ Sabbagh, R., Meyers, A. m.fl. 2025.

¹⁵ King's College London 2025.

både ekonomiskt och socialt. Med stigande ålder ökar samtidigt risken för sjuklighet och funktionsnedsättning vilket kan påverka föräldrarnas möjlighet att sörja för barnet under hela uppväxten. Med det blivande barnets bästa för ögonen är det sammantaget inte givet i vilket åldersspann som det generellt sett är bäst att bli förälder.

4.2.4 Rådets tidigare ställningstagande

I rådets rapport från 1995 utgick man från att behandling inte bör erbjudas kvinnor efter menopaus. I rapporten bedömde rådet att tidpunkten för menopaus i genomsnitt är 51 år. I rapporten från 2013 anförde rådet att det är olämpligt att fastställa generella åldersgränser vid fertilitetsbehandling eftersom människor åldras individuellt. Utgångspunkten vid alla former av befruktning utanför kroppen måste vara en bedömning av föräldrarnas eller föräldrarnas ålder med beaktande av det blivande barnets bästa och kvinnans medicinska förutsättningar att genomgå en graviditet. Rådet ansåg att det ska finnas förutsättningar för att barnet kan växa upp med minst en förälder. Det innebär att en förälder måste vara tillräckligt ung för att kunna ta ansvar för barnet tills det blivit vuxet.

4.2.5 Rådets diskussion och ställningstaganden

Rådet kan se flera skäl för regionernas åldersgränser. De främsta har att göra med kostnadseffektivitet och att minska risker. Fertiliteten avtar med stigande ålder och behandlingar högre upp i åldrarna har lägre chans att lyckas. Att det är olika åldersgränser för kvinnor och män har att göra med att kvinnors fertilitet avtar snabbare än mäns. Dessutom ökar riskerna med att vara gravid med stigande ålder. Att ha en åldersgräns gör också att man inom vården undviker att göra individuella bedömningar av människors förutsättningar, men ett sådant argument anser rådet inte väger tungt.

Samtidigt varierar vem som har medicinska förutsättningar att genomgå en graviditet utifrån individuell biologisk ålder. En fast åldersgräns framstår i detta perspektiv som orättvis mot dem som trots högre kronologisk ålder har en lägre biologisk ålder. Omvänt gynnar åldersgränsen den som har en lägre kronologisk ålder men

av biologiska orsaker kan ha svårare att bli gravid än någon som är kronologiskt äldre.

Att kvinnans fertilitet avtar med åldern har att göra med att äggkvaliteten blir sämre. Genom nedfrysning av obefruktade eller befruktade ägg som kan vara egna eller donerade, kan man dock senarelägga föräldraskapet. En fast åldersgräns på 40 år för kvinnor framstår som låg både utifrån dessa behandlingsmöjligheter och utifrån den trend vi ser i samhället att människor skjuter på barnafödandet högre upp i åldrarna.

Rådet vill betona att även om biologiska skillnader mellan könen kan motivera olika åldersgränser, måste regelverket utformas så att det inte förstärker strukturell könsdiskriminering eller bygger på föreställningar om när det är ”lämpligt” att få barn som inte har grund i barnets bästa.

Rådet står väsentligen fast vid de slutsatser som drogs i rapporten från 2013, att det bör göras en individuell bedömning i stället för att ha fasta åldersgränser. En farhåga som rådet ser är dock att läkarna kan komma att göra olika bedömningar. Det är därför angeläget, både för patienters och vårdpersonalens skull, att ett nationellt kunskapsstöd för dessa bedömningar kommer på plats.

I fråga om hur gammal man ska få vara för att få behandling håller rådet också fast vid det som uttalades 2013, dvs. att det ska finnas förutsättningar för att barnet kan växa upp med minst en förälder. Det innebär att åtminstone en förälder måste vara tillräckligt ung för att kunna ta ansvar för barnet tills det blivit vuxet. Hänsyn bör samtidigt tas till en ökad medellivslängd i befolkningen.

5 Könscellsdonation

Könscellsdonation har förekommit under en längre tid. I Sverige blev insemination med donerade spermier tillåtet 1985 och ivf med donerade spermier eller ägg tilläts 2003. Från början var könscellsdonation endast tillåtet inom en parrelation bestående av en man och en kvinna. 2005 öppnades möjligheten för samkönade par av kvinnor och 2016 för ensamstående kvinnor. 2019 blev det också tillåtet med dubbel-donation, dvs. donation av både spermier och ägg till ett par eller en kvinna, och donation av befruktade ägg. Det blev även tillåtet för privata kliniker att erbjuda behandling med donerade könsceller.

Marknaden för könscellsdonation är i dag internationell. Det finns företag som exporterar könsceller till andra länder, och det är möjligt att åka utomlands för att få behandling med donerade könsceller. Det förekommer att spermier och ägg importeras från andra länder till Sverige, och att svenskar åker utomlands för att genomgå behandling. Tidigare när det inte var möjligt för samkönade par och ensamstående kvinnor att få tillgång till assisterad befruktning i Sverige var deras enda möjlighet att åka utomlands. Medicinsk turism på detta område förekommer dock fortfarande. Skälen kan vara att få tillgång till behandling utan väntetid eller att man vill ha ett annat regelverk eller praktik än det svenska¹, eller att man till exempel på grund av ålder är utestängd från behandling i Sverige.

Synen på könscellsdonation har förändrats över tid. Från början var det en hjälp till par bestående av en man och en kvinna att bilda familj. Donatorns utseende skulle så långt som möjligt stämma överens med mannen eller kvinnan, troligen för att det både inom och utom familjen skulle finnas en igenkänning. Barnen kanske aldrig fick veta att de tillkommit med hjälp av könscellsdonation.

När könscellsdonation reglerades i Sverige 1985 tilläts enbart öppna donatorer. Sverige var först i världen med en sådan lagstift-

¹ Till exempel att välja donator.

ning. Beslutet grundade sig på uppfattningen att det var viktigt för de barn som blivit till med hjälp av könscellsdonation att få kännedom om sitt genetiska arv och ha möjlighet att söka upp donatorn om de så önskade. Flera länder har på senare år följt efter med liknande reglering. Rätten för barnen att känna till sitt ursprung har successivt stärkts i Sverige. 2019 skrevs en skyldighet för föräldrar att berätta om barnets tillblivelse in i föräldrabalken. Föräldrarna ska så snart det är lämpligt upplysa barnet om att han eller hon har tillkommit genom en behandling med andra könsceller än föräldrarnas egna.² Donatorsyskon gavs samma år en möjlighet att få kännedom om varandra.

Forskning har dock visat att de flesta barn inte har sökt upp sin donator. Om det beror på att de inte känner till att de har blivit till med hjälp av en donator eller om de inte är intresserade av att söka upp denne (forskningen har hittills främst rört barn som blivit till med spermiedonation, som funnits längre) är oklart. Den grupp som hittills har undersökts består i huvudsak av barn som vuxit upp i en familj med en mamma och en pappa.³

Flera faktorer har gjort att det råder en större öppenhet kring könscellsdonation nu än tidigare. I familjer med två mammor eller en ensamstående mamma är det svårare att undanhålla information från barnen om att de kommit till med hjälp av könscellsdonation. Genom genetiska självtester och släktdatabaser på internet kan människor få kontakt med genetiska släktingar över hela världen. För vissa kommer det som en överraskning att de har släktingar som de inte kände till. Den dominerande synen i dag är att barn har rätt till kännedom om sitt ursprung. Denna syn har vuxit fram samtidigt som kunskapen ökat om hur genetiken påverkar inte bara utseende och sjukdomar, utan även egenskaper och beteenden. I takt med att fler får kännedom om att de har blivit till med hjälp av könscellsdonation och tar kontakt med donatorer och donatorsyskon växer det fram nya relationer.

Dagens svenska regelverk kring könscellsdonation lägger stor vikt vid barnens rätt till kännedom om sitt ursprung. Samtidigt genomsyras regelverket av en syn på donatorn som någon som inte spelar någon roll i familjen. Donatorn väljs så att hen liknar föräldern och därmed framgår det vanligen inte tydligt att någon annan än föräld-

² 1 kap. 15 §.

³ Lampic, C., Skoog Svanberg, A. m.fl. 2022.

rarna eller den ensamstående kvinnan har varit involverad i barnets tillblivelse. Föräldrarna får inte heller någon annan information om donatorn än just utseendet.

Smer har ställt sig frågan om detta är en adekvat ordning eller om det finns anledning att ändra på något i regelverket. De områden som rådet särskilt har granskat är

- val av donator,
- information om donator och eventuella donatorsyskon, och
- hur många barn en donator får ge upphov till.

5.1 Diagnostik och prövning av donatorer

5.1.1 Situationen i dag

Sverige

En spermiedonator ska enligt SKR:s rekommendationer vara fyllda 23 och yngre än 46 år och en äggdonator ska vara fyllda 23 och yngre än 36 år. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter om vilka laboratorietester och andra undersökningar som ska utföras inför tillvaratagande av donerade könsceller.⁴ En person får godkännas som donator av spermier eller ägg efter en bedömning av hälsa och sjukdomshistoria som hämtas in genom ett frågeformulär (hälsodeklaration) och en intervju som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal. Bedömningen ska omfatta relevanta faktorer som kan bidra till att identifiera och utesluta personer vars könsceller kan utgöra en hälsorisk för andra, t.ex. genom överföring av smitta och sjukdom. Det finns inga krav på genetisk testning av donatorer. Enligt föreskrifterna ska behovet av genetisk screening övervägas för en donator som tillhör en etnisk grupp där vissa autosomala recessiva gener är vanliga enligt väletablerade internationella vetenskapliga rön, eller som tillhör en släkt där ärftliga sjukdomar som riskerar att överföras är kända.

Enligt en kartläggning från 2023 skiljer sig den genetiska utredningen mellan olika offentliga kliniker. Vissa kliniker gör inga genetiska tester alls, några genomför kromosomanalys eller screening för cystisk fibros och åter andra testar beroende på ursprungsland t.ex.

⁴ Bilaga till Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:30) om donation och tillvaratagande av vävnader och celler; kompletterad med HSLF-FS 2024:18.

för thalassemi. Vid de privata kliniker som utreder egna donatorer screenas donatorerna för en uppsättning av recessiva sjukdomar, men vilka sjukdomar som ingår skiljer sig mellan klinikerna.⁵ Livio uppger att de testar spermiedonatorer för thalassemi, sicklecellsjukdom, cystisk fibros, spinal muskelatrofi, ärftlig dövhet (GJB2) och Tay-Sachs, och att de gör en kromosomanalys.⁶

Andra länder

Vid många fertilitetskliniker utomlands screenas de potentiella donatorerna för ett flertal genetiska sjukdomar. Exempelvis uppger den stora danska könscellsbanken Cryos på sin hemsida att de testar spermiedonatorer för cystisk fibros, hemoglobinopatier (inklusive alfa-thalassemi, beta-thalassemi och sicklecellsjukdom), spinal muskelatrofi, Tay-Sachs och dövhet. Dessutom testas för kromosomavvikelser.⁷ Äggdonatorer testas också för fragile X, Duchennes och Beckers muskeldystrofier samt hemolytisk anemi.⁸ Donatorer måste även uppge familjens sjukdomshistoria i tre generationer.⁹

Vid vissa utländska kliniker erbjuds även de mottagande föräldrarna att genomgå genetiska tester. När både donatorer och mottagare har testats kan de matchas i syfte att undvika genetiska sjukdomar. Även om en donator bär på ett recessivt sjukdomsanlag kommer sjukdomen inte att bryta ut om mottagaren inte bär på motsvarande anlag. Smer har fått kännedom om att det inom koncerner som har verksamhet i flera länder kan finnas en önskan om att även svenska donatorer inom koncernen ska screenas för fler sjukdomar och att information om resultat ska lämnas så att matchning kan ske i något av länderna där koncernen har verksamhet.

⁵ Svensk förening för obstetrik och gynekologi 2023.

⁶ Livio u.å.

⁷ Cryos u.å.c.

⁸ Cryos u.å.a. Dessa är exempel på allvarliga sjukdomar som kvinnor kan vara bärare av utan att känna till det.

⁹ Cryos. u.å.b.

5.2 Val av donator – vem ska välja och på vilka grunder?

5.2.1 Situationen i dag

Sverige

Enligt lagen om genetisk integritet är det den behandlande läkaren som väljer donator. Fertilitetsklinikernas hemsidor ger vid handen att hänsyn tas till geografiskt ursprung, hårfärg, ögonfärg och kroppsbyggnad vid val av donator. Om det är ett par som genomgår behandlingen så matchas donatorns utseende med den blivande föräldern som inte bär barnet. Om det är en ensamstående kvinna som behandlas så matchas donatorn med hennes utseende. Tanken bakom att matcha utseendet hos donatorn och den icke-genetiska föräldern är att ge barnet ett utseende som inte avviker avsevärt från föräldrarnas.

Det förekommer ibland att patienter uttrycker önskemål om annat utseende än deras eget. Exempelvis har personer med icke-europeiskt ursprung velat ha en europeisk donator. Vid kontakter med professionsföreträdare har Smer fått uppfattningen att klinikerna i dessa fall försöker tillgodose föräldrarnas önskemål. Företrädare för professionen har också vittnat om att föräldrar i många fall har frågor om donatorn och önskar få en donator med vissa egenskaper eller intressen.

Det förekommer i undantagsfall att blivande föräldrar får använda en donator som de känner. Den personen måste i så fall utredas och godkännas på samma sätt som andra donatorer.

Andra länder

Många svenskar genomgår assisterad befruktning med donerade könsceller i andra länder, t.ex. Danmark och vissa länder i Östeuropa. I Danmarks könscellsbanker finns mycket information om de donatorer som väljer att vara öppna. Uppgifter om utseende, utbildning, intressen och släkthistoria är tillgängliga för alla. Ofta kan man också se personens handstil och barndomsfoton. Ibland går det att betala för aktuella foton på donatorn. Man kan också betala för genetisk matchning avseende en särskild gen eller uppsättning av över 300

olika gener. En annan tjänst som erbjuds är så kallad ansiktsmatchning, utifrån foton på donatorn och den person som ska matchas.

Det finns en internationell marknad där donerade könsceller från män och kvinnor med eftertraktade egenskaper (kroppslängd, utseende, IQ, hög utbildning, idrottsprestationer, hälsa) har ett högt pris. Unga kvinnor och män kan lockas att donera sina ägg och spermier för att t.ex. kunna finansiera sin universitetsutbildning, och ju mer eftertraktade egenskaper de har desto mer betalt kan de få. En kinesisk-amerikansk donator från ett toppuniversitet kan få 250 000 dollar för en omgång äggdonation, medan en donator med lägre utbildning eller med en annan bakgrund kanske bara får 8 000 dollar. De mest eftertraktade vita donatorerna i USA kompenenserades med ungefär 100 000 dollar, medan toppnivån för svarta donatorer endast var 12 000 dollar.¹⁰

5.2.2 Etik

Värden och intressen

Frågorna om diagnostik, information och val av donatorer hänger ihop. Den som ska välja donator måste rimligen ha information om olika donatorer för att kunna göra ett val. Området inbegriper flera olika frågeställningar, värden och intressen.

Frågan om vilka donortester som bör göras och hur man väljer donatorer utifrån dessa tester berör värden kopplade till vårt självbestämmande, såsom genetisk integritet, dvs. rätten att få eller slippa få information om vilka genetiska anlag man bär på. Men också värden som barnets bästa samt selektion och människovärde aktualiseras. Det finns farhågor om att ett ökat fokus på genetiska tester och ökad selektion kan leda till en negativ syn på människor som är sjuka, har funktionsnedsättning eller har andra egenskaper som väljs bort av många om det är tillåtet. Kommer vi att få en utveckling där det blir alltmer accepterat att testa och välja bort även lindrigare sjukdomar eller tillstånd, eller att eftersöka vissa egenskaper, och i slutändan en press på föräldrar att göra det? Frågan rör också resurser och prioriteringar i vården. Även synen på vilket ansvar samhället har för barnet vid assisterad reproduktion spelar in. Målet med att välja donatorer med god hälsa är att de barn som föds ska vara friska. Samtidigt tar

¹⁰ Dewan, P. 2024.

en långtgående prövning av donatorer resurser i anspråk och ju hårdare krav som ställs, desto färre donatorer godkänns. Intresset av stor tillgång till donerade könsceller kan därmed komma i konflikt med önskemålen på donatorernas ”kvalitet”.

Även i frågan om vem som ska göra valet av donator gör sig flera olika värden och intressen gällande. Det handlar å ena sidan om reproduktiv autonomi för de blivande föräldrarna. Vissa föräldrar skulle föredra att själva välja donator utifrån utseende, sjukdomshistoria och kanske andra fakta om donatorn. Andra vill inte alls göra det valet själva. Å andra sidan handlar det om barnets möjlighet att skapa sig ett eget liv utan att vara designad utifrån föräldrars eller samhällets önskemål. Att ge föräldrar ökad rätt att välja betyder att de också måste få mer information om donatorn.

Argument för och emot att ge blivande föräldrar ökat inflytande över valet av donator

Argument för

- Det skulle stärka de blivande föräldrarnas reproduktiva autonomi.
- Det liknar mer situationen när man skaffar barn på det traditionella sättet med en partner som man har valt, eftersom man vanligen inte väljer partner enbart på grundval av utseende.
- Många blivande föräldrar efterfrågar mer information och valmöjligheter kring donatorer.
- Om efterfrågan inte möts i Sverige ökar sannolikheten att de mer resursstarka söker sig utomlands, vilket skulle förstärka frågans klassdimension och försvåra samhällets möjligheter att kvalitets-säkra förfarandet.

Argument mot

- Om man ska få välja måste man också få information om olika donatorer. Det blir svårt att dra en gräns för hur mycket information som ska lämnas.
- Det skulle kunna påverka viljan att donera negativt.

- Det leder till en utveckling där barn förväntas kunna designas och beställas, vilket urholkar människovärdet.
- Det kan skapas trender i vilken bakgrund och vilka egenskaper som är önskvärda.
- Det kan skapas ett tryck på kommersialisering av området, där man får betala mer för vissa egenskaper.
- Det leder till en övervärdering av vad det genetiska arvet har för påverkan på barns liv.
- Det innebär en stress för föräldrarna att välja och alla vill inte göra det.

5.2.3 Rådets tidigare ställningstagande

I rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* från 2013 påtalade rådet att diagnostik av ägg- och spermiedonatorer med avseende på sjukdomar väcker komplicerade etiska frågor, inte minst mot bakgrund av den snabba utvecklingen inom helgenomsekvensering. Rådet föreslog inga ändringar på detta område, men ansåg att det fanns anledning att fördjupa den etiska diskussionen kring den.

I rapporten fördes en kort diskussion om etiska aspekter på att välja donator. Det anfördes att när man får barn genom samlag väljer man i regel vilken partner man gör barn med, och vid adoption kan man t.ex. välja vilket land man vill adoptera ifrån. Mot denna bakgrund kunde det enligt rådet anses rimligt att man får göra vissa val även när man får barn med hjälp av donerade könsceller. Rådet skrev att det kan sägas främja föräldrarnas autonomi att välja utseende och andra egenskaper hos donatorn men det kan också ses som ett hot mot grundläggande värderingar gällande genetik och etik.

5.2.4 Rådets diskussion och ställningstaganden

Styrande normer och principer

Rådet har diskuterat vilka normer och principer som styr och bör styra området könscellsdonation. En viktig princip är förstås barns rätt till kännedom om sitt ursprung, vilken innebär att donatorer ska vara öppna så att barnet som blivit till genom donation har möjlighet

att ta reda på donatorns identitet. Samtidigt speglar dagens regelverk donatorn som en "icke-person" som verkar men inte syns. Detta synsätt återfinns i reglerna kring att föräldrar inte får någon information om donatorn och att läkaren väljer en donator på grundval av utseende så att barnets utseende ska smälta in i familjen. Det finns tecken på att vi i dag rör oss bort från detta synsätt, utifrån både ökad kunskap om genetikens betydelse, ökade möjligheter att vem som helst genom genetiska självtester och släktdatabaser kan ta reda på vilka man är genetisk släkt med och kontakta dessa, samt förändrade familjemönster och värderingar där könscellsdonation inte nödvändigtvis ses som något som bör eller kan döljas.

Likheter och skillnader mellan att få barn med könscellsdonation och med egna könsceller

Rådet har också diskuterat vilka likheter och skillnader mellan de olika sätten att få barn på som kan vara relevanta att ta hänsyn till. Vid det traditionella sättet att få barn väljer man sin partner. Även om faktorer som utseende, intelligens och andra egenskaper kan spela in i valet av partner, så är detta inte detsamma som att välja genetiska komponenter för ett framtida barn. Partnern är oftast en aktiv deltagare i barnets liv, inte bara en genetisk givare. En könscellsdonator däremot bidrar enbart med genetiskt material och har ingen föräldraroll. Att välja en donator utifrån omfattande information om personens egenskaper, intressen och personlighet är därför enligt rådets uppfattning något kvalitativt annorlunda än att välja en partner att leva med och skapa en familj tillsammans med. Trots denna principiella skillnad kan reproduktiv autonomi och valfrihet för de blivande föräldrarna ändå anses vara viktiga värden, vilket väcker frågan varför de som får barn med hjälp av könscellsdonation ges så liten valfrihet jämfört med dem som har möjlighet att få barn på det traditionella sättet.

Donatorers sjukdomar och sjukdomshistoria undersöks vanligtvis mer grundligt vid könscellsdonation än vad som är fallet när människor får barn genom samlag. Men kunskapen finns hos vården och inte hos de blivande föräldrarna. Sett från föräldrarnas perspektiv är kunskaperna begränsade och möjligheten att påverka liten.

Genetikens betydelse

En önskan om att få välja donator kan ha sin grund både i att man vet att genetiken har stor betydelse och i att man på samma sätt som vid val av en partner att få barn med, föredrar ett visst utseende, en viss personlighet eller vissa egenskaper och intressen. Samtidigt råder det förstås inga enkla samband mellan en genetisk förälders eller donators personlighet, egenskaper och intressen och det blivande barnets. Även om vi får alltmer kunskaper om hur genetiken påverkar både personlighet och egenskaper, så betyder det inte att donators personlighet eller intressen direkt går i arv. Barnets utveckling beror också på den miljö det växer upp i, där relationer, kultur, erfarenheter och uppfostran spelar en avgörande roll. Detta är något som de flesta föräldrar förstår. Rådet anser att ett alltför stort fokus på genetik är negativt. Risken finns att miljöns betydelse, i bred bemärkelse, får en alltför undanskymd roll.

Reproduktiv autonomi och barn som beställningsvara

Att ge föräldrar ett ökat inflytande över valet av könscellsdonator kan ses som ett sätt att öka deras reproduktiva autonomi. Val förutsätter att det finns information om de olika alternativen. Ökade valmöjligheter för föräldrarna måste dock ställas mot de nackdelar som det kan medföra. Om föräldrar får möjlighet att välja donator på grundval av personens personlighet, intressen och dylikt kan det leda till en press på barnen att uppfylla förväntningar som föräldrarna har på vem de ska bli och vad de ska ägna sig åt. När valet görs baserat på omfattande information om donators egenskaper riskerar dessa förväntningar att institutionaliseras redan före barnets tillkomst på ett sätt som kan begränsa barnets rätt till en öppen framtid. Många i rådet ser negativt på att barnet riskerar att objektifieras och ses som något som kan beställas och utformas efter föräldrarnas preferenser. Även om föräldrar i alla tider har utsatt barn för press att uppfylla förväntningar av olika slag, så tror många rådsmedlemmar att det är en skillnad mellan dessa vanliga förväntningar och sådana som byggs in i själva tillkomstprocessen genom detaljerade val av genetiska egenskaper. Andra rådsmedlemmar ifrågasätter om ökat föräldrainflytande över valet av donator med nödvändighet innebär att barn blir

en beställningsvara. De ser det inte som kontroversiellt att föräldrar vill ge bästa möjliga förutsättningar för sitt blivande barn.

Selektion och människovärde

Ett annat tema inom rådets diskussioner har varit om ökade möjligheter till val av donator utifrån egenskaper riskerar att bidra till ett samhälle där vissa egenskaper anses som mindre värda, vilket riskerar att urholka alla människors lika värde. Många i rådet har lyft farhågor om detta. En annan farhåga som har lyfts är att sådana tendenser kan förstärkas om området kommersialiseras.

Hur kan man då tänka kring den selektion av donatorer som sker redan i dag? Det görs ju tester av donatorerna på ett sätt som vanligtvis inte görs av personer som får barn genom samlag, och bara friska donatorer väljs ut. Riskerar inte redan detta förfarings-sätt att urholka människovärdet? Här menar rådet att det finns en viktig principiell skillnad mot en situation där föräldrar väljer donator utifrån olika typer av egenskaper. När samhället medverkar till att barn blir till med hjälp av assisterad reproduktion tar samhället på sig ett särskilt ansvar för att undvika att barn föds med vissa allvarliga sjukdomar eller tillstånd. Detta är en selektion som syftar till att skydda det framtida barnet från allvarligt lidande, inte ett urval baserat på önskvärda egenskaper eller personlighetskaraktistika. Gränsen går vid allvarliga medicinska tillstånd – urvalet ska inte göras utifrån egenskaper som utbildning, intressen, personlighet eller andra faktorer som inte direkt rör barnets grundläggande hälsa och välbefinnande. Rådet finner det rimligt att en sådan begränsad selektion görs, men ser en tydlig risk för en sluttande plan om valmöjligheterna utökas. Var ska gränsen sättas – vid egenskaper, intressen, personlighet, talanger, temperament? En utveckling mot fler valmöjligheter normaliserar synen på barn som något som kan utformas och väljas, vilket rådet bedömer som fundamentalt problematiskt.

Val av utseende

Rådet konstaterar att donatorer i dag väljs efter föräldrarnas utseende i form av hudfärg, hårfärg, ögonfärg och kroppsbyggnad. Men alla föräldrar önskar inte en könscellsdonator som i så stor utsträckning som möjligt liknar dem själva. Rådet har därför diskuterat om utseendet nödvändigtvis måste spegla föräldrarnas eller om föräldrarna bör få välja ett annat utseende. Är det någon principiell skillnad mellan att donator väljs så att barnet förväntas likna föräldrarna och att donator med ett annat utseende väljs? I båda fallen görs ett aktivt val av utseende. Argument som har framförts mot att föräldrarna ska få välja ett annat utseende än det egna är att könscellsdonation så långt möjligt ska efterlikna det vanliga sättet att få barn och att ökade valmöjligheter riskerar att leda till att barn betraktas som beställningsvara. Ett annat argument mot är att om man öppnar upp för ett val så är det lättare att sedan öppna upp för flera. Om man ska få välja annan hudfärg, varför då inte andra karakteristika? Att inte alls ta hänsyn till föräldrarnas önskan om utseende ses av många i rådet som en alltför långtgående paternalism. De finner det rimligt att läkaren tar hänsyn till föräldrarnas önskemål även i de fall de önskar en donator med annat utseende än sitt eget, så länge detta sker efter dialog om barnets bästa. Vissa i rådet har dock framfört att det är olyckligt om föräldrar med minoritetsbakgrund vill välja en annan etnicitet än den egna av rädsla för att barnet annars ska drabbas av främlingsfientlighet och rasism.

Medicinsk turism

En förhållandevis strikt lagstiftning i Sverige kan leda till att människor med ekonomiska resurser väljer att åka till andra länder för att kunna nyttja ett system där man får fler valmöjligheter. Rådet är medvetet om att detta skapar en problematisk ojämlikhet i reproduktiva möjligheter, där bara de som har råd att resa utomlands får tillgång till utökade valmöjligheter. Detta innebär också att behandlingen sker utanför svensk kvalitetssäkring och reglering, vilket kan medföra risker både för föräldrar och barn.

Rådets ställningstaganden

Rådet har övervägt om det i någon utsträckning går att ge mer information och valmöjligheter till föräldrarna utan att det får alltför stora negativa konsekvenser. Det finns giltiga argument både för och emot att öka föräldrars valmöjligheter. Rådet har förståelse för att vissa föräldrar vill veta mer om donatorerna och få chans att välja. En konsekvens av att detta inte tillåts inom Sverige kan vara att människor söker behandling i ett land där det är tillåtet. Rådet anser dock att argumenten mot ett sådant system väger tyngre. Den avgörande skillnaden jämfört med val av partner respektive redan existerande selektion är att systematiska val baserade på omfattande information om donatorers personlighet, intressen och andra icke-medicinska egenskaper skapar en kvalitativt annorlunda situation. Det handlar inte längre om att välja en livspartner att skapa en familj med respektive att undvika allvarlig sjukdom, utan om att välja genetiska komponenter för ett framtida barn utifrån en katalog av egenskaper. Detta skulle normalisera ett synsätt där barn kan utformas utifrån föräldrarnas preferenser på ett sätt som skiljer sig från tidigare reproduktion och som rådet bedömer som problematiskt för barnets framtida autonomi och rätt till en öppen framtid. Rådet har därmed landat i slutsatsen att dagens system där vården först diagnosticerar, prövar och ställer höga krav på donatorernas hälsa, och sen väljer donator i det enskilda fallet, är en rimlig kompromiss mellan de inblandade värdena, principerna och intressena.

Frågan om vilka tester av donatorer som ska göras är en avvägning mellan många olika värden – integritet, barnens välfärd, samhällets ansvar, kostnader och tillgång på donatorer. Rådet anser det rimligt att vården avgör vilka tester av donatorerna som ska göras men är inte främmande för att det kan komma att göras fler genetiska tester i framtiden när tekniken blir billigare och det kanske utvecklas en större efterfrågan på dessa tester.

5.3 Information om donatorn och eventuella donatorsyskon efter barnets födelse

5.3.1 Situationen i dag

Sverige

Sverige var 1985 det första land i världen som förbjöd assisterad befruktning med anonyma spermiedonatorer. Sedan 2019 finns också en bestämmelse i föräldrabalken om att föräldrarna har skyldighet att så snart det är lämpligt upplysa barnet om att han eller hon har tillkommit genom insemination eller befruktning utanför kroppen som har utförts med andra könsceller än föräldrarnas egna. Den som har tillkommit genom assisterad befruktning med donerade könsceller, och som har uppnått tillräcklig mognad, har rätt att ta del av de uppgifter om donatorn som antecknats i sjukhusets särskilda journal. Den som har tillkommit genom assisterad befruktning med donerade könsceller kan också begära att uppgifter om honom eller henne tas in i den särskilda journalen. Andra som har tillkommit genom assisterad befruktning med könsceller från samma donator har då rätt att få tillgång till den informationen. På så sätt kan donatorsyskon få information om varandra.

Att en person som har tillkommit med hjälp av donerade könsceller ska ha rätt att ta reda på donatorns identitet är i Sverige okontroversiellt.¹¹ Vårt regelverk ställs dock inför nya utmaningar till följd av användandet av genetiska självtester och nätbaserade släkt-databaser där man kan få information om och kontakt med genetiska släktingar. Detta medför att det går att få information om donatorer och donatorsyskon på annat sätt än via klinikernas särskilda journaler. Det förekommer att föräldrar söker information om sitt barns donator innan barnet har rätt att få information om donatorns identitet, men det är oklart hur vanligt detta är. Livio har informerat Smer om att de numera låter föräldrarna intyga att de inte på egen hand ska söka efter donatorns identitet. Föreningen för frivilligt ensamstående föräldrar med donation (Femmis) har berättat att de har många medlemmar som har fått barn med hjälp av könscellsdonation i Danmark, där man får tillgång till det så kallade donatornumret. Med hjälp av det numret kan man via grupper i sociala medier söka upp

¹¹ I detta avsnitt skrivs för enkelhets skull enbart donerade könsceller men i detta inkluderas även donerade befruktade ägg.

andra som har fått barn med hjälp av samma donator. Det finns en önskan bland föreningens medlemmar om att det även i Sverige redan från födseln skulle gå att få kontakt med familjerna till barnens genetiska halvsyskon. På så sätt skulle barnen kunna se likheter och spegla sig i varandra.

I Sverige får de mottagande föräldrarna inte någon information om donatorn. Ett undantag är förstås de fall där föräldrarna har fått använda en känd donator. Vid klinikerna blir det allt vanligare att föräldrar vars barn har utvecklat vissa sjukdomar efterfrågar information om donatorns genetik och sjukdomshistoria. Det kan till exempel vara efter att vården har efterfrågat släktens sjukdomshistoria. Femmis anser att det skulle vara värdefullt att få viss information om donatorn, dels för att denna person då kan levandegöras för barnet, dels för att det ibland efterfrågas i vårdsammanhang. Exempel som nämns är utseende och längd, anlag för synfel som kan efterfrågas vid kontroll av synen vid 6–7 års ålder och anlag för hjärt-kärlsjukdom som efterfrågas om man vill skaffa p-piller.

En annan fråga som diskuteras bland vårdgivare är om man kan eller bör informera donatorn och eventuella donatorsyskon eller deras föräldrar vid upptäckt av en genetisk sjukdom hos ett donatorbarn. Samma fråga uppstår om det framkommer att donatorn utvecklar en sjukdom som upptäcks i efterhand. Svensk förening för obstetrik och gynekologi har 2023 gett ut en vägledning om detta. Där görs bl.a. bedömningen att donatorn bör informeras om det föds ett barn med genetisk sjukdom efter donation.¹²

Andra länder

I Europa är donatoranonymitet regel i 16 länder, även om det i vissa av dem är möjligt att avslöja donatorns identitet om det finns allvarliga hälsoproblem hos det födda barnet. I tolv länder kan barnet få tillgång till donatorns identitet när han eller hon har uppnått en viss ålder, vilken varierar mellan 15 och 18 år. Norge har nyligen genomfört en lagändring där de sänkt åldern då ett barn kan få kännedom om donatorns identitet från 18 till 15 år. I tolv andra länder

¹² Svensk förening för obstetrik och gynekologi 2023.

finns det ett blandat system där både anonym och icke-anonym donation är tillåten.¹³

I Storbritannien kan personer som blivit till med hjälp av donerade könsceller från och med 2005 från 16 års ålder få viss information om donatorn, så som fysiska karakteristika, födelseår, födelseland, uppgifter om egna barn, sjukdomshistoria och personligt brev. Från 16 års ålder kan man också få reda på kön och födelseår för eventuella donatorsyskon. Vid 18 års ålder kan man få reda på donatorns och donatorsyskonens identitet.¹⁴

I Nederländerna kan föräldrar få information om fysiska och sociala uppgifter (exempelvis civilstånd, utbildning och ”karaktärsdrag”) om donatorn från och med barnets födelse, däremot inte som ett sätt att före befruktning välja donator. Från 12 års ålder kan även barnet få tillgång till denna information, och från 16 års ålder kan barnet få tillgång till donatorns identitet.¹⁵ Landets regering har inlett ett arbete med att se över åldersgränserna för att möjligen sänka dem ytterligare.¹⁶

Ett system med möjlighet till tidig kontakt mellan donatorer, barn och halvsyskon finns i Australien. I delstaten Victoria administrerar myndigheterna ett register som både donatorer, donatorbarn och mottagande föräldrar kan anmäla sig till. En förälder kan registrera en önskan om att ta reda på donatorns och eventuella donatorsyskons identitet redan från barnets födelse. Dessa kan gå med på att informationen ska ges ut. Om barnen är under 18 år är det föräldrarna som tillfrågas. Rådgivning erbjuds till alla parter i dessa situationer.¹⁷ Ytterligare delstater inför ett liknande system.

5.3.2 Forskning

Sammantaget talar mycket för att det är betydelsefullt att få information om sitt genetiska ursprung och även att ha en möjlighet att söka upp sin könscellsdonator. Men personer som blivit till med hjälp av donerade könsceller möter ett svårnavigerat landskap där

¹³ European IVF-Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Calhaz-Jorge, C., Smeenk, J. m.fl. 2024.

¹⁴ Human Fertilisation and Embryology Authority u.å.a.

¹⁵ Government of the Netherlands. 2025.

¹⁶ Indekeu, A., van Nistelrooij, I. m.fl. 2025.

¹⁷ Victoria State Government. Department of Health 2025b.

lojalitet mot föräldrarna, självbestämmande och regelverk är viktiga aspekter.¹⁸

Studier som gjorts i Sverige visar att endast en liten andel av de som blivit till med hjälp av donerade könsceller hittills har sökt information om donatorns identitet. Av dessa hade omkring 40 procent gått vidare och kontaktat donatorn medan en tredjedel var osäkra på om de skulle göra det. Föräldrarnas känslor inför donatorn efter att barnen sökt upp denne varierar, från att placera honom på mentalt avstånd till att se honom som en del av familjen. Vissa pappor känner sig hotade i sitt faderskap.¹⁹ En studie på de första tio årskullarna av donatorbarn i Kalifornien som har haft möjlighet att ta reda på sin donators identitet visar att 33 procent av barnen har eftersökt denna information. Det var vanligare bland barn till ensamamma mammor (58 procent) än bland barn i familjer med två mammor (37 procent) och barn i familjer med en mamma och en pappa (23 procent). 20 procent sökte information om donatorns identitet före 18 års ålder. 30 procent av dem som hade efterfrågat sin donators identitet rapporterade att de länge eller ”alltid” hade velat få reda på vem det var. 11 procent sa att deras intresse hade varierat över tid. Nästan alla uppgav att ett motiv var att få mer information om donatorn, och 61 procent att det handlade om att se eventuella likheter med sig själv.²⁰

När allt fler söker kontakt med donatorer och donatorsyskon skapas nya former av relationer. Forskning från Nederländerna, USA och andra länder visar att relationerna mellan personer som blivit till med hjälp av könscellsdonation och deras donatorsyskon skiljer sig från traditionella syskon- eller vänskapsband. I takt med att antalet donatorsyskon ökar blir det mer komplicerat att skapa meningsfulla relationer, och gruppdynamiken förändras när nya medlemmar ansluter sig.²¹ Forskningen fokuserar främst på dem som aktivt väljer att ta kontakt med sina donatorsyskon. Andra väljer dock att inte göra det.

Forskningen om hur barn påverkas av att kontakt med donatorn eller donatorhalvsyskon etableras tidigt i livet är ännu begränsad. De studier som finns, främst från Storbritannien och Australien, tyder på att barn som växer upp med öppenhet om sitt ursprung i regel

¹⁸ Bolt, S.H., Maas, A.J.B.M. m.fl. 2024.

¹⁹ Lampic, C., Skoog Svanberg, A. m.fl. 2022 och Widbom, A., Isaksson, S. m.fl. 2021.

²⁰ Scheib, J. & Ruby, A. 2017.

²¹ Hertz R. 2023.

mår väl och har trygga relationer till sina föräldrar. Erfarenheter av faktisk kontakt under barndomen beskrivs övervägande som positiva, särskilt när kontakten sker frivilligt och med stöd av föräldrarna. Ensamstående kvinnor som får barn genom assisterad befruktning tycks vara mer benägna än andra att söka kontakt med donator och eventuella donatorhalvsyskon. Kontakt kan upprättas med hjälp av officiella register, som det i Victoria i Australien, eller genom sociala medier eller DNA-tjänster; slumpartade möten genom gemensamma bekanta har också ägt rum.²² En intervjustudie från USA visar att föräldrarnas motiv bakom att ta kontakt med donatorsyskons familjer är att de tror att dessa relationer kan gynna deras barn på många sätt, genom att deras situation blir normaliserad, att de får insikter i den tidigare okända genetiska släktlinjen och att det skapas en större familj. I samma studie intervjuas barnen. Resultaten visar att kontakterna med donatorsyskonen och vilken mening som läggs i dessa ser olika ut och kan förändras över tid. Många anser att de har ett val att ha kontakt med donatorsyskonen eller inte. De relationer de väljer att utveckla stärks medan andra försvinner.²³

5.3.3 Etik

Värden och intressen

Frågan om när och till vem information om en donators eller donatorsyskons identitet eller annan information om donatorn ska lämnas ut rör värden som självbestämmande, integritet och rätten att känna till sitt ursprung.

De främst berörda intressenterna är personen som blivit till med hjälp av donerade könsceller, föräldrarna, donatorn, donatorns familj samt donatorsyskonen och deras familjer. Personen som blivit till med hjälp av donerade könsceller har ofta ett intresse av att kunna ta reda på donatorns och sina eventuella donatorsyskons identitet men också av att bestämma om och när det ska ske. Föräldrars inställning till donatorn varierar mycket. Vissa kan se donatorn som ett hot, andra som en del av familjen. Vissa föräldrar vill skapa band till sitt barns genetiska släktingar eller få information om donatorns

²² Kelly, F. & Dempsey, D. 2016, Kelly, F., Dempsey, D. m.fl. 2019, Victoria State Government. Department of Health 2025a.

²³ Hertz, R. & Nelson, M.K. 2019.

egenskaper eller intressen. Detta kan göras av omsorg om barnen, som skulle kunna ha en fördel av att tidigt i livet känna till sitt ursprung och kunna få kontakt med donator och eventuella donatorsyskon. Donatorerna har olika inställning till öppenhet och kontakt med de barn som kommit till med deras könsceller, och deras familjer.²⁴ De har ett intresse av att villkoren för öppenhet som gällde när de valde att bli donatorer inte ändras i en riktning som inte stämmer överens med vad de är villiga att samtycka till. Föräldrars önskan om information om donatorn och eventuella donatorsyskon till deras barn kan komma i konflikt med barnets, donatorns och donatorsyskonens rätt till självbestämmande och integritet.

Argument för och emot att ge barn tillgång till donators och eventuella donatorsyskons identitet i lägre ålder

Argument för

- Barn har enligt barnkonventionen rätt att känna till sitt ursprung, vilket skulle kunna tolkas som att de bör ha tillgång till donatorns identitet från födseln eller åtminstone från yngre ålder.
- Att växa upp med kunskap om sitt fullständiga ursprung från början kan vara psykologiskt hälsosammare än att få veta det plötsligt senare i livet.
- Tidig tillgång skulle kunna möjliggöra kontakt med donatorn och eventuella donatorsyskon under hela uppväxten, vilket kan berika barnets liv och skapa meningsfulla relationer.

Argument mot

- Information som ges tidigt sker på föräldrars initiativ, inte barnets eget, vilket kan inkräkta på barnets framtida autonomi.
- Små barn saknar kognitiv och emotionell mognad att hantera komplex information om sitt genetiska ursprung och de existentiella frågor detta kan väcka. Barn behöver en stabil uppväxtperiod där fokus ligger på tryggheten i den nära familjen innan de utforskar mer komplexa ursprungsfrågor.

²⁴ Lou, S., Bollerup, S. m.fl. 2023.

- Tidig kontakt kan skapa komplexa relationella situationer som barnet inte har förutsättningar att navigera eller ta ställning till.
- Det finns risk att barnet känner press att ha kontakt även om det egentligen inte vill, för att tillfredsställa föräldrars önskemål.

Argument för och emot att ge föräldrar tillgång till donators och eventuella donatorsyskons identitet

Argument för

- Det är ett sätt att visa omsorg om barnet och ge det ett sammanhang och en utvidgad familj från början.
- Föräldrar kan känna oro för att inte kunna svara på barnets framtida frågor, och tidig kontakt skulle kunna minska denna osäkerhet.
- För ensamstående föräldrar kan kontakt med donatorn och eventuella donatorsyskon skapa en känsla av gemenskap och stöd i föräldraskapet.
- Det skulle möjliggöra att barnet växer upp med kännedom om och eventuellt kontakt med sin genetiska släkt, vilket vissa menar kan vara positivt för identitetsutvecklingen.
- Föräldrar skulle kunna få medicinsk information direkt från donatorn som kan vara relevant för barnets vård.

Argument mot

- Barnet har rätt till autonomi, vilket innebär rätten att själv välja om och när kontakt med donator och donatorsyskon ska tas – denna rätt bör inte övertas av föräldrarna.
- Det finns risk att föräldrarnas egna behov (av trygghet, kontroll, eller gemenskap) viktas högre än barnets framtida autonomi och rätt att själv utforska sitt ursprung.
- Det kan skapa förvirring om roller och relationer för barnet.
- Det kan påverka donationsviljan negativt om inte bara framtida barn utan även deras föräldrar kan söka kontakt.

Argument för och emot tillgång till medicinsk information om donatorn

Argument för

- Medicinsk information kan vara livsviktig vid ärftliga sjukdomar eller predispositioner.
- Föräldrar eller barnet själv behöver kunna lämna fullständig medicinsk information när barnet söker vård.
- Det kan möjliggöra förebyggande åtgärder om genetiska risker upptäcks.

Argument mot

- Det kan leda till oro och potentiell överbehandling eller övervakning av barnet baserat på risker som är statistiska snarare än verkliga.
- Det kan påverka donationsviljan negativt om medicinsk information måste lämnas ut.

Argument för och emot tillgång till annan icke-identifierande information om donatorn (utseende, intressen, utbildning)

Argument för

- Det kan tillfredsställa en del av föräldrarnas och barnets nyfikenhet utan att inkräkta på donatorns integritet på samma sätt som identitetsuppgifter.
- Det kan hjälpa barn att forma en bild av sitt genetiska ursprung, vilket kan vara meningsfullt för identitetsutvecklingen.
- Det kan göra det lättare för föräldrar att prata om donationen på ett konkret sätt med barnet.
- Det kan göra donatorn mer ”verklig” och mindre abstrakt, vilket vissa menar underlättar för barnet.

Argument mot

- Även icke-identifierande information kan i praktiken göra det möjligt att identifiera donatorn, särskilt i kombination med andra uppgifter eller genom DNA-tester och sociala medier.
- Det är svårt att dra en tydlig gräns för vad som är relevant icke-identifierande information.
- Information som lämnats ut till föräldrar kan påverka hur de förhåller sig till barnet (t.ex. förväntningar baserade på donatorns utbildning eller intressen).

5.3.4 Rådets tidigare ställningstagande

I rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* från 2013 anförde rådet att barnets rätt till kännedom om sitt ursprung borde stärkas i lagstiftningen. Rådet ansåg att föräldrar på ett tidigt stadium bör berätta för barnen om deras ursprung. Lagstiftningen har sedermera ändrats i denna riktning. Rådet diskuterade inte frågorna om huruvida donatorns identitet skulle kunna eftersökas tidigare av barn eller föräldrar än när barnet nått mogen ålder, kontakt med donatorsyskon eller tillgång information om donatorn.

5.3.5 Rådets diskussion och ställningstaganden

Rådet har diskuterat om det finns skäl att tillåta att barn kan få information om donatorns och eventuella donatorsyskons identitet eller andra fakta om donatorn tidigare än i dag, och om en sådan möjlighet också bör finnas för föräldrarna. Frågorna har uppstått i ett land-skap där synen på donatorn möjligen håller på att ändras från att vara någon som inte ska uppmärksammas till att bli en person som erkänns ha en viss roll i både barnets och föräldrarnas liv. En fråga här är dock om en möjlighet till mer och tidigare information ligger i föräldrarnas eller barnens intresse.

Dagens regelverk och praxis

Enligt dagens lagstiftning ska föräldrarna så snart det är lämpligt upplysa barnet om att han eller hon har tillkommit genom en behandling med andra könsceller än föräldrarnas egna. Vidare har barn har rätt att få tillgång till donatorns identitet när de uppnått tillräcklig mognad. I förarbetena står att detta krav i allmänhet torde vara uppfyllt bara i fråga om barn i de övre tonåren.²⁵ I Kunskapsguiden på Socialstyrelsens hemsida står att tillräcklig mognad ofta tolkas som 18 år men att man ibland kan bedöma att personer i övre tonåren har uppnått tillräcklig mognad.²⁶ I Smers samtal med företrädare för professionen har flera gett uttryck för att mogen ålder tolkas som 18 år.

Rådet har diskuterat om barnens rätt enligt barnkonventionen att känna till sitt ursprung skulle kunna tolkas så att barnen redan från födseln har rätt att få information om donatorn. Den allmänna uppfattningen i rådet är dock att dagens krav på mognad ligger i linje med principen om barnets bästa, som är grundläggande för hela barnkonventionen. I yngre åldrar bör det räcka att barnet känner till att det har tillkommit med hjälp av könscellsdonation, utan att få information om vem som är donator. De flesta i rådet anser att det är rimligt att barn kan få ta reda på identiteten hos donator och donatorsyskon tidigare än vid 18 års ålder. Lagtextens skrivning om tillräcklig mognad framstår därmed som rimlig. Rådet finner det olyckligt om det har utvecklats en praxis som säger att tillräcklig mognad betyder minst 18 år. En sådan praxis bör i så fall omprövas. Klinikerna måste vara beredda på att göra mognadsbedömningar av de barn som vill ta reda på donatorers och eventuella donatorsyskons identitet. Rådet finner det sannolikt att allt fler barn kommer att vilja söka upp sådan information och också ta kontakt med donatorerna och eventuella donatorsyskon. Alla dessa parter kan behöva stöd i processen. Rådet anser att det bör ingå i klinikernas uppdrag att ge sådant stöd eller att hänvisa till andra instanser som kan ge det.

²⁵ Prop. 1984/85:2, s. 16.

²⁶ Kunskapsguiden 2025.

Möjlighet för föräldrar att få information om donatorers och donatorsyskons identitet

Vårt system med öppna donatorer bygger ytterst på respekt för barnets rättigheter och donatorns integritet. Rådet har, mot bakgrund av att det bland vissa föräldrar – särskilt ensamstående mammor – finns en önskan om att tidigt knyta ett band till donatorn och eventuella donatorssyskon samt deras familjer, övervägt om det bör finnas utrymme för att föräldrar tidigt ska kunna få information om donatorns och eventuella donatorssyskons identitet. En sådan önskan kan ses som ett sätt att visa omsorg om barnet och ge det ett sammanhang. Mot en sådan önskan från föräldrarna står dock andra intressen som barnet har. Barnet har rätt till autonomi och i det kan sägas ingå att själv välja om och när kontakt med donator och donatorsyskon ska tas. Om föräldrar tidigare än när barnet har fattat ett beslut för egen del tar kontakt med donatorn eller donatorsyskonen och deras familjer så kan man se det som att barnets rätt till autonomi kränkts. Samtidigt har rådet ställt sig frågan om detta är en förlegad syn på könscellsdonation och de relationer den ger upphov till. Bland delar av de grupper som har använt sig av eller som tillkommit med hjälp av könscellsdonation ses donatorn och donatorsyskonen som delar av livet som inte ska gömmas undan. Tvärtom ser de det som något positivt om barnen från början kan få kontakt med åtminstone donatorsyskonen och deras familjer. På samma sätt som föräldrarna bestämmer om och när de och barnen har kontakt med andra släktingar och vänner så bör föräldrarna kunna göra detsamma med donator, donatorsyskon och deras familjer, förutsatt att det finns samtycke från dessa. Det är inte heller förbjudet att använda en känd donator, även om det är ovanligt. Samtidigt är det inte alla som delar denna syn och önskan om mer information och kontakt. Ett system som skulle tillåta att föräldrar får tillgång till donatorns eller donatorsyskons identitet måste självfallet bygga på samtycke från alla parter. Man kan därmed tänka sig ett system som bygger på frivillighet, där de mottagare som vill ha kontakt från tidig ålder matchas med donatorer som är öppna för det, vilket skulle utgöra ett ytterligare moment i matchningsprocessen. Samtidigt kan ett system som tillåter att föräldrar får information om identiteten också förstärka en ny norm om att man bör ha kontakt.

Många i rådet är tveksamma till att ändra regelverket i denna riktning. Det skulle vara ett stort avsteg från det synsätt som har gällt hittills i fråga om könscellsdonation. Rådet har landat i slutsatsen att dagens regelverk är adekvat. Det är barnens exklusiva rätt att söka information om donatorns och eventuella donatorsyskons identitet (förutsatt att donatorsyskonen gett sitt samtycke till att bli eftersökta), och inte föräldrarnas.

Samtidigt ser rådet att normerna på området håller på att förskjutas. Rådet är inte främmande för att regelverket kring könscellsdonation kan förändras i framtiden men efterlyser mer kunskap om vilka effekter olika system har på de personer som tillkommit med hjälp av könscellsdonation, på donatorerna och på deras respektive familjer.

Tillgång till medicinsk och annan icke-identifierande information om donatorn

Rådet har också diskuterat om någon information om donatorn gällande exempelvis utseende, intressen eller hälsa bör kunna ges till föräldrarna eller barn tidigt om de efterfrågar det. Även denna fråga har diskuterats i ljuset av att synen på donatorn veckar ändras åtminstone bland vissa grupper. Att det finns en donator med genetisk koppling till barnet är inget som behöver döljas vare sig för barnet eller omgivningen. Även om inte donatorns identitet avslöjas finns det bland vissa en önskan om att få mer information om personen.

Rådet utgår från att information om donatorns utseende lämnas till föräldrarna eftersom donatorn väljs på grundval av utseendet. Att föräldrar och barn även skulle få information om andra egenskaper, intressen, utbildning eller yrke skulle levandegöra personen än mer. Rådet är dock osäker på om detta skulle vara entydigt positivt för barnen. För vissa barn skulle det kanske skapa förvirring.

När det gäller information om hälsa som behövs i vården ser rådet en tydligare fördel för barnen. I vissa vårdsituationer ligger det i barnets intresse att ha information om den genetiska släktens sjukdomshistoria. Rådet finner det rimligt att föräldrarna och barnet under barnets uppväxt på begäran bör kunna få information om donatorns sjukdomshistoria. När det gäller övrig information så är rådet tveksamt till att i dagsläget rekommendera att sådan information ska lämnas ut innan personen som tillkommit med hjälp av

donerade könsceller själv kan få tillgång till donatorns identitet. Men som beskrivits ovan är rådet inte främmande för att regelverket kring könscellsdonation kan förändras men efterlyser mer kunskap om vilka effekter olika system har på de personer som tillkommit med hjälp av könscellsdonation, på donatorerna och på deras respektive familjer.

Frågor om hur man i övrigt ska hantera situationer där en genetisk sjukdom upptäcks hos en donator eller ett barn som tillkommit med hjälp av donation avser rådet att återkomma till i en kommande rapport om genetiska analyser.

5.4 Antalet barn per donator

5.4.1 Situationen i dag

En donator av spermier eller äggceller får ge upphov till barn i högst sex familjer i Sverige, om det inte finns synnerliga skäl för ytterligare en familj att få barn med samma donator. Ett par eller en ensamstående kvinna får donera befruktade ägg och ge upphov till barn i ytterligare en familj utöver den egna.²⁷

Det finns dock en risk att reglerna inte efterlevs. I Sverige har de olika klinikerna egna förteckningar över sina donatorer och hur många barn dessa gett upphov till i olika familjer. Det saknas en nationell överblick, vilket kan leda till att en donator kan donera könsceller på flera kliniker utan klinikernas vetskap och på så vis överskrida gränsen på sex familjer. Denna fråga har lyfts i samhällsdebatten på senare tid och Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram författningsförslag till ett nationellt register för könscellsdonatorer. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 maj 2026.

Frågan om antalet barn per könscellsdonator är dock inte bara nationell. I dag pågår handel med och överföring av könsceller över nationsgränserna. Privata könscellsbanker, på engelska kallade *cryo-banks*, säljer spermier och äggceller till andra länder. Eftersom det är brist på könsceller i Sverige har både privata och offentliga kliniker i Sverige importerat könsceller från andra länder. Även om de internationella könscellsbankerna håller sig till varje lands lagstiftning gällande antalet barn eller familjer per donator så hindrar det inte

²⁷ 4 kap. 16 § SOSFS 2009:32 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.

att de säljer könsceller från en donator som nått sin kvot i ett land även till andra länder.

För närvarande byggs privata könscellsbanker upp av privata företag med verksamhet inom Sverige och andra länder. För dem finns en möjlighet att använda könscellerna för fler familjer än den gräns som är uppsatt i Sverige bara genom överföringar mellan det egna företagets kliniker i olika länder. Så frågan om en begränsning av antalet barn per donator är aktuell även om Sverige skulle bli självförsörjande på donatorer.

5.4.2 Rådets tidigare ställningstagande

Rådet publicerade i mars 2025 ett uttalande om antalet barn per könscellsdonator i gränsöverskridande situationer tillsammans med biotikråden i Danmark, Finland och Norge.²⁸ De fyra nationella etikråden rekommenderar i uttalandet att det införs en internationell gräns för hur många barn som kan bli till med en och samma ägg- eller spermiedonator. Den gränsöverskridande användningen av könsceller måste hanteras genom överenskommelser på europeisk nivå.

5.4.3 Rådets kompletterade ställningstaganden

Smer vill till det tidigare uttalandet tillägga att det är positivt att regeringen och Socialstyrelsen arbetar för att få till stånd ett nationellt register för könscellsdonatorer i Sverige. Men i dagens situation med gränsöverskridande transaktioner av könsceller skulle ett register behövas även på internationell nivå.

Rådet anser också att regioner och privata kliniker bör öka sina ansträngningar att hitta könscellsdonatorer inom landet. Men ansträngningarna måste förstås göras med respekt för de rådande principerna om altruism och frivillighet.

Vidare anser rådet att det borde prövas om den verksamhet som de stora europeiska könscellsbankerna bedriver strider mot Oviedo-konventionens artikel 21 om att människokroppen och dess delar inte i sig får ge upphov till ekonomisk vinning. Även om det uttalats att tekniska åtgärder så som provtagning, testning, lagring, odling, transport etc. som utförs i samband med hantering av människo-

²⁸ Etene, Bioteknologisrådet, Det Ethiske Råd & Smer 2025.

kroppen och dess delar kan berättiga till rimlig ersättning så anser rådet att åtminstone delar av verksamheten inte ligger i linje med intentionen i konventionen.

6 Förfoganderätt

Vem bör ha ägande- och bestämmanderätt över de könsceller och befruktade ägg som förvaras i syfte att användas i assisterad reproduktion? Vad ska man kunna göra med dem? Dessa frågor rör både individers rättigheter och samhällets intressen.

I den här rapporten används begreppet förfoganderätt över könsceller och befruktade ägg. Begreppet är tänkt att fånga olika aspekter av ägande- och bestämmanderätt.

6.1 Dagens situation

Könsceller och befruktade ägg bevaras vid s.k. vävnadsinrättningar som måste ha tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Privata fertilitetskliniker behöver även ha tillstånd från IVO för att få bedriva verksamhet med assisterad befruktning.¹ Någon tydlig förfoganderätt till överblivna befruktade ägg eller nedfrysta spermier och ägg är inte inskriven i lag eller myndighetsföreskrifter. Det finns regler om t.ex. samtycke som träffar de personer som gett upphov till könscellerna eller de befruktade äggen och det finns regler som träffar de vävnadsinrättningar där könscellerna eller de befruktade äggen bevaras. Olika regler gör sig gällande beroende på om könscellerna eller de befruktade äggen bevaras för eget framtida bruk eller om de ska doneras.

När personer fryser ned ägg eller spermier för att kunna få barn i framtiden har de i regel förfoganderätt över sina könsceller, även om denna rätt inte är tydligt reglerad. Många betalar en kostnad för tillvaratagandet och sedan en årlig kostnad för förvaring. Om tillvaratagande och förvaring görs av medicinska skäl kan det även ske inom

¹ 6 kap. 2 § och 7 kap. 4 § lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

den offentliga vården med offentlig finansiering. Det finns inga bestämmelser om hur länge man får förvara könsceller i fryst tillstånd.

När ett par låter frysa ner överblivna befruktade ägg inom ramen för behandling med egna könsceller finns ingen tydlig bestämmelse om förfoganderätten. Om ett befruktat ägg ska föras in i kroppen på en kvinna som är gift eller sambo, får det ske endast om maken eller sambon skriftligen har samtyckt till det.² Makarna kan även ge ett samtycke till forskning på överblivna befruktade ägg. Det tyder på en gemensam förfoganderätt. Men det är inte reglerat vad som kan göras med befruktade ägg i händelse av att makarna separerar.

En donator har bestämmanderätt över sina könsceller fram till den dag de används för insemination eller befruktning. Donatorn ska lämna skriftligt samtycke till att ägget befruktas eller att spermier får användas för insemination eller befruktning. Donatorn får återkalla sitt samtycke fram till dess befruktning eller insemination har skett.³ När ett befruktat ägg tillkommit med hjälp av spermie- och eller äggdonation är det den mottagande part eller den ensamstående kvinna som behandlas som får (en villkorad) förfoganderätt över det.

Ett befruktat ägg får som huvudregel förvaras i fryst tillstånd i högst tio år. Om det finns synnerliga skäl får Socialstyrelsen för särskilda fall medge att tiden för förvaring i fryst tillstånd förlängs och då besluta hur länge.⁴ De befruktade äggen destrueras när tiden har gått ut.

Det finns regler som begränsar möjligheten att ta med sig köns- eller embryon från en vävnadsinrättning. Det ställs krav på att vävnader och celler endast får utlämnas till andra godkända vävnadsinrättningar i Sverige eller EU, eller som ligger i tredjeland och som uppfyller likvärdiga kvalitets- och säkerhetskrav. Det ställs också krav på att den inrättning som vävnaderna och cellerna utlämnas till ska uppfylla kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:32) om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.⁵ Det står inte uttalat att vävnaderna och cellerna inte få användas för behandlingar som inte

² 7 kap. 3 § lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

³ 6 kap. 1a § och 7 kap. 2 § lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

⁴ 5 kap. 4 och 6 §§ lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

⁵ 3 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:31) om vävnadsinrättningar i hälso- och sjukvården m.m.

är tillåtna i Sverige men det kan läsas in indirekt. Det är upp till vårdgivaren att tolka och tillämpa gällande författningar.

I rådets kontakter med professionen och Socialstyrelsen har framkommit att frågor om förfoganderätt aktualiseras i många olika situationer både för patienter och kliniker. Det handlar exempelvis om vad man får göra med nedfrysta befruktade ägg vid separation eller om någon part har avlidit och vilka samtycken som krävs. Det handlar också om att patienter vill ta med könsceller och befruktade ägg både till andra kliniker i Sverige och i utlandet. Skälet kan vara att man vill använda materialet för att genomgå behandling som inte är tillåten i Sverige, som surrogatmoderskap, eller som avråds från, som ivf-behandling när man är äldre. Ett annat skäl kan vara att man blivit nekad behandling på en klinik och vill vända sig till en annan klinik i Sverige.

6.2 Etik

I frågan om vem som bör ha förfogande över frysta könsceller och befruktade ägg som ska användas i assisterad reproduktion gör sig flera grundläggande värden gällande. Några centrala värden är autonomi och integritet, eftersom det handlar om material som kan leda till genetiskt föräldraskap. Autonomi innebär att individen själv ska få bestämma över sin kropp och sitt genetiska material. Den person eller det par som lämnat sina könsceller eller skapat befruktade ägg har ett starkt intresse av att själva kunna förfoga över materialet och avgöra hur det används. När det gäller befruktade ägg som skapats vid inomparsbehandling så kan olika viljor komma i konflikt, särskilt vid en separation eller om en av personerna avlider. En partners vilja att använda ett befruktat ägg kan komma i konflikt med den andra partens vilja att inte använda det. Vid könscells- eller embryodonation finns flera intressenter vars intressen kan komma i konflikt med varandra och det är därför viktigt att det finns tydliga regler för när förfoganderätten övergår från donatorer till mottagare.

Både vid inomparsbehandling och vid donation är samtycke ett grundläggande värde. Det bör finnas samtycke från både givare och mottagare som innebär att materialet bara får användas om berörda personer aktivt godkänt det. Materialet bör inte kunna användas på ett sätt som går utöver vad givaren godkänt.

Regler som exempelvis begränsar förfoganderätten i fråga om hur länge könsceller och befruktade ägg får sparas och om vilken typ av behandling som de får användas till kan även sägas ligga i de blivande barnens intresse. På det här området kan även samhället sägas ha ett intresse av att reglera lagring och användning för att exempelvis upprätthålla säkerhetsstandarder och skydda mot kommersiellt utnyttjande och andra praktiker som kan hota människovärdet.

Det kan finnas konflikter mellan å ena sidan autonomi för de personer som har gett upphov till könsceller och befruktade ägg och å andra sidan de blivande barnens intressen och samhälleliga värden.

6.3 Rådets tidigare ställningstagande

I rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* från 2013 konstaterade rådet att rättsläget i Sverige var oklart vad gäller förfoganderätten till övertaliga befruktade ägg i samband med ivf-behandling. Problemet hade bl.a. uppmärksammats inom sjukvården, exempelvis när någon vill ta med ”sina” befruktade ägg för behandling i ett annat land. Rådet ansåg i rapporten att förfoganderätten till befruktade ägg bör begränsas till det behandlade paret – oavsett om behandlingen skett med egna eller donerade könsceller. Rådet ansåg också att förfoganderätten även till obefruktade ägg och spermier behöver förtydligas och regleras. Vidare framförde rådet att det bör framgå att den som exempelvis fryser ner könsceller för framtida användning har förfoganderätt till dessa och kan begära att få dem utlämnade för behandling i utlandet. Rådet ansåg dock att handel med ägg och spermier fortsatt skulle vara förbjudet.

6.4 Rådets diskussion och ställningstaganden

Fullständigt eller begränsat självbestämmande?

Rådet har fört en diskussion om vilka principer som bör styra förfoganderätten till könsceller och befruktade ägg.

Självbestämmande för de personer som har gett upphov till det genetiska materialet är ett tungt vägande intresse. Rådet anser att

en person som huvudregel själv ska få bestämma över hur det genetiska material som kommer från personen ska användas. När det gäller befruktade ägg som tillkommit vid inomparsbehandling eller vid donationsbehandling av ett par så måste dock båda i paret vara överens om att behandling ska ske, även om paret har separerat och den ena vill använda det befruktade ägget. Detsamma bör gälla vid frågor gällande destruktion eller överföring till annan vävnadsinrättning. Det måste säkerställas att ingen blir förälder genom assisterad reproduktion mot sin vilja.

Rådet har också diskuterat om det finns legitima skäl för att begränsa detta självbestämmande. De regler som finns i Sverige kring hur länge befruktade ägg får bevaras i fryst tillstånd och vilka behandlingar inom assisterad reproduktion som är tillåtna är ju begränsningar av självbestämmandet. Det är för rådet självklart att sådana inskränkningar får förekomma. Även på andra områden finns begränsningar av självbestämmandet. Inte ens äganderätten ger i alla lägen en obegränsad rätt att göra vad man vill med sin egendom. Som beskrivits ovan finns fler värden och intressen att ta hänsyn till än bara självbestämmandet för de personer som gett upphov till könscellerna och de befruktade äggen.

Rådet har särskilt diskuterat olika situationer där personer vill ta med nedfrysta könsceller eller befruktade ägg till en annan klinik i Sverige eller utomlands för behandling där. Den övergripande frågeställningen är om personerna ska ha en oinskränkt rätt eller inte att ta med dem, förutsatt att de utlämnas till en vävnadsinrättning som uppfyller gällande krav på kvalitet och säkerhet. Det finns många olika sådana situationer men rådet anser att det finns en principiell skillnad mellan situationer där den behandling man önskar är tillåten respektive inte tillåten i Sverige.

Behandlingar som är tillåtna i Sverige

En situation som rådet har diskuterat är att en person eller ett par vill ta med könsceller eller befruktade ägg utomlands för att genomgå en behandling som inte är förbjuden men som inte rekommenderas i Sverige, t.ex. när en kvinna i 50-årsåldern vill genomgå ivf-behandling. En annan situation är den där en person eller ett par har könsceller eller befruktade ägg nedfrysta vid en klinik men av någon anled-

ning har blivit nekad behandling där senare i processen, och i stället vill överföra dem till en annan klinik. Även om dessa situationer är sinsemellan olika så är ett gemensamt drag att kliniken har bedömt att personen eller paret inte ska få behandling, men behandlingen som sådan står inte i strid med svensk lag.

Rådet anser att självbestämmande väger tungt, men att detta inte är ett absolut värde som alltid ska väga tyngst. Ett ytterligare argument för att personen ska kunna ta med sina könsceller och befruktade ägg är idén att en sökande ska kunna få en ny bedömning om man nekats. Argument mot att man fritt ska få förfoga över sina könsceller och befruktade ägg i dessa situationer är att behandlingen som nekats kan innebära medicinska risker för den som behandlas eller för det blivande barnet. Enligt rådets bedömning kan balans uppnås genom att tillåta utlämnande men med villkor som säkerställer att beslutet är informerat och att uppenbara riskfall kan fångas upp.

Rådet landar i slutsatsen att könsceller eller befruktade ägg ska kunna lämnas ut för behandlingar som inte är förbjudna men som avråds från eller har nekats vid en klinik, under förutsättning att:

- personen får omfattande rådgivning om de medicinska risker som föreligger och varför behandlingen avråds från eller nekats, och
- det inte föreligger akuta medicinska kontraindikationer som gör behandlingen direkt livsfarlig (detta ligger förstås även på den mottagande kliniken att bedöma).

Denna ordning respekterar människors rätt till självbestämmande över det egna genetiska materialet, samtidigt som den säkerställer att de fattar ett verkligt informerat beslut och att kliniken upprätthåller sin professionella integritet genom att inte medverka till behandlingar där riskerna är uppenbara och oacceptabelt höga.

Rådet anser också att frågan om huruvida information om grunderna för den första kliniken nekande ska delges den mottagande kliniken bör belysas i den fortsatta beredningen. Å ena sidan talar möjligheten för patienten att få en ny förutsättningslös bedömning för att information inte ska delges. Å andra sidan kan sådan information vara viktig för att den nya kliniken ska få ett så fullständigt beslutsunderlag som möjligt.

Om en behandling med befruktade ägg som tillkommit med hjälp av könscellsdonation nekats utifrån den särskilda prövningen

av makarnas, sambornas eller den ensamstående kvinnans medicinska, psykologiska och sociala förhållanden, kan beslutet överklagas till Socialstyrelsens rättsliga råd. Som beskrivits i avsnitt 4.1.4 anser Smer att det behövs en översyn av Rättsliga rådet och att regeringen i den fortsatta beredningen av frågan om särskild prövning också bör låta utreda vilken form av överklagande eller ny bedömning som bör gälla om någon nekas behandling. I en översyn av regleringen av förfoganderätten och möjligheten att få könsceller och befruktade ägg överflyttade till annan klinik bör det klargöras hur detta förhåller sig till möjligheten till överprövning eller ny bedömning av behandling. Smers avsikt är inte att systemet med lämplighetsprövningar ska urholkas.

Behandlingar som inte är tillåtna i Sverige

En annan situation som rådet har diskuterat är när någon vill ta med könsceller eller befruktade ägg utomlands för att genomgå en behandling som inte är tillåten i Sverige, till exempel surrogatmoderskap, användandet av anonyma könscellsdonatorer eller val av kön med hjälp av PGT.

Även i denna situation står flera värden och intressen mot varandra, men avvägningen är mer komplex än i den första situationen eftersom det här handlar om behandlingar som det svenska samhället genom demokratiska processer har bedömt som oetiska och därför förbjudit direkt eller indirekt.

Å ena sidan kan personens rätt till självbestämmande över det egna genetiska materialet anföras som argument. Att neka utlämnande av könsceller eller befruktade ägg kan ses som att man konfirmerar något som tillhör personen baserat på antaganden om vad personen kommer att göra med den. Svenska regler gäller på svenskt territorium, och det som är förbjudet i Sverige kan vara fullt lagligt i andra länder. Personer kan i vilket fall genomföra i Sverige förbjudna behandlingar utomlands genom att använda könsceller eller skapa befruktade ägg där, så man kan hävda att ett förbud mot utlämnande från svenska kliniker är tämligen verkningslöst och på ett orättvist sätt drabbar de som råkar ha material som frysförvarats i Sverige. För vissa personer kan detta vara den enda möjliga vägen till egna genetiska barn.

Å andra sidan finns det principiella skäl till att Sverige har förbjudit vissa behandlingar. När det gäller surrogatmoderskap finns oro för exploatering av kvinnor, kommersialisering av reproduktion, och oklara rättsliga förhållanden kring föräldraskap och barnets rättigheter. När det gäller anonyma donatorer så tar det svenska regelverket fasta på att de blivande barnen ska kunna få kännedom om sitt genetiska arv. I fråga om förbudet mot val av kön med hjälp av PGT så handlar det bland annat om att motverka könsdiskriminering och stereotypa föreställningar om kön. Dessa är inte bara svenska sårintressen utan internationellt omdiskuterade frågor där många länder har restriktiv lagstiftning. Att man skulle ha rätt att få sitt genetiska material utlämnat för sådana behandlingar skulle kunna undergräva legitimiteten i det svenska regelverket och ses som att samhället indirekt sanktionerar praktiker som demokratiskt valda företrädare bedömt som oetiska. Det finns också risk att utlämning för sådana ändamål bidrar till press på internationella marknader för reproduktiva tjänster som Sverige och många andra länder vill motverka.

Rådet har också jämfört med en situation där personer permanent flyttar utomlands och vill ta med sina könsceller eller befruktade ägg. De ingår då i ett annat rättssamhälle med andra regler och normer, och vissa i rådet hävdar att det gör situationen principiellt annorlunda än när svenska medborgare bosatta i Sverige vill ta med sina könsceller eller befruktade ägg utomlands och sedan återvänder till Sverige med barnet. Andra hävdar att dessa två situationer inte tydligt går att särskilja på ett sådant sätt.

Rådet är delat i fråga om vad som är etiskt godtagbart i fråga om att ta med könsceller eller befruktade ägg utomlands för att genomgå en behandling som inte är tillåten i Sverige. En majoritet anser att självbestämmande över det egna genetiska materialet väger tyngst. Att neka utlämnande baserat på vad man antar att personen kommer att göra med materialet i ett annat land innebär att man hindrar någon utifrån handlingar som ännu inte ägt rum och som inte är olagliga i det land där de ska utföras. Dessa rådsmedlemmar betonar att det svenska regelverket gäller på svenskt territorium. Vad som är lagligt i andra länder avgörs av dessa länders lagstiftning och etiska bedömningar. Personer kan i vilket fall genomföra behandlingar utomlands genom att använda könsceller eller skapa befruktade ägg där, så förbudet mot utlämnande från svenska kliniker blir i praktiken

verkningslöst men skapar orättvisa för dem som råkar ha material som frysförvarats här. Dessutom kan det hävdas att när Sverige tillåter sina medborgare att resa utomlands och genomgå behandlingarna (vilket inte är olagligt) men samtidigt hindrar dem från att ta med sitt eget genetiska material, skapas en inkonsekvent situation.

Majoriteten har landat i slutsatsen att könsceller eller befruktade ägg ska kunna lämnas ut på begäran, även när det är känt att materialet ska användas för behandlingar som inte är tillåtna i Sverige, så länge den mottagande kliniken uppfyller kvalitets- och säkerhetsstandarder och det inte föreligger akuta medicinska kontraindikationer som gör behandlingen direkt livsfarlig (detta ligger förstås även på den mottagande kliniken att bedöma).

En minoritet anser tvärtom att könsceller och befruktade ägg inte ska lämnas ut för behandling som inte är tillåten i Sverige. Enligt dessa rådsmedlemmar väger samhällets intresse av att upprätthålla integritet i det svenska regelverket och de värden som ligger bakom förbudet tyngre än den enskildes självbestämmande. Att tillåta svenska kliniker att medverka till något som kan uppfattas som kringgående av svensk lag skulle undergräva det demokratiska beslutsfattandet och sända signaler om att förbud egentligen inte tas på allvar.

Enligt denna linje ska kliniker inte lämna ut könsceller eller befruktade ägg om de har skälig anledning att tro att materialet ska användas för behandlingar som är förbjudna i Sverige. Vid ansökan om utlämnande ska personen deklarerat vad materialet ska användas till. Om personen däremot permanent flyttar utomlands och folkbokför sig i annat land, vilket innebär att personen etablerar sig i ett annat rättssamhälle, är argumenten mot ett utlämnande svagare.

Om det handlar om befruktade ägg som tillkommit med hjälp av könscellsdonation måste också hänsyn tas till donatorns intressen och rättigheter. Donatorn har endast samtyckt till att hans eller hennes könsceller används för behandling som är tillåten i Sverige. Detta betyder enligt hela rådets bedömning att befruktade ägg som tillkommit med hjälp av könscellsdonation inte ska få disponeras för behandling i utlandet.

Tydlig reglering behövs

Frågan om förfoganderätt är också en aspekt inom flera av de andra frågor som rådet diskuterar i denna rapport. Majoritetens ställningstagande för att könsceller från avlidna ska kunna användas inom assisterad reproduktion innebär t.ex. att förfoganderätten över den avlidnes könsceller övergår till den överlevande partnern, om partnern har lämnat samtycke. Rådet har fått kännedom om att kliniker tillåter att könsceller från avlidna sparas även fast användning av dem för närvarande inte är tillåten i Sverige.

Frågor om förfoganderätt är snåriga både etiskt och juridiskt. Rådet anser att regelverket bör ses över och förtydligas så att förfoganderätten över könsceller och befruktade ägg får ett ordentligt lagstöd. Det bör också regleras hur länge spermier och obefruktade ägg ska få sparas. På så sätt minskar också tolkningsutrymmet för de enskilda klinikerna och likabehandlingen ökar.

7 Postum reproduktion – användning av könsceller och befruktade ägg från avlidna personer

Könsceller och befruktade ägg kan användas i assisterad reproduktion även om personerna som har gett upphov till dem har avlidit. En term för detta är postum reproduktion. En form av postum reproduktion är att i efterhand använda könsceller eller befruktade ägg som är nedfrysade inom ramen för en behandling med assisterad reproduktion, när den person som gett upphov till dem har avlidit. En annan form är att könsceller eller vävnad utvinns och fryses ner i samband med att en person dör, för senare användning.

7.1 Situationen i dag

Sverige

Donerade ägg eller spermier från en avliden person får enligt lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. inte användas för insemination eller ivf-behandling.¹ Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska vårdgivaren inför varje behandling med donerade könsceller kontrollera att donatorn är vid liv.²

I Socialstyrelsens tidigare föreskrifter sades att inte heller befruktade ägg från en avliden donator fick användas, i analogi med reglerna om att spermier efter en avliden inte fick användas. Efter att det framkommit att det i vissa fall vid könscellsdonation kunde anses

¹ 6 kap. 4 § och 7 kap. 6 §.

² 4 kap. 13 § SOSFS 2009:32 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.

orimligt att befruktade ägg skulle förstöras då spermiedonatorn avlidit, särskilt i fall där det redan fanns syskon från samme donator, tog Socialstyrelsen 2022 bort bestämmelsen ur föreskrifterna så att det skulle stå klinikerna fritt att göra en lämplighetsbedömning från fall till fall. Från 2022 gäller enligt Socialstyrelsens allmänna råd att om det finns befruktade ägg bevarade i fryst tillstånd efter en avliden donator, bör vårdgivaren primärt ta hänsyn till det blivande barnets rätt att söka kontakt med den donator som har medverkat till dess tillkomst. Men i en sådan situation kan vårdgivaren bedöma om det i vissa fall finns skäl för att ändå genomföra en behandling med befruktade ägg.³ En öppning för att använda befruktade ägg ges i och med detta i situationer där ägg- eller spermiedonatorn är avliden.

När det gäller inomparsbehandling med insemination eller befruktning utanför kroppen stipuleras i lagen om genetisk integritet m.m. att kvinnan ska vara gift eller sambo med mannen vars spermier används. Om kvinnan är gift eller sambo, får en insemination göras eller ett befruktat ägg föras in i kvinnans kropp endast om maken eller sambon skriftligen har samtyckt till det.⁴ Av Socialstyrelsens föreskrifter framgår att om det befruktade ägget har förvarats i fryst tillstånd efter att samtycke lämnats, ska makens/sambons samtycke på nytt hämtas in.⁵

Socialstyrelsen har fått många frågor om möjligheten för en kvinna att använda frysta befruktade ägg efter en avliden make/sambo. Myndigheten har dock inte tagit ställning till vad som gäller i dessa fall. Det finns inget uttryckligt förbud i lag mot att använda befruktade ägg som förvarats i fryst tillstånd för behandling efter en avliden make/sambo. En make/sambo som avlidit har inga möjligheter att samtycka till faderskapet innan embryot förs in i kvinnan. Den kvinna som behandlas med frysta embryon efter en avliden make/sambo blir därför att betrakta som ensamstående förälder, men samtidigt är inte den avlidne maken/sambon att betrakta som donator. Smer har på senare tid fått frågor från anhöriga som vill att en avliden makes spermier ska kunna användas av änkan.

Högsta domstolen har i juli 2025 fastställt faderskapet för en gift man som avlidit under pågående ivf-behandling innan det be-

³ 4 kap. 13 § SOSFS 2009:32 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.

⁴ 6 kap. 1b § och 7 kap. 3 § lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

⁵ 4 kap. 3 § tredje stycket SOSFS 2009:32 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.

fruktade ägget hade satts in i hans hustrus kropp. Behandlingen ägde rum i Ryssland. Tingsrätten gjorde bedömningen att mannen inte kunde fastställas som barnets fader, främst utifrån att användandet av spermier från en avliden donator inte är tillåtet vid en assisterad befruktning som sker på en klinik i Sverige. Inte minst arvsrättsligt skulle det enligt tingsrätten kunna få stora konsekvenser att tillåta fastställelse av faderskap i situationer där befruktning utanför moderns kropp skett efter det att mannen avlidit. Hovrätten gjorde sen en annan bedömning av gällande rätt och fastställde mannen som far enligt föräldrabalken. I domen hänvisades till att lagstiftaren där har valt att endast ange ett undantag för när faderskap kan fastställas, nämligen när en man är spermiedonator. Enligt hovrätten talar barnets bästa och barnets rätt till kunskap om sitt ursprung starkt för att faderskapet ska kunna fastställas i den här typen av situation. De konsekvenser ett fastställande av faderskapet eventuellt kan få för dödsboet leder inte till någon annan bedömning. Högsta domstolen fastställde hovrättens domslut.⁶

Varken Smer eller Socialstyrelsen har uppfattat att det finns efterfrågan i Sverige på att tillvarata spermier i samband med eller efter döden.

Andra länder

Enligt en sammanställning av lagstiftningen 2022 i 43 europeiska länder var det då tillåtet att använda spermier, ägg och eller befruktade ägg från avlidna personer i 16 av länderna. I Norden var det tillåtet i Danmark och Norge. I de flesta av länderna finns en tidsgräns för hur länge efter döden som könsceller och befruktade ägg får användas, och i de flesta länderna krävs samtycke från den avlidna.⁷

Italien har nyligen genomfört ändringar i sina riktlinjer som innebär att befruktade ägg från en inomparsbehandling får sättas in i en kvinna både om hennes man har dött och om de har separerat. Grunden är principen att ett samtycke till assisterad befruktning blir oåterkalleligt i och med att befruktning har ägt rum, eftersom

⁶ Lexnova nyheter (2024) och Högsta domstolens dom 2025-07-30 i mål nr T 2252-24.

⁷ European IVF-Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Calhaz-Jorge, C., Smeenk, J. m.fl. 2024.

det befruktade ägget då anses ha ett mycket starkt intresse av att bli fött.⁸

I ett uppmärksammat fall i Storbritannien har en man fått rätt att använda ett befruktat ägg som skapats genom provrörsbefruktning med hans sedermera avlidna hustru för surrogatmoderskap, trots att hustrun inte hade lämnat något skriftligt samtycke till denna användning.⁹

I Ukraina antogs i november 2022 en lag som gör det möjligt för soldater att frysa in spermier eller ägg gratis. Från februari 2024 tillåts även användning av de nedfrusna könscellerna efter döden.¹⁰

När det gäller spermieuttag efter döden så verkar det framför allt förekomma i Israel och USA, men också i enstaka fall i andra länder. Israel har en väldigt tillåtande hållning, där både änkor och föräldrar till stupade soldater kan begära att spermieuttag görs efter döden. Något samtycke från den avlidne krävs inte.¹¹ I USA är metoden oregerad och det är upp till varje klinik att avgöra om den kan genomföras eller inte.

7.2 Forskning

Rådet har inte funnit någon empirisk forskning som specifikt handlar om hur barn påverkas av att ha blivit till med hjälp av könsceller från en avlidne person. Däremot finns det forskning om att växa upp med en ensamstående förälder. Den utredning som 2014 föreslog att ensamstående skulle få tillgång till assisterad befruktning påpekade att 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. 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. Utredningens genomgång av forskning om barn till ensamstående kvinnor som får barn genom assisterad befruktning med donerade spermier visade att dessa barn i

⁸ Raimondi, C., Casella, C. m.fl. 2025.

⁹ Zakreski, K. 2022.

¹⁰ Jönsson, E. 2024.

¹¹ Amir, R. & Ravitsky, V. 2024.

allmänhet inte får sämre uppväxtvillkor än sådana barn som växer upp med två föräldrar.¹²

Det finns bara lite forskning kring assisterad befruktning med könsceller som utvunnits post mortem. I en artikel sammanfattas fynd från sju fall där barn har fötts efter en sådan procedur, som författarna har funnit i litteraturen. De fyra barn som hade följts upp till 1, 4, 5 och 7 års ålder uppvisade en normal utveckling. Författarna anser dock att mer forskning om genetik, epigenetik samt fostrens och barnens utveckling behövs innan spermier tas ut post mortem för assisterad befruktning.¹³

7.3 Etik

Värden och intressen

Att använda nedfrysta ägg, spermier och befruktade ägg från avlidna personer väcker frågor kring reproduktiv autonomi, samtycke, barnets bästa, naturlighet och vidare konsekvenser för samhället.

Reproduktiv autonomi innebär att man ska ha möjlighet att fatta beslut om graviditet och föräldraskap i enlighet med sina värderingar, planer och önskemål. Reproduktiv autonomi skulle kunna sägas omfatta möjligheten att få barn med sin avlidna partners könsceller eller med könsceller från en avliden donator för att till exempel få genetiska helsyskon till sina redan existerande barn. Även möjligheten att ge upphov till barn efter sin död om man så önskar skulle kunna omfattas. Men här väcks frågor om samtycke. Hur kan man säkerställa att ett samtycke är giltigt när en person är död?

Samtidigt har barn ett intresse av att få så bra uppväxtvillkor som möjligt. Barn har också rätt till autonomi med innebörden att inte ha förväntningar på sig att leva upp till vissa krav eller likhet med någon. Ett barn ska inte behöva bli instrumentaliserat i bemärkelsen att det kommer till för att en förälder vill försöka bevara en död partner.

Det kan alltså finnas en intressemotsättning mellan å ena sidan de blivande föräldrarnas intresse av att använda könsceller från avlidna och å andra sidan barnens intresse av att få så bra uppväxtvillkor som möjligt. På en övergripande nivå handlar det också om

¹² SOU 2014:29.

¹³ Tarín J.J., García-Pérez, M. A. & Cano A. 2022.

gränserna för hur långt vi som samhälle ska sträcka oss när det gäller assisterad reproduktion. Döden kan ses som en naturlig gräns bortom vilken människor inte bör ha rätt att reproducera sig, och ett tillåtande av postum reproduktion kan väcka farhågor om att det kommer att öppna upp för andra praktiker som kan anses vara etiskt tvivelaktiga.

En grupp inom European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) gav 2006 ut riktlinjer om postum assisterad reproduktion. De anser att det är acceptabelt att en person använder könsceller och donerade ägg från sin avlidna partner om den avlidna personen har lämnat sitt samtycke, den kvarvarande partnern får omfattande vägledning och det går minst ett år innan behandling påbörjas. ESHRE rekommenderar dessutom en övre tidsgräns på fem år inom vilken barnen måste födas. Detta för att säkerställa ett praktiskt arrangemang kring arvsfrågorna, där barnet bör ha samma arvsrätt som eventuella syskon som fötts medan föräldern var vid liv.¹⁴

Etikommittén vid American Society for Reproductive Medicine gav ut riktlinjer om postum reproduktion 2018. Kommittén anser att utvinning eller användning av könsceller och embryon för reproduktiva ändamål är etiskt försvarbart om det finns ett skriftligt samtycke från den avlidna. I avsaknad av skriftligt samtycke kan postum reproduktion ändå övervägas om den efterlevande maken eller partnern begär det. Det är enligt kommittén mycket viktigt att ge tillräckligt med tid för sorgebearbetning och rådgivning före och under processen.¹⁵

Argument för och emot en användning av könsceller och befruktade ägg från avlidna personer

Argument för

- Det ger par/personer en möjlighet att fullfölja en påbörjad ivf-behandling.
- Man bör själv få bestämma om, hur och av vem ens könsceller ska få användas, även efter döden.
- Behandlingssituationen vid inomparsbehandling kan jämföras med att en kvinnas partner avlider under graviditeten.

¹⁴ ESHRE Task Force on Ethics and Law, Pennings, G., de Wert, G. m.fl. (2006).

¹⁵ Daar, J., Benward, J. m.fl. (2018).

- Behandlingssituationen vid inomparsbehandling kan jämföras med assisterad befruktning för ensamstående. Det kan vara bättre att barnet får kännedom om sitt ursprung och en släkthistoria från födseln.

Argument mot

- Metoden innebär en ytterligare teknifiering av fortplantningsprocessen. Döden är en naturlig gräns.
- Det kan uppstå svårigheter kring samtyckesförfarandet – kan det t.ex. behöva förnyas i vissa fall?
- Det kan ifrågasättas om man ska kunna samtycka till befruktning som kommer ske efter döden.
- Arvsfrågor kan inte lösas innan alla könsceller respektive befruktade ägg har använts eller destruerats, vilket blir orimligt.
- Det föreligger kunskapsluckor vad gäller eventuella negativa psykologiska konsekvenser för barnet.
- Vilka vidare, oförutsedda, samhällsliga konsekvenser förfarandet kan innebära är okänt. Om en begränsad användning blir tillåten kan det medföra att en vidare användning accepteras, t.ex. tillvaratagande av könsceller från barn. Ska närstående kunna ”ärva” en anhörigs nedfrysta könsceller?
- Det finns risk för ”missbruk” dvs. att donerade könsceller används på annat sätt än avsett (t.ex. handel med könsceller).

7.4 Rådets tidigare ställningstagande

I rådets rapport *Assisterad befruktning – etiska aspekter* från 2013 anförde en majoritet i rådet att det bör vara möjligt för ett par/person att fullfölja en påbörjad ivf-behandling med nedfrysta befruktade ägg även om ägg- eller spermiegivaren har avlidit. Den främsta anledningen till att tillåta detta var enligt majoriteten humanitära skäl – av hänsyn till de personer som genomgår assisterad befruktning och råkar ut för den omständigheten att donatorn eller partnern avlider. En förutsättning för användning av befruktade ägg från avlidna ägg-

eller spermiegivare ansågs vara att informerat samtycke från givaren föreligger. Majoriteten i rådet ansåg att det även ska vara möjligt att använda obefruktade ägg och spermier från en avliden person för att fullfölja en påbörjad fertilitetsbehandling. Den situation som främst åsyftades är när ett par har påbörjat fertilitetsbehandling med makes/sambos spermier och mannen avlider under pågående behandling. En förutsättning för användning av könsceller och befruktade ägg från avlidna ägg- eller spermiegivare enligt ovan är att informerat samtycke från givaren föreligger.

En minoritet i rådet ansåg att användning av ägg, spermier och befruktade ägg från avlidna personer även fortsättningsvis ska vara förbjudet. Ett fortsatt förbud motiverades främst med hänvisning till de blivande barnen. Man visste inget om hur barn påverkas av kunskapen om att den genetiska föräldern var avliden vid dess tillkomst. Minoriteten hänvisade även till att det inte går att säkerställa ägg- eller spermiedonatorns samtycke när donatorn har avlidit och att förfarandet innebär en ytterligare teknifiering av fortplantningsprocessen vars konsekvenser är helt okända. Om man tillåter användning av könsceller från avlidna personer i vissa situationer ansågs risken vara stor för att en vidare användning lättare accepteras. Att tillåta detta kan leda till samhälleliga konsekvenser som är svåra att förutse. Dessutom kan förfarandet leda till handel och missbruk.

7.5 Rådets diskussion och ställningstaganden

Rådets utgångspunkt för diskussionen har varit användning av könsceller eller befruktade ägg från avlidna personer inom ramen för assisterad reproduktion. Diskussionen har från början handlat om huruvida postum reproduktion kan vara etiskt acceptabelt om en person eller donator avlider inom ramen för pågående behandling med assisterad reproduktion, men har också sträckt sig till att omfatta postum reproduktion även i andra fall. I likhet med 2013 har rådet diskuterat och jämfört olika situationer där det finns nedfrysta könsceller eller befruktade ägg kvar inom ramen för en fertilitetsbehandling med antingen egna eller donerade könsceller eller befruktade ägg.

Döden som naturlig gräns

I många frågor inom assisterad reproduktion har argument om vad som anses vara naturligt kommit alltmer i skymundan medan argument om barnets bästa har blivit vanligare. I rådets diskussion om användning av könsceller och befruktade ägg från avlidna har dock flera rådsmedlemmar frågat sig om döden ändå inte utgör en naturlig gräns för när assisterad reproduktion ska få användas, som inte bör överskridas.

Andra har resonerat i termer av att det är en väldigt liten skillnad mellan att ett barn avlas precis innan och precis efter en person avlider. I båda fallen kommer barnet att växa upp med en avliden förälder.

Den avlidnes intressen

Enligt rådet kan en person ha ett befogat intresse av att hans könsceller eller befruktade ägg kan användas efter döden. Denna vilja måste vara tydligt uttryckt i ett skriftligt informerat samtycke. Samtycket måste gälla att bli förälder efter sin död, inte bara till behandling medan man fortfarande är i livet.

Det blivande barnets intressen

Ett av huvudargumenten mot assisterad reproduktion med könsceller från avlidna personer är att det skulle kunna få negativa psykologiska konsekvenser för barnet. Studier visar att det har stor betydelse för barnet att få kännedom om sitt ursprung och att en del barn som tillkommit med hjälp av donerade könsceller har en önskan om att träffa donatorn. Det finns emellertid inga vetenskapliga studier eller andra fakta kring om barn far illa av att ha tillkommit med hjälp av könsceller eller donerade ägg från avlidna, oavsett om det rör sig om en donator eller om en avliden partner till en kvarvarande förälder.

När det gäller donationsbehandling är det svårt att dra slutsatser kring hur ett barn eventuellt påverkas av vetskapen om att det tillkommit genom könsceller eller befruktade ägg från en avliden donator. Den eller de föräldrar som barnet växer upp med är troligen be-

tydligt viktigare för barnet än donatorn. Men möjligheten att kontakta och träffa donatorn går förlorad. Det skulle dock kunna gå att ge barnet information om donatorn även om personen har avlidit.

När det gäller situationer där det är en av de genetiska föräldrarna som avlider så finns en förälder kvar som kan ge barnet kunskap om dess ursprung. Dock finns risk att den kvarvarande föräldern är i en sorgprocess som kan inverka menligt på barnet. Det kan också finnas situationer där den kvarvarande föräldern vill ha ett barn med hjälp av den avlidna partners könsceller för att på något sätt hålla kvar den personen i livet. Möjligen kan även detta inverka menligt på barnet. Det är enligt rådet viktigt att barnet inte enbart blir ett instrument i den efterlevandes sorg över en förlorad partner.

Postum reproduktion som inte sker inom en pågående behandling med assisterad reproduktion

Rådet har också väckt frågan om det finns etiskt relevanta skillnader mellan användning av könsceller från avlidna personer beroende på om könscellerna frysts ner i samband med en behandling inom assisterad reproduktion eller i samband med att en person i ett par dör men paret inte är under sådan behandling. Paret kan ju ha försökt att få barn på det vanliga sättet men ännu inte lyckats. Rådet har funnit att de två situationerna är lika varandra ur etiskt hänseende men inte fördjupat denna analys. En möjlig skillnad som har diskuterats är förutsättningarna för samtycke. Rådet har ställt sig frågan om det finns förutsättningar att ge ett verkligt informerat samtycke till att bli förälder efter sin död i en situation där man håller på att dö. De flesta i rådet anser att det går att göra det.

Rådets ställningstaganden

Liksom i rapporten från 2013 anser en majoritet i rådet att det finns situationer där könsceller och befruktade ägg från avlidna personer bör kunna användas i assisterad reproduktion.

Det bör vara möjligt för ett par eller en person att fullfölja en påbörjad ivf-behandling med nedfrysta befruktade ägg även om ägg- eller spermiegivaren har avlidit. Det bör också vara möjligt för en

person i ett par som behandlas med egna könsceller att fullfölja behandlingen om den ena parten avlider. Här åsyftas i första hand en situation där mannen i ett par dör. Om det är kvinnan som lever kan hon genomgå behandling och bli gravid. Om det är kvinnan som avlider måste mannen anlita en surrogatmoder eller en ny partner för att den avlidna kvinnans ägg ska kunna ge upphov till barn. De rådsmedlemmar som är emot surrogatmoderskap är också emot att möjligheten för kvinnor att få barn postumt öppnas upp i de fall det förutsätter surrogatmoderskap. Flera av de rådsmedlemmar som anser att surrogatmoderskap är etiskt acceptabelt anser också att det kan användas för postum reproduktion. Detta kräver att förfoganderätten till könscellerna övergår till partnern vid döden.

Liksom tidigare anser majoriteten av rådsledamöterna att den främsta anledningen till att tillåta postum reproduktion i dessa fall är omsorg om de personer som genomgår behandling inom assisterad reproduktion och råkar ut för den omständigheten att donatorn eller partnern avlider. De är rimligt att de ska kunna fullfölja en påbörjad behandling. Ett villkor för att det ska tillåtas är att den avlidna personen tidigare har lämnat ett samtycke som explicit handlar om att könscellerna eller de befruktade äggen ska få användas efter att personen har avlidit.

Samtidigt är rådet medvetet om att flera svåra frågor måste lösas om detta ska bli verklighet, till exempel frågor om arv när det rör sig om inomparsdonation. Det är enklare i det fall det är en donator som har avlidit, då finns ingen arvsrätt. Det måste också ställas upp gränser för hur lång tid efter döden som könsceller och befruktade ägg ska kunna användas.

En majoritet av rådets medlemmar anser att frågan måste utredas och få en reglering i lag. Socialstyrelsens allmänna råd bör få ett tydligt lagstöd.

En minoritet av rådets medlemmar anser att användning av ägg, spermier och befruktade ägg från avlidna personer även fortsättningsvis ska vara förbjudet. De främsta skälen är att det kan vara negativt för barnet och att det är en naturlig gräns som passeras.

När det gäller frågan om det också ska gå att tillvarata könsceller i samband med personers död för att använda i assisterad reproduktion så ser rådet inte att det finns någon efterfrågan i Sverige på detta. I dagsläget är det inte angeläget att just denna fråga utreds vidare.

8 Surrogatmoderskap

8.1 Definitioner

Surrogatmoderskap 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 själva kan eller vill bära fram ett barn.

I Sverige används oftast termerna ”surrogatmoderskap” eller ”surrogatmödraskap” för att beskriva denna metod, men även uttrycket ”värdmoderskap” används medan en del teoretiker använder uttrycket ”kontrakterade havandeskap”. Rådet har övervägt att använda termen ”värdmoderskap” men eftersom ”surrogatmoderskap” är den etablerade termen i Sverige kommer den att användas här.

Befruktningen i ett surrogatarrangemang äger vanligen rum med hjälp av ivf. Ägget kommer då antingen från den tilltänkta modern eller en äggdonator. Spermien kan komma från antingen en tilltänkt fader eller en spermiedonator. I de fall ägget kommer från någon annan än surrogatmodern kallas surrogatmoderskapet *fullständigt*. Surrogatmodern bär fram och föder barnet och har därmed ett biologiskt samband till barnet, men inte ett genetiskt. Om ägg och/eller spermier kommer från en eller båda de tilltänkta föräldrarna har den eller de personerna ett genetiskt samband med barnet, annars inte. Barnet kan alltså ha genetiskt samband till en, två eller ingen av de tilltänkta föräldrarna. Tidigare förekom i större utsträckning att surrogatmoderns eget ägg användes. I sådana fall brukar surrogatmoderskapet kallas *partiellt*. Surrogatmodern har i dessa fall både genetiskt och biologiskt samband till barnet.

Man brukar också skilja på *altruistiskt* och *kommersiellt* surrogatmoderskap. Vid altruistiskt surrogatmoderskap föreligger inga ekonomiska vinstsyften bakom överenskommelsen. Surrogatmodern får eventuellt ersättning för utgifter direkt relaterade till graviditeten,

eller ingen ersättning alls. Altruistiskt surrogatmoderskap som metod inom assisterad befruktning tillämpas i till exempel Storbritannien, Nederländerna och Kanada. Ibland ifrågasätts dock om arrangemangen är helt altruistiska med tanke på att ganska höga ersättningsnivåer kan förekomma.

Vid kommersiellt surrogatmoderskap betalar de tilltänkta föräldrarna ut ersättning till surrogatmodern och fertilitetskliniken utöver de utgifter som uppstår i samband med en graviditet. Denna typ av surrogatarrangemang tillämpas i bl.a. Georgien, Colombia och flera delstater i USA.

8.2 Sveriges regelverk

8.2.1 Surrogatarrangemang i Sverige

I svensk rätt gäller den så kallade mater est-regeln, vilken är en allmän rättsprincip som anger att den kvinna som föder ett barn anses vara barnets mor. Surrogatmoderskap är inte uttryckligen förbjudet i lag, men av de bestämmelser som reglerar assisterad befruktning i 6–7 kapitlen lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. följer att metoden inte får tillämpas inom hälso- och sjukvården. Det finns också en bestämmelse i föräldrabalken¹ om att den kvinna som föder ett barn efter äggdonation ska anses som barnets rättsliga mor. Bestämmelsen infördes i samband med att äggdonation blev tillåtet i Sverige år 2003 eftersom det då ansågs nödvändigt att förtydliga regelverket. I samma lagstiftningsärende behandlades surrogatmoderskap men regeringen ansåg att det inte kunde anses förenligt med människovärdesprincipen att använda en annan kvinna som medel för att lösa ett barnlöst pors problem.

Till följd av ett tillkännagivande i riksdagen gav regeringen 2013 en utredare i uppdrag att bland annat ta ställning till om surrogatmoderskap i någon form ska tillåtas i Sverige och om det behövs särskilda regler för de barn som tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands. Utredningen, som presenterades 2016, ansåg att kommersiellt eller altruistiskt surrogatmoderskap inte borde tillåtas inom svensk hälso- och sjukvård.²

¹ 4 kap. 7 §.

² SOU 2016:11.

8.2.2 Surrogatarrangemang i utlandet

När ett barn har tillkommit med hjälp av surrogatarrangemang i utlandet måste en rad beslut tas för att barnet ska få de tilltänkta föräldrarna som vårdnadshavare i Sverige. I de länder där surrogatarrangemangen utförs erkänns ofta de tilltänkta föräldrarna som barnets rättsliga föräldrar, medan det enligt svensk rätt är surrogatmodern och hennes eventuella make som är barnets rättsliga föräldrar. En rad beslut måste tas för att barnet ska få de tilltänkta föräldrarna som vårdnadshavare i Sverige.

Direkt efter födseln ska faderskapet fastställas i Sverige, genom bekräftelse eller dom, beroende på hur lagstiftningen om faderskap ser ut i det land där barnet är fött. Nästa steg är att överföra vårdnaden till pappan – i annat fall skulle den som har fött barnet, dvs surrogatmammans, bli ensam vårdnadshavare. Därefter kan även den andra tilltänkta föräldern erkännas som förälder genom en s.k. närstående-adoption. I många fall bifalls en sådan ansökan.

Beträffande surrogatarrangemang i utlandet valde nämnda utredning att inte föreslå några nya regler om registrering eller erkännande av fader- eller moderskap enligt utländska avgöranden eller ändringar i de materiella reglerna i föräldrabalken om moderskap, faderskap och föräldraskap. I den efterföljande propositionen³ diskuterades frågan om föräldraskap vid surrogatarrangemang i utlandet. Regeringen ansåg det svårt att förena åtgärder som syftar till att underlätta för svenska medborgare att genomgå kommersiella surrogatarrangemang i utlandet med inställningen att det inte är godtagbart med sådana arrangemang. Principen om barnets bästa ansågs dock kräva vissa författningsändringar, bland annat en bestämmelse som underlättar för män att få fastställt sitt faderskap efter ett surrogatarrangemang utomlands. Någon reglering om erkännande av utländska avgöranden om moderskap finns inte i svensk lagstiftning.

Regeringen gav dessutom Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd som ger vägledning för de myndigheter och domstolar som kan komma att hantera frågor som rör surrogatarrangemang i utlandet.

I en del fall saknas möjlighet för ett barn som tillkommit genom ett surrogatarrangemang i utlandet att få båda eller en tilltänkt förälder som rättsliga företrädare i Sverige. Det är främst i de fall där

³ Prop. 2017/18:155, s. 39 ff.

de tilltänkta föräldrarna har separerat eller där båda de tilltänkta föräldrarna behöver adoptera som problem kan uppstå. I dessa fall är det inte säkert att en adoptionsansökan kan bifallas, bland annat eftersom en gemensam adoption förutsätter att de tilltänkta föräldrarna fortfarande är gifta eller sambor och att den andra föräldern samtycker till adoptionen. I två domar från 2019⁴ har Högsta domstolen fastställt utländska avgöranden om moderskap trots att det saknas lagstöd för detta. Det ena fallet handlade om en tilltänkt mor som hade separerat från den tilltänka fadern. Den tilltänkta faderns faderskap hade fastställts av en svensk domstol och om den tilltänkta modern då skulle adoptera barnet skulle faderns föräldraskap utsläckas. Detta ansåg HD inte var för barnets bästa. HD:s slutsats blev i stället att det i svensk rätt för närvarande inte fanns något annat sätt att tillgodose barnets rätt till privatliv och uppfylla principen om barnets bästa än att erkänna den amerikanska domen i Sverige. I det andra fallet hade den tilltänkta modern skaffat barnet som ensamstående och hade i lägre instans fått avslag både på att få den amerikanska domen om moderskap fastställd och på en ansökan om adoption.

Regeringen tillsatte i februari 2020 en utredning med uppdrag att bland annat analysera regelverket för barn i Sverige som har tillkommit genom ett internationellt surrogatarrangemang. Utredningen påpekar i sitt betänkande⁵ att svensk lagstiftning behöver anpassas för att uppfylla Sveriges konventionsåtaganden. Barnets rättigheter enligt Europakonventionen har bedömts kräva att en rättslig relation kan etableras till båda de tilltänkta föräldrarna, åtminstone när det har uppkommit en faktisk familjerelation mellan barnet och den tilltänkta föräldern. Att det i Sverige i vissa fall saknas förutsebara och tydliga regler om vad som gäller för det rättsliga föräldraskapet för barn i dessa situationer försätter framför allt barnet i en rättsligt osäker situation. Utredningen har föreslagit flera undantag i adoptionsreglerna när det finns synnerliga skäl att bifalla adoptionsansökan för att bekräfta en faktisk familjerelation. Förslaget har remitterats men i skrivande stund (december 2025) inte resulterat i någon lagstiftning.

⁴ Högsta domstolens dom 2019-06-13 i mål nr Ö 3462-18 Det kaliforniska surrogatarrangemanget och Högsta domstolens dom 2019-12-17 i mål nr Ö 3622-19 Surrogatarrangemanget i Arkansas.

⁵ SOU 2021:56.

8.3 Situationen i dag

Sverige

Antalet svenska barn som blir till med hjälp av surrogatarrangemang har sannolikt ökat. Det finns dock ingen officiell statistik. En ofta citerad uppgift är 215 barn 2019, vilken redovisades av en advokatbyrå.⁶ Tidningen Dagens ETC har gått igenom alla domstolsärenden som innehåller formuleringar om surrogat under 2022 och 2023 och fått fram 116 hushåll med sammanlagt 132 barn.⁷

2016 startade den första svenska surrogatförmedlingen sin verksamhet. Den var agent för ett israeliskt bolag med längre erfarenhet. Det finns i dag ett par svenska förmedlingar, men också utländska förmedlingar som vänder sig till den svenska marknaden.

Enligt tidningen Dagens ETC:s granskning var Ukraina och Georgien de klart vanligaste valen av land för processen bland heterosexuella. Dessa två stater tillåter dock inte samkönade par att anlita en surrogatmoder. För samkönade par – varav samtliga var män – var i stället Colombia och USA de vanligaste länderna. Sedan kriget bröt ut i Ukraina har antalet svenskar som anlitar surrogatmödrar där sjunkit drastiskt. Det förekommer också att svenskar låter utföra arrangemanget i utlandet med en vän eller nära anhörig som surrogatmamma, för att sedan låta den födande kvinnan adoptera bort barnet till den genetiska modern.

Enligt en studie från 2015 där 15 svenska par (olikkönade och samkönade manliga) som fått barn genom surrogatmoderskap utomlands (10 i Indien och 5 i USA eller Nordeuropa), sågs surrogatmoderskap som en sista utväg för att få barn. Många av de tilltänkta föräldrarna som använde indiska surrogatmödrar påverkades av mediediskurserna om surrogatmoderskap, särskilt fokuseringen på surrogatmödrarnas utsatta situation. När de undersökte surrogatmoderskap hittade de dock andra informationskällor (t.ex. internetforum för personer som använt sig av metoden) som gav nya perspektiv som uppvägde den negativa bild av surrogatmoderskap som medierna gav. Par som hade vänt sig till Indien kände ett behov av att ta ställning till argumenten om exploatering. De hänvisade till den ekonomiska ersättningen till surrogatmodern som den enda möjligheten för henne att förbättra sin ekonomiska situation och börja ett bättre liv. Vissa kände dock

⁶ Canoilas, V. 2020.

⁷ Linderoth, S. 2024.

osäkerhet kring hur det gått för surrogatmodern, och argumenterade för att legalisera surrogatmoderskap i Sverige eftersom det skulle skydda alla inblandade parter intressen. De som använt västerländska surrogatmödrar hänvisade till att dessa gjorde det av altruistiska skäl (trots att arrangemanget var kommersiellt) och att de hade en bra kontakt med surrogatmodern.⁸

I medier har det rapporterats att tvillingfödelse är betydligt vanligare vid surrogatarrangemang i utlandet än när barn föds i Sverige, eftersom vissa kliniker i utlandet sätter in flera befruktade ägg. Vid assisterad befruktning i Sverige sätts som regel endast ett befruktat ägg in eftersom tvillinggraviditet är förknippad med ökade medicinska risker för både fostret och den som är gravid.⁹

Andra länder

Inom EU är surrogatarrangemang explicit eller implicit förbjudna i 14 länder medan altruistiska arrangemang är tillåtna i sex länder. I övriga länder är frågan oreglerad. Även i Storbritannien, Kanada och vissa territorier i Australien är altruistiskt surrogatmoderskap tillåtet medan kommersiellt är förbjudet.¹⁰ I t.ex. Georgien, Ukraina och vissa delstater i USA är kommersiellt surrogatmoderskap tillåtet, även för utlänningar.

Den internationella marknaden för surrogatmoderskap växer. Drivkrafterna bakom detta är att människor väljer att skaffa barn senare i livet, då fertiliteten har gått ner, att internationella adoptioner minskar och att nya familjebildningar blir mer och mer accepterade, t.ex. familjer som består av barn och två pappor. Det finns också kommersiella intressen som bidrar. Den globala efterfrågan på surrogatmoderskap drivs främst av tilltänkta föräldrar från relativt välbärgade västländer och innebär nästan alltid att personer från en viss ekonomisk miljö köper surrogattjänster från personer i en mindre välbärgad miljö.¹¹

Ett skäl för att använda surrogatmödrar i andra länder kan vara att det är förbjudet i hemlandet, för alla eller för vissa grupper, som samkönade eller ogifta par. Men även från länder som Storbritannien

⁸ Arvidsson, A., Johnsdotter, S. & Essén, B. 2015.

⁹ Efendic, N., Bergenmar, J. m.fl. 2025.

¹⁰ de Groot, D. 2025.

¹¹ Horsey, K. 2024.

och Australien, som tillåter altruistiskt surrogatmoderskap, åker tilltänkta föräldrar utomlands. Skälen kan i sådana fall vara att undvika långa väntetider och ett krångligt regelverk, samt att få tillgång till fler potentiella surrogatmödrar.¹² En undersökning bland brittiska tilltänkta föräldrar visar att skäl som professionalism, legala möjligheter att bli förälder, tillit till systemet och kostnader spelar in när man väljer land. Vissa angav det altruistiska systemet som fördel när det gäller Kanada.¹³ Möjligheten att kunna utveckla en relation med surrogatmodern har också angetts som ett viktigt skäl.¹⁴

Det sker ständiga förändringar i vilka länder som tilltänkta föräldrar väljer. Vid sidan om de mer etablerade länderna där surrogatarrangemang är tillåtna och reglerade, framträder andra där verksamheten är oreglerad. Exempel på sådana länder är Colombia, Argentina, Kazakstan, Nigeria och Ghana. I Colombia pågår dock diskussioner om en reglering och i Argentina har domstolar försvårat för de tilltänkta föräldrarna att få vårdnaden om barnen. Bland andra Indien, Thailand, Nepal och Kambodja, som tidigare var mer eller mindre populära destinationer, har förbjudit kommersiellt surrogatmoderskap för utlänningar. I Ukraina diskuteras ett sådant förbud. I Thailand diskuteras i stället en ny tillåtande reglering. Italien har kriminaliserat användandet av surrogatmödrar i andra länder.

Illegal surrogatverksamhet pågår också. På senare tid har sådan verksamhet avslöjats i bl.a. Grekland, där personal på en klinik anklagas för att ha tvingat 169 kvinnor, de flesta från europeiska länder, att bli äggdonatorer och surrogatmödrar och att ha tagit betalt av tilltänkta föräldrar för kommersiella surrogatarrangemang, och Kambodja, dit 20 filippinska kvinnor och fyra vietnamesiska kvinnor förts för att förse ett syndikat för spädbarnshandel med barn.¹⁵ I Grekland, som tillåter altruistiskt surrogatmoderskap men där omfattande ersättning kan ges till surrogatmodern, har skandalen lett till ett förbud för utlänningar att använda surrogatmoderskap i landet.

¹² Horsey, K. 2024.

¹³ Fenton-Glynn, C. 2022.

¹⁴ Kneebone E., Beilby, K. & Hammarberg, K. 2022.

¹⁵ Sowry, B. 2024.

8.4 Forskning

Det finns resultat från många forskningsstudier om olika aspekter av surrogatmoderskap. Rådet har framför allt tagit del av sammanställningar som väger samman resultat från olika studier. Ett problem är att dessa sammanställningar inte alltid skiljer på resultat gällande altruistiskt och kommersiellt surrogatmoderskap. Ett annat problem är att urvalet i studierna ofta är litet, särskilt i de studier som följer barn, föräldrar och surrogatmödrar över en längre tid, och att tillförlitligheten i resultaten därmed är låg.

8.4.1 Barnet

I teorin kan det finnas särskilda egenskaper hos surrogatgraviditeter som skulle kunna påverka barnen. Exempelvis skulle den anknytning som sker mellan barn och moder redan i livmodern kunna fungera sämre när surrogatmodern vet att hon ska lämna bort barnet, och den tidiga separationen från surrogatmodern skulle kunna vara negativ för barnet. Dessa saker är svåra att studera. De studier som finns gäller surrogatbarnens fysiska och psykiska hälsa vid födseln och under uppväxten.

En annan nackdel för barnen skulle kunna vara att personer i omgivningen har en negativ syn på familjer som har använt sig av surrogatarrangemang för att få barn, eller att barnen själva uppfattar det som negativt. I media har det till exempel förekommit att personer som kommit till via surrogat berättat om att de känner sig som handelsvaror.

I en systematisk översikt över forskning t.o.m. 2015 jämförs barn födda med surrogat med barn födda efter ivf och äggdonation. Förekomsten av för tidig födsel var ungefär densamma för surrogatbarn som barn som föddes efter färsk ivf-cykel, medan förekomsten av låg födelsevikt var densamma eller lägre. Medfödda missbildningar förekom i samma utsträckning vid surrogat som vid graviditeter efter färsk ivf-cykel och äggdonation. Alla dessa resultat är dock förknippade med låg evidensgrad.¹⁶

I en systematisk översikt och metaanalys från 2024 utvärderades sex jämförande studier som omfattade 28 300 graviditeter med parti-

¹⁶ Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U.B. m.fl. 2016.

ellt surrogatmoderskap och 1 270 662 graviditeter utan surrogatmoderskap, vilka visade att graviditeter med surrogatmoderskap hade jämförbara frekvenser av för tidig födsel och låg födelsevikt jämfört med graviditeter utan surrogatmoderskap som använde assisterad befruktning.¹⁷

2024 publicerades en studie som bygger på kanadensiska data över 863 017 singelfödslar, varav 806 av surrogatmödrar. Studien visar att allvarlig neonatal sjuklighet hos barnet förekom vid 6,6 procent av surrogatgraviditeterna, 8,9 procent av ivf-graviditeterna och 5,9 procent av graviditeterna där assisterad befruktning inte använts. Eter att ha rensat för olikheter i bakgrundsfaktorer hos de olika grupperna gravida visades att sannolikheten för allvarlig neonatal sjuklighet var 20 procent högre vid surrogatgraviditet än vid graviditet där assisterad befruktning inte använts, och 19 procent lägre vid surrogatgraviditet än vid ivf-graviditet.¹⁸

Enligt översikten över forskning t.o.m. 2015 fanns det vid 10 års ålder inga större psykologiska skillnader mellan barn födda efter surrogatmoderskap och barn som fötts efter andra typer av assisterad befruktning eller efter naturlig befruktning.¹⁹ Merparten av forskningen i den systematiska översikten har utförts vid Centre for Family Research vid Cambridge University. Där har forskarna i en longitudinell studie fortsatt att följa familjerna och surrogatmödrarna och publicerat resultat upp till barnen blivit 20 år. Enligt studien uppvisade surrogatbarnen högre nivåer av anpassningsproblem än barnen som tillkommit genom könscellsdonation vid sju års ålder, enligt mödrarnas men inte lärarnas bedömning. Denna skillnad hade försvunnit vid tio års ålder. De senare uppföljningarna visar att barnen som fötts inom surrogatarrangemang fortsatt mår bra. Vid 14 års ålder uttryckte en av de medverkande i studien missnöje med att ha kommit till via surrogatmoderskap, medan de flesta var likgiltiga inför det och några såg det som en fördel.²⁰ Vid 20 års ålder fanns det inga skillnader mellan surrogatfamiljer och familjer utan assisterad befruktning när det gällde de unga vuxnas psykologiska välbefinnande eller kvaliteten på familjerelationerna.²¹ Studien innefattar relativt få familjer och det kan också tänkas att resultaten är snedvridna efter-

¹⁷ Matsuzaki, S., Masjedi, A.D., m.fl. 2024.

¹⁸ Velez, M. P., Ivanova, M., m.fl. 2024.

¹⁹ Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U.B. m.fl. 2016.

²⁰ Golombok, S. 2020.

²¹ Golombok, S., Jones, C., m.fl. 2023.

som familjer med mer negativa upplevelser av sin situation kanske inte väljer att delta i denna typ av studie.

8.4.2 De tilltänkta föräldrarna

Enligt den ovan redovisade systematiska översikten över forskningen t.o.m. 2015 fanns det inga större skillnader i psykologiska tillstånd hos mödrar till barn som tillkommit genom surrogatmoderskap, mödrar till barn som tillkommit efter andra typer av assisterad befruktning och mödrar till barn som tillkommit på naturlig väg. Det är dock låg kvalitet på evidensen.²²

Enligt en systematisk översikt av forskning om tilltänkta föräldrar och surrogatmödrar som publicerats mellan 2011 och 2021 rapporterar olika studier varierade resultat kring vilken reaktion som tilltänkta föräldrar fick från vänner och familj på sitt beslut att söka surrogatmoderskap. Tre studier om föräldrar från Australien, Kanada och USA rapporterade att de flesta deltagare fick stödjande reaktioner, medan en multinationell studie rapporterade att de tilltänkta föräldrarna fick lite stöd på grund av negativa allmänna uppfattningar om surrogatmoderskap. Överlag var de blivande föräldrarna nöjda med sitt beslut att välja surrogatmoderskap.²³

8.4.3 Surrogatmodern

Medicinska risker

Varje graviditet innebär medicinska risker som är väl kartlagda. Vid en graviditet efter ivf-behandling med donerade ägg tillkommer ytterligare risker.²⁴ Frågan är om surrogatgraviditeter innebär även andra risker utöver dessa.

Enligt den systematiska översikten över forskningen t.o.m. 2015 var förekomsten av högt blodtryck och komplikationer med moderkakan vid surrogatgraviditeter liknande dem som förekommer vid ivf-behandling. Förekomsten av högt blodtryck var lägre än vad som rapporterats vid (andra) graviditeter med donerade ägg.²⁵

²² Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U.B. m.fl. 2016.

²³ Kneebone E., Beilby, K. & Hammarberg, K. 2022.

²⁴ Se t.ex. Meads, C. 2025.

²⁵ Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U. B. m.fl. 2016.

Slutsatsen i en sammanställning av litteraturen fram till 2019 är att graviditetsfrekvensen och de obstetriska resultaten är desamma eller bättre än vid andra ivf-graviditeter, med undantag för en ökad frekvens av flerbördsgraviditeter, vilket till stor del beror på överföringen av flera befruktade ägg.²⁶ En forskningsöversikt från 2021 drar slutsatsen att surrogatgraviditeter inte bör klassas som högrisk-graviditeter.²⁷

Enligt översikten över forskning publicerad mellan 2011 och 2021 upplevde surrogatmödrar fysiska utmaningar, t.ex. graviditetskomplikationer, fysisk smärta och negativa biverkningar av de hormoninjektioner som krävdes för embryoöverföringen. Surrogatmammor i Indien utsattes för medicinska ingrepp som de inte hade något inflytande över, t.ex. fosterreduktion och kejsarsnitt.²⁸

I en systematisk översikt och metaanalys från 2024 utvärderades sex jämförande studier som omfattade 28 300 graviditeter med partiellt surrogatmoderskap och 1 270 662 graviditeter utan surrogatmoderskap, vilka visade att graviditeter med surrogatmoderskap hade högre förekomst av hypertensiva störningar än graviditeter i allmänhet. Allvarlig sjuklighet och dödlighet hos mödrarna var sällsynt bland surrogatmödrar.²⁹

Studien från 2024 som bygger på kanadensiska data över 863 017 singelfödslar, varav 806 av surrogatmödrar visar att risken för allvarlig sjuklighet hos modern var 7,8 procent hos surrogatmödrarna, vilket var mer än tre gånger så hög som vid vanliga graviditeter och nästan dubbelt så hög som vid ivf-graviditeter. De tre vanligaste sjukdomsfallen var svår postpartumblödning, svår havandeskapsförgiftning och sepsis under förlossningen. Efter att ha tagit hänsyn till faktorer som ålder och socioekonomi var surrogatgraviditeterna ändå förknippade med högre risk för allvarlig sjuklighet hos modern och för tidig födsel.³⁰

²⁶ Spandorfer, S., Petrini, A. & Kalantry, S. 2020.

²⁷ Amorado, P., Magann, E.F. m.fl. 2021.

²⁸ Kneebone E., Beilby, K. & Hammarberg, K. 2022.

²⁹ Matsuzaki, S., Masjedi, A.D. m.fl. 2024.

³⁰ Velez, M. P., Ivanova, M. m.fl. 2024.

Psykologiska risker

I den systematiska översikten över forskning fram t.om. 2015 hittades sexton studier som undersökte psykologiskt utfall för surrogatmödrar. Inga allvarliga psykiska problem bland dessa noterades. Förlossningsdepression förekom i mellan 0 och 20 procent av fallen i de olika studierna. Sex studier utvärderade frågor om överlämnande av barnet till de tilltänkta föräldrarna. I en studie från Storbritannien som omfattade 34 surrogatmödrar hade 35 procent inledningsvis vissa eller måttliga svårigheter med att lämna över barnet. Ett år senare rapporterade sex procent fortfarande negativa känslor i samband med överlämnandet. I majoriteten av fallen i denna studie röde det sig om partiellt surrogatmoderskap, där surrogatmodern var genetiskt besläktad med barnet. I två andra studier var det ett problem för 1/33 respektive 1/15 av surrogatmödrarna att lämna ifrån sig barnet. Dock ansågs det sammantaget vara mycket låg kvalitet på evidensen.³¹

Översikten över forskning publicerad mellan 2011 och 2021 visar på emotionella utmaningar. Vissa surrogatmödrar oroade sig för det blivande barnets hälsa och rapporterade en känsla av enormt ansvar för ett lyckat resultat eftersom det troligen var den tilltänkta förälderns sista möjlighet att få barn. I Indien var surrogatmammorna hänvisade till ett boende som tillhandahölls av kliniken under hela graviditeten. Detta orsakade ångest eftersom de var åtskilda från sina familjer. För vissa surrogatmödrar upplevdes det som positivt att bo långt från sina samhällen eftersom det skyddade dem från stigmatisering. En kvantitativ studie som mätte surrogatmödrars psykologiska välbefinnande i Indien visade att surrogatmödrar hade högre depressionsnivåer än en jämförelsegrupp av blivande mödrar.³²

I fråga om överlämnande av barnet så framkom i samma studie att surrogatmödrar i USA, Kanada, Israel och Iran inte betraktade det barn de burit som sitt eget eftersom de inte likställde graviditet och förlossning med föräldraskap. I stället sågs avsikten att få barnet, att vara genetiskt besläktad med barnet och att uppfostra barnet som kännetecken på föräldraskap. Surrogatmammor från USA, Grekland och Kanada rapporterade ett fåtal problem med återlämnande. Studier i Indien visade på en mer komplicerad bild. Vissa studier rapporterade att surrogatmödrarna inte såg barnet som sitt eget och hade små

³¹ Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U. B. m.fl. 2016.

³² Kneebone E., Beilby, K. & Hammarberg, K. 2022.

problem med återlämnande, medan andra rapporterade att surrogatmödrarna gjorde anspråk på barnet på grund av det arbete som var förknippat med graviditeten. Vidare utvecklade vissa surrogatmödrar i Indien anknytningskänslor till barnet när de var tvungna att ta hand om barnet efter födseln till följd av att de tilltänkta föräldrarna anlände sent till landet, de tilltänkta föräldrarna ville att barnet skulle ammas eller de tilltänkta föräldrarna ville ha en barnflicka på heltid under sin vistelse i Indien.³³

Surrogatmödrarnas karaktäristika

En undersökning bland alla surrogatmödrar som behandlades vid London Women's Clinic 2014–21 (av de 108 som kontaktades deltog 47 i studien) visade att medelåldern för surrogatmödrarna var 36,2 år vid deras första embryoöverföring på kliniken. Detta är relativt högt och åldersintervallet (23–65 år) var bredare än vad som framkommit i tidigare studier, men beror på att två kvinnor agerade surrogatmor till sina respektive döttrar. De flesta (62 procent) var gifta vid tidpunkten för behandlingen, ytterligare tre levde i ett heterosexuellt förhållande och en i ett samkönat förhållande. Tolv (26 procent) var ensamstående och två var skilda eller separerade från en tidigare partner. Respondenterna rapporterade ett brett spektrum av yrken, där de flesta tillhörde kategorierna sjukvård, utbildning eller ekonomi. Fyra personer (varav två studenter) uppgav att de inte hade något yrke. Mindre än en fjärdedel av respondenterna uppgav en hushållsinkomst som ligger under den nationella genomsnittslönen. Nästan hälften var familjemedlemmar eller vänner till de tilltänkta föräldrarna, men den största kategorin hade träffat de tilltänkta föräldrarna genom en ideell surrogatorganisation.³⁴

En studie av 160 altruistiska surrogatarrangemang i Australien visar att surrogatmödrarna i första hand var systrar, svägerskor, mödrar (48,6 procent) eller annan släkt eller vänner (46,3 procent) till de tilltänkta föräldrarna.³⁵

I den kanadensiska kohortstudien över 863 017 födslar, varav 806 surrogatfödslar, noterade författarna att det var mer sannolikt att surrogatmödrarna hade fött barn tidigare, bodde i ett område

³³ Kneebone E., Beilby, K. & Hammarberg, K. 2022.

³⁴ Horsey, K., Arian-Schad, M. m.fl. 2022.

³⁵ Montrone, M., Sherman, K. A. m.fl. 2020.

med lägre inkomst och hade högre frekvens av fetma och kroniskt högt blodtryck än övriga. De var också äldre och mer benägna att vara icke-rökare än gruppen som blivit gravid utan assisterad befruktning.³⁶

2024 publicerades resultatet från en studie av 231 surrogatmödrar från olika delstater i USA. Surrogatmödrarna i studien tjänade mer än medelinkomsten i sin stat, hade en hög utbildningsnivå och hade sjukförsäkring, och 85,7 procent var anställda. Medelåldern var 35,8 år.³⁷

Skäl för att bli surrogatmoder

I översiktsstudien gällande forskning t.o.m. 2015 rapporteras att det främsta skälet att bli surrogatmoder är altruistiskt – man har en omtanke om infertila par. Ekonomiska skäl nämndes som ett huvudmotiv av endast ett fåtal kvinnor. Resultaten är inte uppdelade mellan altruistiska och kommersiella arrangemang.³⁸

I översikten över forskning publicerad mellan 2011 och 2021 rapporteras att skälen till att ställa upp som surrogatmoder bland annat var en önskan att återuppleva en graviditet och att vilja hjälpa människor att övervinna infertilitet. Kommersiella surrogatmödrar i Indien, Iran och USA motiverades också av möjligheten att ekonomiskt försörja sin egen familj. Surrogatmödrar som genomgick flera arrangemang motiverades främst av att de ville hjälpa par att få ett syskon till ett befintligt barn. För surrogatmödrar i USA och Kanada underlättades beslutet av att de kände någon som hade upplevt infertilitet, kände någon som hade varit surrogatmoder och att surrogatmödrar var synliga på nätet. Surrogatmödrar i Indien rapporterade att de hade kontaktats av surrogatförmedlare och hört talas om surrogatmoderskap från vänner och familj.³⁹

Surrogatmödrar använde sig av religiösa och andliga metaforer för att konstruera surrogatmoderskap som ett personligt kall att hjälpa människor att bilda familj eller att tjäna pengar för att försörja sina egna familjer, och såg sin resa som en positiv och givande upplevelse. Inga skillnader i nöjdhet rapporterades mellan partiella och fullständiga surrogatmödrar.⁴⁰

³⁶ Velez, M. P., Ivanova, M., m.fl. 2024.

³⁷ Martínez-López, J. Á. & Munuera-Gómez, P. 2024.

³⁸ Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U. B. m.fl. 2016.

³⁹ Kneebone E., Beilby, K. & Hammarberg, K. 2022.

⁴⁰ Kneebone E., Beilby, K. & Hammarberg, K. 2022.

8.4.4 Relationen mellan de tilltänkta föräldrarna och surrogatmodern

I den systematiska översikt av forskning som publicerats mellan 2011 och 2021 redovisas forskning om relationen mellan de tilltänkta föräldrarna och surrogatmodern. Tilltänkta föräldrar som genomgick surrogatarrangemang i Kanada, Grekland och USA etablerade positiva relationer med surrogatmodern och beskrev henne ibland som familjemedlem. I internationella arrangemang upprätthölls relationerna med surrogatmödrarna i dessa länder genom att dessa besöktes i sina hem och genom användning av e-post, Skype och sms. Tilltänkta föräldrar som sökte surrogatmoderskap i Mexiko, Thailand och Indien rapporterade minimal kontakt med surrogatmamman på grund av kommunikationssvårigheter. Tilltänkta föräldrar som sökte surrogatmoderskap i Indien kände tillgivenhet och uppskattning gentemot surrogatmodern och uppfattade kommersiellt surrogatmoderskap som en ömsesidigt fördelaktig process eftersom surrogatmödrarna fick ekonomisk ersättning. Många tilltänkta föräldrar ville ha kontinuerlig kontakt med surrogatmodern, men kontaktfrekvensen minskade efter födseln. Tilltänkta föräldrar i Storbritannien som genomgick surrogatmoderskap inom landet eller i USA var mer benägna att planera löpande kontakt med surrogatmamman än de som genomgick surrogatmoderskap i Asien. Vissa tilltänkta föräldrar i Indien upprätthöll inte kontakten med surrogatmamman eftersom de var oroliga för att surrogatmamman skulle ändra sig.

De flesta surrogatmödrar beskrev en positiv relation med de tilltänkta föräldrarna, som växte i närhet allteftersom graviditeten fortskred. Vissa kliniker i Indien och Ryssland avrådde dock surrogatmödrarna från att ha kontakt med de tilltänkta föräldrarna. Surrogatmödrar i Indien beskrev de tilltänkta mödrarna som äldre systrar, medan surrogatmödrar i USA och Israel beskrev de tilltänkta föräldrarna som några de hade kemi och en intim relation med. För surrogatmödrar minskade kontakten med tilltänkta föräldrar i allmänhet efter födseln, och de försökte visa återhållsamhet i kontaktfrekvensen för att respektera den tilltänkta förälderns övergång till föräldraskap. Många surrogatmödrar förväntade sig att utveckla en långvarig relation med de tilltänkta föräldrarna och kände sig besvikna

eller förrådada om de tilltänkta föräldrarna bröt kontakten efter födseln.⁴¹

Enligt studien av surrogatmödrarna som behandlades vid London Women's Clinic 2014–21 hade 30 av de 31 surrogatmödrar som fött barn fortfarande kontakt med föräldrarna, varav 22 uppgav att kontakten skedde mer än åtta gånger per år (inklusive en som säger att kontakten sker varje dag), tre mellan fem och åtta gånger per år och fyra mellan en och fyra gånger per år. Nära hälften av surrogatmödrarna var familj eller nära vän.⁴²

8.4.5 Surrogatmoderns familj

Rådet har funnit två studier där man tillfrågat surrogatmödrarnas egna barn om deras upplevelser av mödrarnas surrogatmoderskap.

Inom ramen för den longitudinella studien av brittiska surrogatfamiljer vid Centre for Family Research vid Cambridge University har surrogatmödrarnas egna barns attityder undersökts. Studien omfattade 36 barn i åldrarna 12–25 år. Majoriteten av barnen i studien (86 procent) hade en positiv syn på sin mammas surrogatmoderskap. Ett litet antal deltagare (14 procent) hade neutrala eller ambivalenta åsikter, men ingen av deltagarna uttryckte enbart negativa känslor kring sin mammas surrogatmoderskap. Slutsatserna av studien var att det inte verkar finnas några långsiktiga negativa psykologiska konsekvenser av att ha varit barn till en kvinna som fungerat som surrogatmamma (vare sig fullständig eller partiell).⁴³

I en amerikansk studie från 2017 intervjuades sju surrogatmödrar och 13 barn mellan 7 och 17 år. Mödrarna identifierade majoriteten av barnen (75 procent) som positivt påverkade av sin mors surrogat-erfarenhet. Dock rapporterade 38 procent av barnen att de upplevt negativa känslor i samband med moderns surrogatmoderskap och 23 procent av barnen rapporterade negativa känslor i samband med att barnet överlämnades till ett annat par.⁴⁴

I undersökningen gällande alla surrogatmödrar som behandlades vid London Women's Clinic 2014–21 svarade 45 kvinnor på en fråga

⁴¹ Kneebone E., Beilby, K. & Hammarberg, K. 2022.

⁴² Horsey, K., Arian-Schad, M. m.fl. 2022.

⁴³ Jadva, V. & Imrie, S. 2014.

⁴⁴ Riddle, M. P. 2017.

om deras egna barns upplevelse av surrogatresan. 80 procent av dem ansåg att deras barns upplevelse var positiv. Ingen svarade negativ.⁴⁵

8.4.6 Förhållandet mellan altruistiskt och kommersiellt surrogatmoderskap

I teorin kan man föreställa sig att ett tillåtande av altruistiskt surrogatmoderskap i ett land å ena sidan skulle leda till att färre åker utomlands för att använda sig av kommersiella arrangemang, eftersom åtminstone en del av efterfrågan skulle kunna tillgodoses av inhemska surrogatarrangemang. Å andra sidan är det möjligt att ett sådant tillåtande skulle medföra att surrogatarrangemang i allmänhet blir mer accepterat, vilket i sin tur skulle kunna leda till att antalet som åker utomlands ökar. Rådet har inte funnit något entydigt svar på om dessa samband existerar och vilket som är starkast. Statistik och intervjustudier visar att vissa tilltänkta föräldrar i länder som tillåter altruistiskt surrogatmoderskap, t.ex. Australien och Storbritannien, ändå väljer att anlita surrogatmödrar utomlands. Som ovan redovisats är bl.a. långa väntetider och krångligt regelverk i hemlandet skäl som nämns för detta.

8.5 Etik

Värden, intressen och aktörer

Frågan om surrogatmoderskap berör grundläggande etiska värden som självbestämmande, respekten för människovärdet och barnets bästa. Surrogatmoderskap involverar också många aktörer: det barnönskande paret/personen, surrogatmodern och hennes familj, eventuella ägg- och spermiedonatorer och det blivande barnet.

Surrogatmoderskap ökar den reproduktiva autonomin, eftersom det är en metod som ger fler möjlighet att få barn. Metoden kan för vissa människor i nuläget vara den enda praktiska möjligheten till föräldraskap. Självbestämmande är också ett värde som aktualiseras i fråga om surrogatmoderns rätt och möjlighet att fatta beslut om sin kropp och sitt liv. Men surrogatmoderskap aktualiseras samtidigt frågor om människovärde och instrumentalisering – ska en kvinnas

⁴⁵ Horsey, K., Arian-Schad, M., m.fl. 2022.

kropp kunna användas för att någon annan ska få barn? Och särskilt när det gäller kommersiella arrangemang aktualiseras frågor om exploatering och kommersialisering av människokroppen. Finns det en risk att ekonomiskt utsatta kvinnor pressas in i surrogatmoderskap av ekonomiska skäl och att barnet ses som en beställningsvara? Surrogatmoderskap väcker också frågor om medicinska risker för surrogatmodern och barnet, samt frågor om hur alla inblandade parter, även surrogatmoderns egen familj och eventuella syskon till barnet, påverkas psykologiskt och socialt.

Argument för och emot surrogatmoderskap

Argument för

- Metoden kan vara en möjlighet för de som inte kan få barn på andra sätt. Till exempel samkönade manliga par har ingen annan möjlighet att få barn med hjälp av assisterad reproduktion.
- Alla har rätt att själva bestämma hur de vill använda sina kroppar och leva sitt liv – inklusive surrogatmodrar.
- Surrogatmoderskap kan ses som ett uttryck för solidaritet och hjälp mellan människor, särskilt när det sker altruistiskt. Det finns kvinnor som av altruistiska skäl (jfr levande donatorer) vill hjälpa till exempel en syster eller vän att få barn på detta sätt.
- Om metoden legaliseras i Sverige skulle färre åka till länder där risken är stor för att kvinnor exploateras.
- I dag kan bara de som har råd få barn via utländska kliniker.
- Det är bättre säkerhet och kontroll kring förfarandet om det sker i Sverige i stället för utomlands.
- Efterlängtade/planerade barn får ofta mer engagerade föräldrar.
- Undersökningar visar att familjer med barn som blivit till med hjälp av en surrogatmoder fungerar väl.

Argument mot

- Barnet blir en handelsvara.
- Det finns risk för att kvinnor exploateras.
- Surrogatmodern blir ett medel för att tillfredsställa någon annan persons önskan att få barn.
- Det är svårt att säkerställa ett frivilligt informerat samtycke.
- Metoden innebär medicinska risker för surrogatmodern.
- Det finns risk för negativa psykologiska konsekvenser för surrogatmodern, barnet, barnets syskon och surrogatmoderns barn.
- Det är svårt att hitta ett system för ansvarsfördelning vid eventuella komplikationer.
- Det är svårt att balansera de inblandade parternas intressen, t.ex. surrogatmoderns självbestämmande och de blivande föräldrarnas rättigheter under graviditeten.
- Det finns risk för acceptansglidning – om altruistiskt surrogatmoderskap tillåts i Sverige finns det risk för en glidning mot kommersiella former.

De som väger olika värden, intressen och argument mot varandra kan hamna i helt olika slutsatser gällande om surrogatmoderskap är etiskt acceptabelt. Under 2025 har till exempel den etiska kommittén inom European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) kommit fram till att icke-kommersiellt surrogatmoderskap är acceptabelt för att hjälpa blivande föräldrar för vilka det är omöjligt eller av medicinska skäl inte rekommenderat att genomgå en graviditet. ESHRE påpekar att det är viktigt att det finns åtgärder och riktlinjer för att skydda alla parter, garantera väl övervägda beslut och minimera riskerna. Enligt ESHRE har surrogatmodern utifrån ett etiskt perspektiv rätt att fatta beslut om sin graviditet mot de blivande föräldrarnas vilja och mot det ursprungliga avtalet.⁴⁶

Under 2025 har samtidigt FN:s särskilda rapportör om mäns våld mot kvinnor och flickor presenterat en rapport där hon uppmanar till ett globalt förbud mot alla former av surrogatmoderskap. Enligt

⁴⁶ Writing Group on behalf of the ESHRE Ethics Committee; Shenfield, F., Tarlatzis, B. m.fl. 2025.

rapporten kännetecknas surrogatmoderskap av exploatering och våld mot kvinnor och barn och det förstärker patriarkala normer genom att kommersialisera och objektifiera kvinnors kroppar och utsätta surrogatmödrar och barn för allvarliga kränkningar av de mänskliga rättigheterna.⁴⁷

I en opinionsundersökning från 2023 av SOM-institutet vid Göteborgs universitet ställdes frågan om surrogatmoderskap ska tillåtas i Sverige. Det gjordes ingen skillnad på altruistiskt och kommersiellt surrogatmoderskap. 31 procent av de svarande ansåg att det är ett mycket eller ganska bra förslag att tillåta surrogatmoderskap i Sverige. 30 procent ansåg att förslaget är mycket eller ganska dåligt. Resterande 39 procent uppgav att förslaget varken är bra eller dåligt.⁴⁸

8.6 Rådets tidigare ställningstagande

I rådets rapport *Assisterad befruktning – etiska aspekter* från 2013 ansåg en majoritet i rådet att altruistiskt surrogatmoderskap – under särskilda förutsättningar – kan utgöra en etiskt godtagbar metod inom assisterad befruktning. En minoritet i rådet ansåg att surrogatmoderskap inte ska tillåtas i Sverige. Samtliga i rådet ansåg att kommersiellt surrogatmoderskap inte är en etiskt godtagbar metod. Vidare ansåg rådet att det är angeläget att barn som tillkommer genom surrogatmoderskap i utlandet ges samma förutsättningar som andra barn.

8.7 Rådets diskussion och ställningstaganden

Rådet har diskuterat dels om surrogatmoderskap är etiskt acceptabelt och om det bör tillåtas i Sverige, dels hur samhället bör förhålla sig till de svenskar som använder sig av surrogatmoderskap i utlandet. Rådets diskussion har omfattat både altruistiskt och kommersiellt surrogatmoderskap. Rådet har avgränsat diskussionen till att omfatta den variant av surrogatmoderskap där ägget kommer från en annan kvinna och surrogatmodern alltså inte har något genetiskt samband med barnet (fullständigt surrogatmoderskap).

⁴⁷ Alsalem, R. 2025.

⁴⁸ SOM-institutet 2024.

8.7.1 Altruistiskt surrogatmoderskap

Samtliga rådsmedlemmar anser att det finns relevanta argument både för och emot altruistiskt surrogatmoderskap. De har behövt göra en avvägning mellan olika värden och intressen för att landa i en ståndpunkt. Rådsmedlemmarna har också värderat det aktuella kunskapsunderlaget och olika fördelar, nackdelar, nyttor och risker för aktörerna.

Samtliga anser att det är ett starkt befogat intresse att få och ta hand om barn, och att samhället inom vissa gränser ska stödja detta intresse om det kan ske på ett etiskt godtagbart sätt. Många ser det som positivt om flera grupper av ofrivilligt barnlösa, som kvinnor utan fungerande livmoder, infertila personer, samkönade manliga par och ensamstående män kan få barn med nya metoder inom assisterad reproduktion. De tilltänkta föräldrarnas intresse av att få och ta hand om barn måste dock vägas mot andra intressen, värden och principer. Flera grundläggande värden och principer har diskuterats. De flesta rådsmedlemmar fäster betydande vikt vid alla dessa värden och principer men värderar dem ändå olika, delvis på grund av att man värderar fördelar, risker och det aktuella kunskapsläget på olika sätt.

Instrumentalisering

En princip som flera rådsmedlemmar hänvisar till är att ingen människa ska instrumentaliseras genom att användas som medel för andras mål. En sådan instrumentalisering innebär en förminskning av människovärdet. Flera medlemmar anser att det är instrumentalisering av surrogatmodern som sker i ett surrogatarrangemang, eftersom hennes kropp används för att andra människor ska få barn. Andra pekar på att den som av altruistiska skäl hjälper någon att bli förälder kan uppleva stor tillfredsställelse över sin förmåga och gärning. Surrogatmodern uppfyller då även sina egna behov och sin egen vilja, och blir därmed inte enbart ett medel för att tillfredsställa någon annans önskan.

Handel med kvinnors kroppar och barn som beställningsvara

En annan princip som har väckts i diskussionerna är den om att man inte bör få handla med mänskliga kroppar, organ och vävnader. Flera rådsmedlemmar ser surrogatmoderskap som handel med kvinnors kroppar. Det faktum att det alltid träffas en överenskommelse och skrivs någon form av kontrakt mellan parterna, även i altruistiska arrangemang, pekar enligt vissa på att det rör sig om handel. Andra pekar på att det inte är helt enkelt att dra en etiskt relevant gräns mellan att hyra eller låna ut sin livmoder för att bära någon annans barn och att hyra eller låna ut kroppen för andra ändamål, t.ex. lönearbete eller att ställa upp som donator av organ eller blod.

Flera rådsmedlemmar motsätter sig också en utveckling där barn alltmer blir ett slags beställningsvara. De ser möjligheten att anlita andra för att kunna få barn som en del i en sådan utveckling. Denna utveckling kan förstärkas ytterligare om det även finns möjlighet för de tilltänkta föräldrarna att välja könscellsdonator och att genetiskt testa och välja befruktade ägg. Ett annan farhåga som har rests är att det finns risk att de blivande föräldrarna inte vill ha barnet om det till exempel visar sig vara skadat. Vem ska då bli vårdnadshavare?

Självbestämmande och samtycke

Självbestämmande, eller autonomi, är ett grundläggande värde som också har haft ett stort utrymme i diskussionen. De som betonar detta värde anser att en person ska vara fri att själv bestämma vad hen vill göra med sin kropp, till exempel att agera surrogatmoder. Staten ska ha goda skäl för att begränsa en människas förfoganderätt över sin kropp, och generellt iaktta restriktivitet i att begränsa människors val.

En fråga som rådet har diskuterat är om den som tar ställning till att bli surrogatmoder i praktiken kan ge ett giltigt informerat samtycke. För att ett informerat samtycke ska vara giltigt ska det motsvara personens genuina vilja och inte vara påtvingat utifrån. Ställningstagandet ska även ske mot bakgrund av begriplig och relevant information om konsekvenserna av valet att säga ja eller nej. Personen ska ha förmåga att väga nackdelarna mot fördelarna. Här har vissa rådsmedlemmar lyft att det kan vara svårt för den som ska ta ställning till att eventuellt bli surrogatmoder att bedöma både de

medicinska och psykologiska riskerna som detta innebär. Surrogatmoderskapet är ett omfattande socialt och psykologiskt åtagande med delvis okända långsiktiga konsekvenser för surrogatmodern. Flera i rådet ifrågasätter om det verkligen kan garanteras att beslutet om att erbjuda sig att vara surrogatmoder är ett självständigt beslut. De pekar på att dels att det är svårt att fatta ett genuint självständigt beslut i den här frågan, dels att det är svårt för utomstående att säkerställa att det är genuint. Det finns i dessa situationer risk för påtryckningar från omvärlden. Om man får en fråga om att ställa upp som surrogatmoder åt en nära vän eller släkting som är ofrivilligt barnlös kan det upplevas som en påtryckning. Det är också svårt att garantera att det inte förekommer påtryckningar i form av pengar ”under bordet”, även om arrangemanget formellt sett är altruistiskt. Vissa rådsmedlemmar har lyft farhågor om att det i praktiken skulle bli resurssvaga kvinnor som skulle ställa upp som surrogatmödrar till mer resurstarka kvinnor. Även om vissa kvinnor kan förväntas ställa upp som surrogatmoder av genuin fri vilja så finns en risk att ett tillåtande av surrogatmoderskap också innebär att vissa ställer upp utan att egentligen vilja det.

Andra i rådet anser att det går att säkerställa att en person har fattat ett genuint självständigt beslut i fråga om att bli surrogatmoder. Om någon uttrycker önskan att vara surrogatmoder så bör vi som grundregel lita på att det är ett uttryck för personens genuina vilja. Att med argumentet att människor ”egentligen” inte önskar detta förvägra människor möjligheten att förverkliga en sådan önskan är uttryck för en orimlig paternalism. Många av dessa rådsmedlemmar ser inte heller något märkligt i att människor väljer att utföra genuint altruistiska handlingar, som att vara surrogatmoder. I dag tillåter vi organdonation av altruistiska skäl vad gäller njure, lever och livmoder, ingrepp som för givaren både medför smärta och medicinska risker. I dessa situationer kan påtryckningar inte uteslutas. Vissa rådsmedlemmar betonar att denna typ av altruism är något positivt både i det enskilda fallet och för samhället i stort, och är något som bör uppmuntras snarare än förbjudas. Flera av de medlemmar som har som sin grundhållning att människor är beslutskapabla anser ändå att det behövs kontroller där man försäkrar sig om att den som är beredd att agera surrogatmoder gör det av egen fri vilja och med medvetenhet om riskerna. Ett villkor som kan ställas upp för att säkerställa att kvinnan/surrogatmodern är medveten om vad det innebär att

bära och föda ett barn, är att hon har genomgått en graviditet och har egna barn.

Ytterligare ett perspektiv som har diskuterats är om det kan sägas vara emot en människas bästa att fatta vissa beslut. Samhället kan begränsa människors möjligheter att fatta beslut som är skadliga för dem själva eller andra. Vissa rådsmedlemmar anser att ett förbud mot surrogatmoderskap delvis kan motiveras utifrån att kvinnor och barn måste skyddas från att lida skada. Andra medlemmar pekar på att vi i Sverige tillåter andra former av altruistiska handlingar som är riskfyllda, såsom att donera njure eller lever, och anser att surrogatmoderskap inte innebär så stora risker att det för den sakens skull bör förbjudas.

Värdering av risker och kunskapsläge

Ingen rådsmedlem anser att surrogatmoderskap ska tillåtas i Sverige om det står klart att sådana arrangemang utsätter barnen, surrogatmödrarna och surrogatmödrarnas familjer för mycket stor skada eller mycket stora risker.

Av dagens kunskapsläge framgår att en surrogatgraviditet är förknippad med högre risk än en ”vanlig” graviditet, i paritet med andra ivf-graviditeter. De studier som gjorts pekar på att barn som har blivit till med hjälp av surrogatarrangemang i allmänhet inte mår sämre än andra barn och att även surrogatmödrarnas egna barn mår bra. Dessa studier är dock små, vilket gör att kunskapsunderlaget är osäkert och att man inte kan vara helt förvissad om att barnen inte får några nackdelar.

Rådet har värderat både risker, nytta och kunskapsluckor och medlemmarna skiljer sig åt när det gäller denna värdering och har dragit olika slutsatser. När det gäller medicinska risker med en surrogatgraviditet har rådet jämfört med medicinska risker vid levande organ donation. Vissa i rådet har då hävdat att nyttan med organdonation, att rädda liv, är större än nyttan med surrogatmoderskap, dvs. att skapa liv. Dessa personer anser därmed att man kan acceptera en större risk vid organdonation, allt annat lika. Vissa i rådet anser att de medicinska riskerna för surrogatmodern talar för att surrogatmoderskap inte ska accepteras. Andra anser att de riskerna är hanterbara. För vissa rådsmedlemmar innebär de kunskapsluckor som finns

avseende risk för skada gällande barnen, surrogatmödrarna och surrogatmödrarnas barn att de inte kan rekommendera att surrogatmoderskap kan användas. De hävdar att det finns många både medicinska och sociala mekanismer som vi inte har tillräcklig kunskap om, t.ex. vad det innebär för barn att snart efter födseln skiljas från den som burit dem under graviditeten. För andra rådsmedlemmar är den kunskap som finns tillräcklig för att landa i slutsatsen att det inte finns anledning att tro att barnen, surrogatmödrarna och surrogatmödrarnas barn kommer till skada vid ett surrogatarrangemang, och att de risker som finns är acceptabla. Det borde enligt dessa rådsmedlemmar gå att hitta sätt att minska risken för att barnen tar skada, genom att t.ex. göra rigorösa kontroller av både de tilltänkta föräldrarna och surrogatmödrarna, samt att upprätta tillförlitliga system för hur samhället ska agera om någon av parterna skulle ångra sig.

Går det att skapa ett acceptabelt regelverk?

Rådet har också diskuterat om det går att hitta ett regelverk som på ett rättvist sätt balanserar de olika intressena i ett surrogatarrangemang. En farhåga som har rests är att det kan uppstå problematiska situationer där någon av parterna ångrar sig och där barnet då kommer i kläm. En fråga är om det är acceptabelt att en surrogatmor avsäger sig bestämmanderätten över sin egen kropp under graviditeten. Ingen i rådet anser att detta är acceptabelt. I ett eventuellt regelverk eller kontrakt skulle det behöva framgå att surrogatmodern tar alla beslut om eventuell behandling eller abort under hela graviditeten. Vissa rådsmedlemmar tror att det kan skapas ett godtagbart regelverk kring dessa situationer med en rimlig intresseavvägning medan andra ser det som ett av skälen till att surrogatmoderskap inte bör tillåtas.

Förhållandet mellan altruistiskt och kommersiellt surrogatmoderskap

En annan fråga som rådet har diskuterat är vilka konsekvenserna blir om man tillåter altruistiskt surrogatmoderskap i Sverige. Vi vet att det finns en global marknad för surrogatmoderskap där fattiga kvinnor bär och föder barn till personer från rikare delar av världen. De flesta finner det troligt att ett tillåtande av altruistiskt surrogatmoderskap

i Sverige skulle leda till att vissa svenskar skulle använda den metoden i stället för att söka sig till kommersiella arrangemang utomlands. Det är dock troligt att andra ändå skulle välja kommersiella arrangemang utomlands, för att väntetiden skulle vara kortare eller av andra anledningar. Inom rådet finns farhågor om att det skulle ske en värderingsförskjutning mot tillåtande av även kommersiella surrogatarrangemang så att denna så kallade handel med kvinnor och barn legitimeras om vi öppnar för att det ska vara tillåtet med altruistiskt surrogatmoderskap. Å andra sidan pekar flera av rådets medlemmar också på att det skulle vara bättre om Sverige själv tar ansvar i frågan och inte exporterar ett problem. Om altruistiskt surrogatmoderskap skulle tillåtas skulle åtminstone vissa av de som annars hade åkt utomlands kunna få hjälp i Sverige under mer etiskt acceptabla former.

Moderskap och familjebildning

Andra perspektiv som har lyfts i rådets diskussioner är synen på moderskap och graviditet respektive hur en familj blir till. En graviditet är en stark upplevelse där föräldrarna etablerar en relation med barnet innan det föds. För vissa är det intuitivt problematiskt att en kvinna lämnar ifrån sig ett barn som hon har burit. Även om ett surrogatarrangemang kan utmana vissa personers bild av hur en ”riktig” mor bör agera eller om hur en familj formas, anser de flesta i rådet att detta inte utgör giltiga etiska argument mot surrogatmoderskap.

Rådets ställningstaganden

Rådet har inte kunnat enas kring en ståndpunkt när det gäller altruistiskt surrogatmoderskap utan är delat i frågan.⁴⁹

⁴⁹ Fem av ledamöterna och en majoritet av de sakkunniga är för att tillåta altruistiskt surrogatmoderskap i Sverige under vissa villkor, men de ställer upp olika villkor. Exempelvis anser en av dessa ledamöter att det endast bör vara tillåtet när en kvinna av medicinska skäl inte kan bära ett barn medan övriga fyra anser att metoden ska kunna användas av både olikkönade och samkönade par samt ensamstående. Fyra av ledamöterna och en minoritet av de sakkunniga är emot att tillåta altruistiskt surrogatmoderskap i Sverige.

En del av radsmedlemmarna är för att tillåta altruistiskt surrogatmoderskap i Sverige under vissa villkor ...

En del av radsmedlemmarna anser att altruistiskt surrogatmoderskap är en etiskt acceptabel metod inom assisterad reproduktion under vissa villkor och anser att frågan bör utredas. Dessa ledamöter åberopar i första hand principen om självbestämmande. De anser att en person kan ge ett genuint informerat samtycke till att bli surrogatmoder och de anser inte att det är klarlagt att barnen och surrogatmödrarna i sådana arrangemang utsätts för otillbörliga risker. De flesta av dem betonar också att det skulle vara ett sätt för fler grupper att få tillgång till assisterad reproduktion. En förhoppning är dessutom att ett tillåtande i Sverige leder till att färre åker utomlands för kommersiella surrogatarrangemang, men hur stor den effekten kan förväntas bli beror delvis på hur regelverket skulle utformas.

Flera villkor bör enligt dessa radsmedlemmar vara uppfyllda för att altruistiskt surrogatmoderskap ska vara etiskt acceptabelt. Olika radsmedlemmar lägger dock olika stor vikt vid olika villkor. Dessa har framförts i diskussionerna:

- Surrogatmodern har tidigare genomgått minst en graviditet och har egna barn.
- Surrogatmodern är inte det blivande barnets genetiska mor.
- Surrogatmodern har rätt att bestämma över sig själv och graviditeten, i linje med det regelverk som rör abort och hälso- och sjukvård.
- Det företas en prövning av de tilltänkta föräldrarnas och surrogatmoderns medicinska, psykologiska och sociala förhållanden, som vid annan assisterad reproduktion.
- Förfarandet omgärdas av tillräcklig psykologisk rådgivning före, under och efter behandling för samtliga berörda.
- Barnet får tidigt vetskap om sin tillblivelse och i mogen ålder rätt att få information om surrogatmodern.
- Om metoden kommer att tillåtas i Sverige är det nödvändigt att initiera långtidsuppföljande studier som inbegriper hur det går för barnet, surrogatmodern och föräldrarna.

2013 ställde rådets majoritet, som då ansåg att surrogatmoderskap kan vara etiskt godtagbart, upp villkor om att det ska råda ett nära förhållande mellan surrogatmodern och de tilltänkta föräldrarna och att minst en av de tilltänkta föräldrarna är genetisk förälder till det blivande barnet. Inte alla i rådet som anser att surrogatmoderskap kan vara etiskt godtagbart, anser att de villkoren är nödvändiga. De pekar till exempel på att inte alla tilltänkta föräldrar känner en person som vill ställa upp som surrogatmoder, och att erfarenheter från Storbritannien visar att det fungerar att potentiella surrogatmödrar och blivande föräldrar möts genom t.ex. förmedlingar. Några medlemmar anser dock att det bör råda ett nära förhållande mellan surrogatmodern och de tilltänkta föräldrarna, för att skapa förutsättningar för goda relationer mellan parterna under och efter graviditeten. De rådsmedlemmar som förordar att minst en av de tilltänkta föräldrarna är genetisk förälder till det blivande barnet anser att det motverkar risken att barnet ses som beställningsvara och risken att det överges av de tilltänkta föräldrarna.

En rådsmedlem inom majoriteten anser att altruistiskt surrogatmoderskap endast bör vara tillåtet när en kvinna av medicinska skäl inte kan bära ett barn. Ledamoten anser att det ska finnas kriterier för att genomföra en ansökan och att varje individuellt fall sedan ska prövas utifrån vissa indikationer för behandling. I samband med den prövningen ska även en lämplighetsprövning av sökanden genomföras, i syfte att undersöka om barnet kan ges en trygg uppväxt. Övriga anser att metoden ska kunna användas av både olikkönade och samkönade par samt ensamstående.

... medan en annan del av rådsmedlemmarna är emot ett tillåtande av altruistiskt surrogatmoderskap

En del av rådets medlemmar anser i stället att övervägande skäl talar emot att tillåta altruistiskt surrogatmoderskap i Sverige. Vissa ledamöter pekar framför allt på det principiella skälet att ingen människa ska instrumentaliseras. För andra är det avgörande att det finns stor risk för att kvinnor med svag socioekonomisk ställning kan komma att utnyttjas för att bära barn till mer privilegierade kvinnor. De ser det som djupt problematiskt om detta skulle ske. Andra skäl som väger tungt är de medicinska riskerna för surrogatmodern, att det inte är tillräckligt klarlagt hur barnen, surrogatmödrarna och surrogat-

mödrarnas egna barn påverkas samt att det är tveksamt om det går att säkerställa att en surrogatmoder har gett ett genuint informerat samtycke utan påtryckningar. Dessa ledamöter pekar också på att det är osäkert om ett tillåtande i Sverige skulle leda till att färre vill använda sig av kommersiellt surrogatmoderskap utomlands. Sammantaget anser de därför att altruistiskt surrogatmoderskap inte bör vara tillåtet i Sverige.

8.7.2 Kommersiellt surrogatmoderskap

Alla medlemmar är överens om att det kommersiella inslaget gör att surrogatmodern och barnet i större utsträckning kan betraktas som handels- eller beställningsvaror vid kommersiella än vid altruistiska arrangemang. Rådet anser att principen om att människokroppen inte är någon handelsvara måste upprätthållas. Vid kommersiella arrangemang finns också en stor risk att kvinnor ställer upp som surrogatmödrar av ekonomiska skäl och det blir då framför allt resurssvaga kvinnor som utsätter sig för de medicinska och psykologiska risker som surrogatmoderskap innebär. Risker som resurssvaga kvinnor utnyttjas är betydande i en internationell kontext när människor från rika länder använder surrogatmödrar i fattigare länder. Även om forskning pekar på att surrogatmödrar drivs av både altruistiska och ekonomiska skäl anser rådets ledamöter att det vid kommersiella arrangemang kan ifrågasättas om altruism och autonomi är genuina. Om surrogatmodern bor i ett annat land kan också geografiska, språkliga och kulturella barriärer göra det svårare för familjen att behålla kontakten med surrogatmodern under barnets uppväxt.

Mot denna bakgrund anser rådet att kommersiellt surrogatmoderskap inte är etiskt acceptabelt.

8.7.3 Hur bör vi förhålla oss till dagens praktik?

Rådet har också diskuterat hur samhället bör förhålla sig till företeelsen att svenskar åker utomlands för surrogatmoderskap. Det rör sig om både kommersiella och altruistiska arrangemang. Rådet finner det för troligt att svenskar kommer att fortsätta att ingå surrogatarrangemang i länder där det är tillåtet, vare sig Sverige tillåter altruistiskt surrogatmoderskap eller inte. De människor som använder sig

av surrogatmoderskap i utlandet begår inte något brott i de länder som tillåter sådana arrangemang eller där de är oreglerade. Samtidigt framförs ofta från instanser som motsätter sig surrogatmoderskap att staten har ett intresse av att motverka sådana arrangemang även när det sker utomlands.

Rådet vill i detta sammanhang understryka att barnets intresse av rättssäkerhet och trygghet väger tyngre än statens intresse av att motverka surrogatarrangemang i utlandet. Ett barn ska inte missgynnas för att det tillkommit genom ett surrogatarrangemang. Barnens rätt till identitet och familjeliv måste tillgodoses. Smer ser positivt på den lagstiftning som införts som syftar till att underlätta fastställande av föräldraskap i Sverige och anser att de luckor som fortfarande finns i lagstiftningen snarast måste åtgärdas. När det gäller de förslag som lagts fram i betänkandet Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall (SOU 2021:56) så vill rådet återigen påpeka att det inte bör göras skillnad i fastställande av föräldraskap vad gäller de tilltänkta genetiska föräldrarna utifrån deras kön. I situationer där det finns en genetisk relation mellan barnet och det tilltänkta föräldrarna borde föräldraskapet inte behöva fastställas genom adoption. Att göra skillnad på genetiska fäder och mödrar är ett exempel där utredaren föreslår skillnader i fastställande av föräldraskap främst för att motverka surrogatmoderskap. Rådet anser dock att principen om lika-behandling av genetiska fäder och mödrar och rättssäkerheten och tryggheten för barnen väger tyngre.

I fråga om att motverka företeelser som anses oetiska har rådet diskuterat likheter och skillnader mellan kommersiellt surrogatmoderskap och några andra företeelser. En sådan företeelse är köp av sexuella tjänster, som är förbjudet i Sverige. Det har förts en debatt i samhället om huruvida även köp av sexuella tjänster utomlands ska vara kriminaliserat, även i de fall då inget brott begås i det aktuella landet. Vissa andra handlingar, så som sexualbrott mot minderåriga och människohandel, är straffbara om de begås utomlands, även om de inte utgör brott i det land de begås. En skillnad mellan köp av sexuell tjänst och surrogatmoderskap är dock att sexköp är kriminaliserat i Sverige, medan det bara råder ett indirekt förbud mot surrogatmoderskap. En annan företeelse som rådet har jämfört med är omskärelse av pojkar, som är tillåten på villkor att smärtlindring ges och att ingreppet utförs av legitimerad läkare eller av den som har särskilt tillstånd. Ett motiv för den lagstiftningen är att samhället

önskar att sådan omskärkelse utförs under ordnade former, eftersom man utgår från att ingreppen kommer att utföras även om det införs ett förbud. Ett parallellt resonemang gällande surrogatmoderskap skulle kunna vara att det ska regleras för att minimera risker och skador för surrogatmödrarna och barnen. Samtidigt skulle det kunna bli straffbart att kringgå reglerna.

Ett sätt att motverka kommersiella surrogatarrangemang i utlandet skulle kunna vara kriminalisering. På så sätt skulle samhället verkligen markera sitt avståndstagande från denna företeelse. Att ålägga föräldrar någon form av straff skulle möjligen kunna avskräcka några från att använda surrogatmoderskap i utlandet, men andra konsekvenser skulle kunna vara att barnet inte på lång tid får beslut om föräldrar och vårdnadshavare, och att det sker en stigmatisering av dessa familjer som får negativa följdverkningar för både barn och föräldrar. Rådet ser inte hur ett regelverk med kriminalisering skulle kunna utformas utan att det direkt eller indirekt får negativa konsekvenser för barnet. Dessutom är det i nuläget bara väldigt grova handlingar, som sexualbrott mot barn och människohandel, som är kriminaliserade om de begås utomlands och de inte är straffbelagda i det aktuella landet. Rådet anser inte att användande av surrogatmoderskap kan jämföras med sådana handlingar. Mot denna bakgrund anser rådet sammantaget inte att det ska vara straffbart att använda sig av surrogatarrangemang i utlandet.

En annan fråga som rådet har diskuterat är ett förbud mot att förmedla kommersiella surrogatarrangemang i utlandet. Även detta skulle vara en stark markering om att samhället tar avstånd från sådana arrangemang. Rådet har dock landat i slutsatsen att ett förbud troligen skulle bli ett slag i luften eftersom svenskar i stället skulle använda sig av förmedlingar som är etablerade i andra länder där de är lagliga. Det skulle i sin tur innebära mindre möjligheter till kontroll och tillsyn än vad som skulle kunna vara möjligt att åstadkomma om förmedlingarna verkar i Sverige.

Rådet har också diskuterat idén om internationellt samarbete kring surrogatarrangemang. Här har det utkristalliserats två linjer bland rådets medlemmar. En del anser att Sverige på ett internationellt plan bör arbeta för riktlinjer eller regelverk som förbjuder eller motverkar surrogatarrangemang. En annan del anser i stället att Sverige bör arbeta för att det införs internationella riktlinjer eller ett internationellt regelverk för surrogatarrangemang så att verksam-

heten sker under ordnade former och att avarterna försvinner. Ett sådant regelverk skulle kunna öka tryggheten för surrogatmödrar och minska risken för att de blir otillbörligt utnyttjade. Sverige skulle kunna ställa krav på att svenska förmedlingar enbart förmedlar surrogatarrangemang som ligger i linje med det internationella regelverket/riktlinjerna. De i rådet som anser att Sverige bör verka för ett förbud mot eller motverka surrogatarrangemang, anser dock att det är orealistiskt att tro att internationella riktlinjer för att minska avarterna kan vara verkningsfulla.

Rådet konstaterar slutligen att samhället i dag får leva med en situation där kommersiella surrogatarrangemang å ena sidan betraktas av många som etiskt oacceptabla, men där försök att motverka sådana arrangemang å andra sidan kan medföra negativa konsekvenser för de barn som blivit till med hjälp av denna metod – konsekvenser som i sig kan anses än mer oacceptabla.

9 Fler än två föräldrar

Insemination genomförs ibland i helt privat regi utan inblandning av vårdpersonal eller kliniker. Människor väljer att få barn och ta gemensamt föräldraansvar med vänner eller personer de får kontakt med via till exempel sociala medier. I vissa fall är det två personer som genomgår ett sådant arrangemang och i andra fall är det flera, till exempel ett kvinnligt och ett manligt samkönat par eller en kvinna och ett manligt samkönat par.

9.1 Situationen i dag

Sverige

I dag finns i Sverige ingen tillåten metod inom assisterad reproduktion som kan hjälpa samkönade par av män eller ensamstående män att bli föräldrar. Om ett samkönat manligt par eller en ensamstående man väljer att få barn med en eller två kvinnor de inte lever i tvåsamhet med kan det bildas familjer med fler än två föräldrar som alla ser sig som föräldrar. Dock kan bara två av föräldrarna vara rättsliga föräldrar. Det finns också många andra typer av familjekonstellationer där barn uppfattar fler vuxna som sina föräldrar än de genetiska eller biologiska föräldrarna. Det gäller inte bara de familjer som blivit till genom ”privat” insemination. Även inom exempelvis polyamorösa familjerelationer kan fler än två personer redan från ett barns födelse agera föräldrar.

Enligt svensk rätt kan ett barn ha en eller två vårdnadshavare men inte fler. En rad åtgärder har de senaste åren vidtagits för att reformera den familjerättsliga lagstiftningen och anpassa den till nya sätt att bilda familj, och flera lagstiftningsprojekt pågår. I december 2020 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att åstadkomma en mer sammanhållen, könsneutral och jämlik reglering om föräldra-

skap samt regler om föräldraansvar som är anpassade till olika familjekonstellationer.¹ I direktiven skrev regeringen att reglerna om föräldraskap i grunden handlar om att fastställa ett barns familjerättsliga ställning och tillgodose barnets rätt till sin förälder eller sina föräldrar. Reglerna bör också vara enhetliga och inte utan tungt vägande skäl skilja på föräldrar beroende på deras sexuella läggning eller kön eller om de har ändrat könstillhörighet. En del av utredningens uppdrag handlade om åtgärder för familjer där fler än två vuxna tar föräldraansvar. Direktiven använder begreppet ”social förälder” om en vuxen i ett barns närhet som i praktiken tar ett föräldraansvar för barnet. I begreppet inbegrips både personer som redan från början fungerar som social förälder, t.ex. när kvinnliga och manliga samkönade par får barn tillsammans, och nya partners till föräldrarna som kommer in i barnets liv i ett senare skede.

I betänkandet Alla tiders föräldraskap – ett stärkt skydd för barns familjeliv (SOU 2022:38) ges förslag på till exempel införande av en föräldrafullmakt som gör det enklare för bland andra sociala föräldrar att få en mer generell behörighet att hantera frågor som gäller barnet, större möjligheter att ta hänsyn till barnets bästa när vårdsnaden bestäms efter en förälders eller en vårdnadshavares död och en stärkt rätt för barn till umgänge med sina sociala föräldrar. Utredningen hade inte i uppgift att utreda rättsligt föräldraskap för fler än två föräldrar.

Röster har höjts för att dagens lagstiftning och utredningens förslag inte är tillräckligt anpassade till familjekonstellationer där fler än två vuxna fungerar som föräldrar, och att det bör införas en möjlighet för barn att ha fler än två rättsliga föräldrar.

Andra länder

Att ett barn kan ha högst två rättsliga föräldrar är det dominerande synsättet i de flesta länder som är jämförbara med Sverige. Det finns dock jurisdiktioner som har infört regler om rättsligt föräldraskap för fler än två föräldrar. I vissa delstater i Kanada är det möjligt för barn att ha fler än två juridiska föräldrar, ofta upp till fyra, om detta regleras genom avtal eller fastställs av domstol. Ett exempel är British Columbia, där tre personer kan bli rättsliga föräldrar om ett skriftligt

¹ Dir. 2020:132.

avtal upprättas innan ett barn blir till genom assisterad befruktning. Två av parterna måste vara gifta eller leva i äktenskapsliknande förhållanden och den tredje ha ett genetiskt eller biologiskt band till barnet.² I USA tillåter tio delstater att domstolar fastställer fler än två rättsliga föräldrar för ett barn.³ I Nederländerna har en statlig kommitté föreslagit att lagstiftningen ska tillåta upp till fyra juridiska föräldrar, men förslaget är inte infört.⁴

9.2 Forskning

Rådet har inte kunnat hitta någon forskning om hur barn påverkas av att växa upp i familjer där fler än två vuxna har tillerkänts rättslig status som föräldrar. Denna grupp är väldigt liten. Däremot finns forskning om barn i familjer med fler än två ”sociala” föräldrar, men dessa familjer kan se helt olika ut. I betänkandet Alla tiders föräldraskap – ett stärkt skydd för barns familjeliv (SOU 2022:38) görs en kunskapssammanställning om barns egna erfarenheter av relationer med sociala föräldrar i olika familjekonstellationer. När det gäller familjer där fler än två vuxna valt att skaffa barn och utöva föräldraskapet tillsammans redovisas endast en studie, en intervjustudie som utfördes på uppdrag av Utredningen om faderskap och föräldraskap (Ju 2017:07). I studien deltog 18 barn, ungdomar och unga vuxna som vuxit upp i s.k. regnbågsfamiljer eller blivit till genom spermiedonation. Endast ett fåtal av de intervjuade hade vuxit upp i en familj med fler än två föräldrar. Ett barn i studien ger uttryck för att det är märkligt att samhället genom lagstiftning uttrycker en annan syn på föräldraskap och vårdnad än den de själv upplever i sin vardag. Bland de unga vuxna i studien som vuxit upp med minst en ”social” förälder som inte haft del i det rättsliga föräldraskapet menar ett flertal att den icke-rättsliga föräldern har kunnat utöva ett fullvärdigt föräldraskap för dem, med samma auktoritet och trygghet som den rättsliga föräldern – även om den rättsliga statusen kan ha inneburit svårigheter för de vuxna. Flera vittnar om hur deras föräldrar har känt sig tvungna att ljuga eller kringgå lagar, som när en social förälder under-tecknat dokument avsett för vårdnadshavare. Dessutom beskrivs i intervjuerna att det i samband med separation och dödsfall blivit på-

² Sköld, J. 2021.

³ Joslin, C. G. & NeJaime, D. 2024.

⁴ Janssen, T. 2025.

tagligt problematiskt för barnen att det sociala föräldraskapet inte tryggats av ett rättsligt föräldraskap.⁵

9.3 Etik

Frågan om flera rättsliga föräldrar än två utmanar föreställningar och traditioner i fråga om hur en familj ska se ut. De etiska värden som gör sig gällande kan kopplas till barns och föräldrars rättigheter och intressen.

Argument för och emot att barn ska kunna ha fler än två rättsliga föräldrar/vårdnadshavare

Argument för

- Rättvisa och likabehandling. Det skulle ge ett erkännande till denna typ av familjbildning som är av både praktisk och känslomässig betydelse. Att begränsa antalet juridiska föräldrar till två kan uppfattas som diskriminerande mot vissa familjekonstellationer där fler än två vuxna planerat och tar ansvar för barnet (t.ex. vissa samkönade eller polyamorösa familjer).
- Det skulle stärka barnets rätt till skydd och omsorg och att värna sina familjerelationer i de familjer där det finns fler än två vuxna.
- Barnet riskerar annars att förlora sina viktiga vuxna och eller syskon vid ett dödsfall eller en konflikt.
- Barnet riskerar annars att inte få arva personer som de facto har varit dess föräldrar.
- För samkönade manliga par finns inget annat tillåtet sätt i Sverige för båda att bli föräldrar till ett gemensamt barn.

⁵ Malmquist, A. 2018.

Argument mot

- Barnets perspektiv på tillhörighet. Det kan bli svårt för barnet att navigera lojaliteter, tillhörighet och identitet om många vuxna formellt sett är föräldrar. Detta kan tänkas skapa emotionell förvirring, särskilt i konfliktsituationer.
- Vårdnadstvister är jobbiga nog som de är i dag, med två inblandade vuxna, och de riskerar att bli värre med fler vårdnadshavare.
- Umgänget blir krångligt vid en eventuell separation – ska barnet bo en vecka i taget hos fyra olika föräldrar?
- En vårdnadshavares upplevda ansvar för ett barn kan tänkas minska ju fler vårdnadshavare barnet har.
- Det finns mindre ingripande förändringar att göra när det gäller bl.a. föräldrafullmakter och rätt till umgänge, se t.ex. förslagen i *Alla tiders föräldraskap – ett stärkt skydd för barns familjeliv* (SOU 2022:38).

9.4 Rådets diskussion och ställningstaganden

Utgångspunkten i rådets diskussioner om frågan har varit ofrivilligt barnlösa personers möjlighet att få barn med hjälp av assisterad reproduktion. I dag finns som sagt ingen tillåten metod inom assisterad reproduktion i Sverige som kan hjälpa samkönade par av män eller ensamstående män att bli föräldrar. Rådet är delat i fråga om den metod som de skulle kunna använda, surrogatmoderskap, är etiskt godtagbar. I ljuset av detta har rådet diskuterat om en möjlighet för tre eller fyra vuxna i familjer som uppstår genom ”privat” assisterad reproduktion att bli rättsliga föräldrar skulle vara etiskt försvarbar, även om frågeställningen kanske i första hand inte är en medicinsk-etisk fråga.

Rådet ser det som positivt om flera grupper av ofrivilligt barnlösa kan få barn med nya metoder inom assisterad reproduktion. De tilltänkta föräldrarnas intresse av att få och ta hand om barn måste dock vägas mot andra intressen, värden och principer.

Fördelarna för de personer som blir föräldrar genom ”privat” assisterad reproduktion med tre eller fyra inblandade personer med att alla kan bli rättsliga föräldrar är att alla får samma rättsliga status

med de rättigheter, skyldigheter och det samhälleliga erkännande detta innebär. Även för barnen skulle det kunna vara en fördel att alla föräldrarna får en rättslig status som förälder. Det gäller t.ex. i frågor om vårdnad, umgänge och arv om någon av de rättsliga föräldrarna avlider. För barnen kan det också tänkas vara positivt att samhället på så sätt ger ett erkännande av deras typ av familj.

Vid en separation förefaller det kunna vara både till fördel och nackdel för barnet att ha flera rättsliga föräldrar än två. För att en syskonskara ska hålla ihop efter en separation förefaller det vara en fördel att alla föräldrar är rättsliga föräldrar till alla barn. Samtidigt blir situationen vid en separation komplicerad. Många barn far illa av uppslitande vårdnadstvister. Hur skulle det fungera om barnet har fler än två föräldrar, riskerar konflikterna att bli fler och värre? En annan situation som har diskuterats är samtycke för åtgärder inom hälso- och sjukvården. Det kan i dag vara svårt att få samtycke från två föräldrar. Det riskerar att bli ännu mer komplicerat med fler än två föräldrar.

Rådet har inte kunnat avgöra om för- eller nackdelarna med en möjlighet till rättsligt föräldraskap för fler än två överväger. En majoritet inom rådet förordar att regeringen tillsätter en utredning som ser över frågan om en möjlighet till rättsligt föräldraskap för fler än två. En majoritet av rådets ledamöter gör även bedömningen att det bör införas åtgärder som kan underlätta för de föräldrar i de aktuella familjekonstellationerna som inte är rättsliga föräldrar att få en mer generell behörighet att hantera frågor som gäller barnet, och att få umgänge eller vårdnad. En minoritet inom rådet anser att frågan om rättsligt föräldraskap för fler än två inte bör utredas, och förordar inte heller införandet av åtgärder för att underlätta för de föräldrar i de aktuella familjekonstellationerna som inte är rättsliga föräldrar att få en mer generell behörighet att hantera frågor som gäller barnet, eller att få umgänge eller vårdnad.

10 Proaktiv fertilitetsvård

Proaktiv och preventiv fertilitetsvård är två närliggande men inte identiska begrepp som båda handlar om att stärka individens möjligheter att bevara och öka kontrollen över sin fertilitet. Många människor saknar kunskap om fertilitet och hur ålder och livsstilsfaktorer kan påverka den.¹ Det proaktiva perspektivet betonar medvetenhet, kunskap och egen planering innan problem uppstår. Det handlar om att se fertilitet som en del av den långsiktiga hälsan, snarare än något som bara uppmärksammas när man får problem. Detta är ett växande område inom fertilitetsmedicin. Proaktiv fertilitetsvård kan till exempel innebära att genomföra en fertilitetsutredning eller en analys av äggreserv för att få en bild av den aktuella fertilitetsstatusen, att diskutera tidsplanering för graviditet utifrån ålder och livsmål, eller att vidta fertilitetsbevarande åtgärder som frysning av ägg eller spermier. Det kan också handla om att få stöd i att anpassa sin livsstil, såsom att minska tobaks- och alkoholkonsumtion, förbättra kosthållningen eller hantera stress, eftersom faktorer som rökning, alkoholinlag, fysisk aktivitet, vikt och stressnivåer påverkar fertiliteten hos både kvinnor och män.

Preventiv fertilitetsvård fokuserar på att undvika eller minska kända individuella risker som kan försämra fertiliteten. Det kan till exempel innebära att identifiera och behandla medicinska tillstånd som endometriosis, polycystiskt ovariesyndrom (PCOS) eller sköldkörtelrubbingar i ett tidigt skede. Nedfrysning av ägg, spermier eller vävnad i fertilitetsbevarande syfte för personer som genomgår till exempel cancerbehandling kan också räknas som preventiv fertilitetsvård. Även uppföljning av läkemedelsanvändning som kan ha inverkan på fertiliteten är en del av det preventiva arbetet.

¹ Svensk förening för obstetrik och gynekologi, arbets- och referensgrupp för ofrivillig barnlöshet 2019, s. 40.

Rådets diskussioner inom området har framför allt handlat om äggfrysning av icke-medicinska skäl, eftersom det är en praktik som ökar i omfattning både i Sverige och i andra länder. Rådet har också berört annan preventiv fertilitetsvård.

10.1 Äggfrysning av icke-medicinska skäl

Äggfrysning är en metod där ägg tas ut och fryses ned för att möjliggöra ivf-behandling vid ett senare tillfälle. Äggfrysning av icke-medicinska skäl används för att öka chanserna till graviditet senare i livet, eftersom äggens kvalitet är bättre vid yngre ålder.

10.1.1 Situationen i dag

Sverige

Äggfrysning av medicinska skäl bekostas av regionerna medan äggfrysning av icke-medicinska skäl (eng. *social freezing*) inte bekostas av samhället. Äggfrysning av icke-medicinska skäl har varit möjlig på privata kliniker i Sverige sedan 2011² och flera kliniker marknadsför och erbjuder i dag denna tjänst. Hormonstimulering och ägguttag kostar sammanlagt ungefär 40 000–45 000 kronor. Utöver detta måste man betala 3 000–4 000 kronor per år för att ha äggen nedfrysta.³ Antalet kvinnor som låter frysa ner sina ägg av icke-medicinska skäl har ökat och 2022 utfördes 743 äggfrysbehandlingar av icke-medicinska skäl.⁴ Skatteverket meddelade 2015 att äggfrysning kan erbjudas som skattefri löneförmån. I dag uppskattas att cirka en femtedel av de anställda i Sverige erbjuds tillgång till fertilitetsvård som löneförmån, där äggfrysning ingår. 2023 utnyttjade fem kvinnor den förmånen och 2024 var motsvarande antal 29 kvinnor.⁵

² Svensk förening för obstetrik och gynekologi, arbets- och referensgrupp för ofrivillig barnlöshet 2019, s. 183.

³ Hainer, C. 2025.

⁴ Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF) 2024.

⁵ Hainer, C. 2025.

Andra länder

I de flesta länder där äggfrysning av icke-medicinska skäl är tillåtet bekostas det inte av samhället. Frankrike utgör här ett undantag. 2021 tillät Frankrike äggfrysning utan medicinsk indikation för kvinnor mellan 29 och 37 år. Behandlingen finansieras av det nationella sjukvårdssystemet, förutom årliga bevarandavgifter. Skälet var att alla kvinnor oavsett socioekonomisk situation skulle få samma möjlighet. Dock är det bara offentliga kliniker som är behöriga att utföra denna behandling.⁶ Viss subventionering av äggfrysning av icke-medicinska skäl förekommer även i Sydkorea.⁷

I USA använder allt fler kvinnor äggfrysning. 2014 gjordes 6 000 behandlingar och 2023 var siffran uppe i 39 000.⁸ Från USA rapporteras att vissa företag finansierar äggfrysning som förmån för sina anställda. Många företag som erbjuder fertilitetsförmåner kräver dock att arbetstagaren har en infertilitetsdiagnos för att stå för kostnaden för äggfrysning.⁹ 2025 rapporterades vidare att ett startup-företag erbjuder kvinnor kostnadsfri äggfrysning i utbyte mot att de donerar hälften av de uttagna äggen till andra.¹⁰ I USA är äggdonation inte altruistisk utan donatorerna får ekonomisk ersättning. Detta företag erbjuder alltså gratis äggfrysning som ersättning.

Även på området äggfrysning förekommer medicinsk turism, som orsakas av olikheter i länders kostnader och regelverk.¹¹

10.1.2 Forskning

Undersökningar visar att bara en liten andel av de kvinnor som väljer att frysa sina ägg sedan använder dem. I en metastudie över 27 studier rapporteras att 10,8 procent av kvinnorna återvände för att tina sina ägg, med en genomsnittlig överlevnadsgrad för äggen på 81,4 procent. I slutändan rapporterades levande födsel för 28,9 procent av kvinnorna som återvände för att använda de frysta äggen. Uppföljningstiden i studierna varierade mellan 4 och 19 år, med en median på 7 år.¹² I en stor studie från USA visas att endast 5,7 procent av de kvinnor som

⁶ Chehimi, M, Boursier, A. m.fl. 2025.

⁷ Smith, N. 2023.

⁸ Stahl, L. 2025.

⁹ Tecco, H. 2025.

¹⁰ Temkin, M. 2025.

¹¹ Baldwin, K. 2025.

¹² Kirubarajan, A., Patel, P. m.fl. 2024.

frös in ägg mellan 2014 och 2016 återvände för att använda dem inom fem till sju år.¹³

Enligt en studie som genomförts efter reformen i Frankrike var kvinnorna som ansökte om äggfrysning i genomsnitt 35 år gamla, ensamstående (72,2 procent) och bosatta i stadsområden (92,2 procent). 26,1 procent levde i ett heterosexuellt förhållande. De flesta var högt utbildade (68,3 procent). Nästan två tredjedelar av kvinnorna uppgav att de inte skulle ha övervägt äggfrysning om kostnaderna inte hade täckts av det nationella hälso- och sjukvårdssystemet. Det främsta skälet till att ansöka var avsaknaden av en lämplig partner (64 procent). Om deras ägg inte skulle användas planerade nästan hälften av kvinnorna (58 procent) att donera dem till en tredje part.¹⁴

10.1.3 Etik

Äggfrysning kan sägas stärka kvinnors självbestämmande eftersom metoden ger dem möjlighet att i större utsträckning välja när de vill ha barn. De kan invänta rätt partner och välja en tidpunkt när de är emotionellt och psykologiskt mest förberedda på barn. Om kvinnor fryser ner ägg för eget framtida bruk kan de framtida behoven av äggdonation minska. Ett skäl för samhället att finansiera äggfrysning av icke-medicinska skäl är att det ger alla kvinnor samma tillgång till behandlingen oavsett ekonomiska förutsättningar. Ett annat skäl skulle kunna vara att det leder till minskad ofrivillig barnlöshet.

Forskning visar att äggfrysning inte alls är någon garanti för att få barn. Sannolikheten att bli gravid är större med egna än med donerade ägg, men långt ifrån alla lyckas bli gravida med hjälp av egna nedfrysade ägg. Dessutom ökar riskerna vid graviditet med stigande ålder. Det finns också medicinska risker för kvinnan vid hormonstimulering och ägguttagning. Ett annat argument mot att subventionera äggfrysning av icke-medicinska skäl är att det riskerar att förstärka en norm om att kvinnor ska anpassa sin fertilitet till arbetslivet, i stället för att samhället förbättrar villkoren för att få barn tidigare. Man kan också ställa sig frågan vad som ska hända med alla ägg som inte används. Å ena sidan kan de användas i forskning men å andra sidan kan det skapas en marknad för handel med dessa ägg.

¹³ Lee, M. B., Siavoshi M, m.fl. 2025.

¹⁴ Chehimi, M, Boursier, A. m.fl. 2025.

10.1.4 Rådets tidigare ställningstagande

I rapporten *Assisterad befruktning – etiska aspekter* från 2013 ansåg rådet att det är etiskt godtagbart att erbjuda en kvinna möjlighet att frysa ner sina ägg både vid risk för medicinsk och åldersrelaterad infertilitet. En förutsättning för detta ansågs vara att kvinnan är informerad om riskerna med ägguttagningen och är medveten om att en framtida ivf-behandling inte garanterar någon graviditet. När det föreligger medicinska skäl bakom behovet av äggnedfrysning ansåg rådet att samhället bör bidra till kostnadstäckningen, vilket däremot inte bör vara fallet när en frisk kvinna vill frysa ner sina ägg för framtida behov. Som beskrivits ovan är det detta som gäller i dag i Sverige.

10.2 Annan proaktiv fertilitetsvård

Till proaktiv fertilitetsvård hör rådgivning i fertilitetsfrågor som ges vid olika vårdinrättningar, bland annat vid fertilitetskliniker men också vid andra typer av vårdenheter. Initiativ kring att öka ungdomars kunskaper via ungdomsmottagningarna har tagits av forskare och Barnmorskeförbundet inom projektet Reproaktiv livsplan.¹⁵

Det finns också medicinska metoder för att mäta den egna fertiliteten. På den svenska marknaden finns flera företag som marknadsför och säljer olika typer av fertilitetsanalyser, t.ex. av hormoner och äggreserv genom blodprov.

Från länder som Storbritannien och USA, där det finns en välutvecklad privat marknad för fertilitetsvård inklusive proaktiv fertilitetsvård, rapporteras att det finns risk för att utbudet av proaktiva insatser drivs av jakt på vinst och inte av omsorg om patienterna.¹⁶

10.3 Rådets diskussion och ställningstaganden

Rådet kan konstatera att vi har en samhällsutveckling där människor får barn allt senare i livet, medan den grundläggande mänskliga reproduktionsbiologin i stort sett är oförändrad. Den bästa åldern för kvinnor att bli gravida ur fertilitetssynpunkt stämmer för många inte

¹⁵ Reproaktiv livsplan u.å.

¹⁶ Bishop, K. 2023.

överens med den mest önskvärda eller möjliga ur ett personligt eller ett samhälleligt perspektiv. Det gör att allt fler behöver söka hjälp för ofrivillig barnlöshet.

Äggfrysning av icke-medicinska skäl är en etablerad praktik och rådet finner inte skäl att ifrågasätta om det ska vara fortsatt tillåtet. Däremot har rådet återigen ställt sig frågan om det bör ingå i det offentliga åtagandet och därmed bekostas av samhället.

När äggfrysning av icke-medicinska skäl bekostas av individen själv skapas en ojämlikhet där endast kvinnor med ekonomiska resurser får möjlighet att ”försäkra” sin fertilitet genom äggfrysning, medan andra inte har denna möjlighet. Detta kan ses som problematiskt ur ett jämlikhetsperspektiv. Ur ett jämlikhetsperspektiv kan det därmed hävdas att alla kvinnor skulle få samma möjlighet till äggfrysning av icke-medicinska skäl. Rådet kan inte avgöra om offentlig finansiering av äggfrysning av icke-medicinska skäl skulle innebära stora kostnader för samhället eller om det skulle vara en kostnadseffektiv åtgärd jämfört med att fortsätta erbjuda assisterad reproduktion till personer som är i behov av sådan. Frågan om äggfrysning icke-medicinska skäl handlar också om vad det är rimligt att samhället respektive individen ansvarar för. Det viktigaste argumentet för att äggfrysning av icke-medicinska skäl bör bekostas av individen själv är att detta inte är en behandling av ofrivillig barnlöshet, utan en åtgärd för att möjliggöra uppskjutet barnafödande. Samtidigt är rådet medvetet om att individuella val och önsknings kring den bästa tidpunkten att få barn påverkas av strukturella faktorer som arbetsmarknad, bostadssituation och partnertillgång, vilket komplicerar gränsdragningen mellan individuellt ansvar och samhällsansvar.

En majoritet av rådsmedlemmarna gör i dag samma bedömning som tidigare, nämligen att äggfrysning av icke-medicinska skäl bör bekostas av individen själv. De vill dock inte blunda för att utvecklingen där människor får barn i allt högre åldrar kommer att göra att fler kommer att behöva hjälp med assisterad reproduktion. I framtiden kan det komma att anses som rimligt att samhället bekostar förebyggande fertilitetsvård så som äggfrysning av icke-medicinska skäl. En ledamot anser att det i stället redan nu bör utredas om samhället ska bekosta äggfrysning av icke-medicinska skäl.

Hela rådet ser det som positivt att människor får ökad tillgång till kunskap och verktyg för att förstå och planera sin fertilitet. Det är viktigt att människor har kunskap om fertilitet och hur ålder och

livsstilsfaktorer kan påverka den. Rådet vill betona att insatser för ökad kunskap ska vara neutrala och inte styrande i fråga om huruvida det är önskvärt att få barn. Syftet ska vara att öka individers reproduktiva autonomi.

När det gäller marknaden för fertilitetstester och andra verktyg ser rådet risker med en utveckling där kommersiella intressen kan gå före patienternas bästa. Utan tillförlitlig information om de olika metodernas risker och nytta kan patienter komma att betala för onödiga tjänster. Rådet anser därför att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att granska och ge tillförlitlig information om nytta och risker med de tjänster som erbjuds inom den proaktiva fertilitetsvården. I fråga om äggfrysning finns risk att det uppfattas som en garanti för framtida barn, men erfarenheterna hittills visar att det inte alls är någon garanti.

11 Preimplantatorisk genetisk testning (PGT)

Preimplantatorisk genetisk testning (PGT) är genetisk testning av befruktade ägg. Testningen förutsätter att ägg plockas ut från kvinnan efter stimulering av äggstockarna och befruktas. De får sedan växa i några dagar, varefter enstaka eller några celler tas från dem och analyseras. Ett befruktat ägg som inte har de egenskaper som man vill undvika, alternativt har de egenskaper som man önskar, implanteras därefter i livmodern. Befruktade ägg kan också frysas och implanteras senare.

PGT delas upp i olika kategorier utifrån vilka genetiska analyser man gör:

- PGT-M – monogena tillstånd och sjukdomar. Används när en eller båda föräldrarna bär på en genetisk avvikelse som gör att de löper stor risk att få barn med en ärftlig monogen sjukdom.
- PGT-SR – strukturella rearrangemang av kromosomer. Används när en eller båda föräldrarna bär på en genetisk avvikelse som gör att de löper stor risk att få barn med ärftliga kromosomavvikelser.
- PGT-HLA – vävnadstyp (human leukocyte antigen). Används för att hitta ett befruktat ägg med en genetisk uppsättning som gör att det blivande barnet kan fungera som stamcellsdonator till ett svårt sjukt syskon.
- PGT-A – aneuploidi. Används för att hitta förekomst av kromosomavvikelser. Även kön kan bestämmas.
- PGT-P – polygena sjukdomar och egenskaper. Används för att uppskatta sannolikhet för att utveckla olika sjukdomar och egenskaper som beror på flera gener.

En övergripande frågeställning inom PGT är vilka analyser som ska få göras. Vilka sjukdomar, tillstånd, risker och egenskaper ska man få leta efter anlag för? Denna fråga har många etiska aspekter och aktualiserar flera centrala värden och intressen. Föräldrar kan önska att deras framtida barn ska vara fria från allvarliga sjukdomar och lidande, vilket knyter an till värden som autonomi, ansvar och omsorg. Samtidigt står barnets egna framtida rättigheter i fokus, särskilt rätten till ett öppet liv utan att val redan från början begränsas av föräldrarna. På samhällsnivå aktualiseras värden som människovärde och mångfald, eftersom PGT kan påverka synen på vilka liv som anses önskvärda och riskera att leda till diskriminering mot dem som lever med genetiska sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Även värden som rättvisa och solidaritet aktualiseras, om tillgången till PGT är ojämlig och riskerar att förstärka sociala skillnader.

Rådet gör i denna rapport en översiktlig etisk analys av PGT och tar ställning bara i vissa frågor. En fördjupad analys med ett helhetsgrepp på genetiska analyser i reproduktion och vård görs parallellt och kommer att publiceras i en kommande publikation.

11.1 Ungdomsdialoger

Smer har inom ramen för beredningen av denna rapport tagit upp frågan om PGT vid två ungdomsdialoger som ägde rum i april respektive maj 2025. Vid ungdomsdialogerna fick gymnasieungdomar i årskurs 1 och 2 i Umeå och Lund chans att utveckla sina tankar och reflektioner i denna och andra frågor och ge råd till Smer. Vid båda dialogerna ansåg ungdomarna att det bör vara tillåtet att testa befruktade ägg för allvarliga och livshotande sjukdomar, särskilt sådana som påverkar livskvalitet eller vardagsfunktioner eller som orsakar stort lidande. Däremot var det starkt motstånd mot att testa för egenskaper som kön, ögonfärg, intelligens eller kreativitet, eftersom detta uppfattades som ett steg mot att designa människor och skapa likriktning i samhället. Detta sågs som oetiskt och riskabelt, med farhågor om att det kan leda till ett samhälle där barn förväntas vara ”perfekta” och där vissa liv uppfattas som mindre önskvärda.¹

¹ Smer 2026.

11.2 PGT-M, PGT-SR och PGT-HLA

11.2.1 Situationen i dag

Sverige

Enligt lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. får preimplantatorisk genetisk diagnostik² endast användas om mannen eller kvinnan bär på anlag för en allvarlig monogen eller kromosomal ärftlig sjukdom, som innebär en hög risk för att få ett barn med en genetisk sjukdom eller skada. Behandlingen får inte användas för val av egenskap utan endast inriktas på att barnet inte ska ärva anlag för sjukdomen eller skadan i fråga. PGT-HLA får efter tillstånd av Socialstyrelsen användas för att försöka få ett barn med en sådan genuppsättning att barnet skulle kunna bli donator av blodstamceller till ett svårt sjukt syskon. Tillstånd får lämnas endast om det finns synnerliga skäl för att tillåta användning.

2022 startade 441 behandlingar med PGT i färsk cykel i Sverige. Det gjordes 284 embryoåterföringar i färsk cykel och fryscykel, och i 126 fall blev det förlossning efter att PGT använts.³ PGT är nationell högspecialiserad vård och utförs endast i Stockholm och Göteborg. Patienter från andra regioner behöver en remiss till specialistvård för att kunna få behandling vid någon av de två enheterna. Enskilda individer eller par kan också under vissa förutsättningar söka PGT-behandling genom fritt vårdval.

Det finns ingen ytterligare definition av vad som ska räknas som en allvarlig sjukdom i detta sammanhang. PGT har i Sverige utförts för över 300 olika tillstånd och nya frågeställningar tillkommer kontinuerligt. Det finns heller ingen lista på godkända diagnoser och i den nationella uppföljningen av PGT ingår ingen redovisning av vilka sjukdomar det används för. Vid tveksamhet kring huruvida en viss diagnos uppfyller lagkraven så tas frågan upp i det multidisciplinära behandlingsteamet, lokalt och/eller i samråd mellan NHV-enheterna.⁴

En grupp forskare och kliniskt verksamma har hört av sig till rådet med farhågor om att det kan hända att man utnyttjar tekniken för att den finns trots att den ärftliga sjukdomen kanske är åtgärdbar. De anser att det bör utvärderas om det har skett en indikationsglidning,

² Tidigare benämning på preimplantatorisk genetisk testning.

³ Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF) 2024.

⁴ NHV-enheterna för PGT 2025.

det vill säga om sjukdomstyperna som PGT används för har ändrats över tid, och att det kan krävas en ingående etisk analys och diskussion kring hur en avvägning mellan olika värden bör göras om PGT har börjat användas för tillstånd vars sjukdomsburda är hanterlig eller mindre allvarlig.

Rådet har av företrädare för PGT-verksamheten fått veta att PGT över tid har kommit att användas för allt fler sjukdomar och tillstånd, till exempel bröstcancer.⁵ Däremot har rådet inte fått vetskap om några exempel på sjukdomar som av klinikerna inte har ansetts vara tillräckligt allvarliga för att PGT ska få användas. Enligt muntligt lämnad information till rådet gör klinikerna inte någon överprövning av de blivande föräldrarnas uppfattning av vad som är en allvarlig sjukdom.

Det har i samtal med professionen också kommit till rådets kännedom att de olika remitterande regionerna gör olika bedömningar av vad som ska räknas som en allvarlig sjukdom. Exempelvis remitterar vissa regioner patienter som bär på riskgener för bröstcancer till PGT medan andra inte gör det.

Regeringen angav i proposition 2005/06:64 om genetisk integritet mm att alla ärenden där PGT⁶ kommer till användning ska rapporteras särskilt till Socialstyrelsen. På så vis skapas förutsättningar för Socialstyrelsen att följa utvecklingen och agera om praxis utvecklas på ett icke önskvärt sätt. Detta var ett förslag från Smer. Någon rapportering och uppföljning av vilka tillstånd som PGT används för sker dock inte i dag. Regeringen ville i propositionen även understryka vikten av att Statens medicinsk-etiska råd följer utvecklingen i fråga om PGT-HLA även i fortsättningen.

Andra länder

PGT-M/SR är tillåtet i de allra flesta länderna i Europa.

⁵ När det gäller bröstcancer finns vissa gener (bl.a. BRA1 och BRCA2) som innebär en stor risk att utveckla cancer.

⁶ Kallades preimplantatorisk genetisk diagnostik (PGD) med dåvarande terminologi.

11.2.2 Medicinska risker

I fråga om eventuella risker för barnen och de gravida kvinnorna så har SBU inom ramen för sin systematiska översikt och utvärdering av PGT-A 2025 dragit slutsatsen att de inte finns något som tyder på några skillnader i komplikationer för barnet eller den gravida kvinnan då ivf med eller utan biopsi av embryot jämförs. Detta gäller för alla former av PGT, inte bara PGT-A.⁷

11.2.3 Etik

PGT-M och PGT-SR aktualiserar framför allt konflikten mellan å ena sidan

- intresset för föräldrar att få friska barn,

och å andra sidan

- kravet på respekt för människovärdet, och
- en oro för de möjliga samhällsliga konsekvenser användningen av PGT-tekniken på sikt kan skapa.

11.2.4 Rådets tidigare ställningstagande

Rådet skrev ett yttrande om PGT 2004. Rådet använde den dåvarande termen PGD (preimplantatorisk genetisk diagnostik) som motsvarar bl.a. PGT-M och PGT-SR. Rådet ansåg att det starkaste argumentet mot PGD ytterst har sin grund i att metoden är så effektiv att den kan drivas för långt. Eftersom man väljer befruktade ägg före implantering, kan icke önskvärda egenskaper och sjukdomar väljas bort på med större precision än genom traditionell fosterdiagnostik – dels för att flera ägg i taget finns tillgängliga, dels för att det kan vara lättare att acceptera PGD än fosterdiagnostik följt av abort. PGD-metodens selektiva drag i förening med kommersialiseringen av reproduktionen ingav farhågor. Rådet påpekade att kön och HLA-typning då var möjliga val, men att andra egenskaper snart kanske skulle vara möjliga att förutsäga. Allt detta kunde enligt rådet anföras

⁷ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2025.

som skäl för en strikt reglering av teknikens tillämpning. Rådet ansåg följande.

- PGD ska få användas för par som bär på en specifik, allvarlig monogen eller kromosomal ärftlighetssjukdom, som innebär hög risk att få barn med en genetisk sjukdom eller skada. Det innebär en viss utvidgning i förhållande till då gällande riktlinjer, som angav att PGD skulle inriktas mot allvarliga, progressiva, ärftliga sjukdomar som leder till tidig död och där ingen bot eller behandling finns. Rådet ansåg att PGD även skulle få användas vid tillstånd som inte med nödvändighet leder till tidig död, liksom svåra tillstånd där viss behandling finns att tillgå, men där denna endast erbjuder begränsad lindring.
- PGD ska endast få inriktas på att barnet inte ska ärva anlag för sjukdomen eller skadan i fråga.
- PGD ska inte få användas för val av egenskap.

11.2.5 Rådets diskussion och ställningstaganden

Sverige tillåter liksom de flesta andra europeiska länder att PGT kan användas för att leta efter anlag för allvarliga monogenetiska sjukdomar och kromosomavvikelser. När dagens lagstiftning kom på plats var det inte möjligt att med hjälp av polygena riskpoäng beräkna sannolikheter för att en individ ska utveckla sjukdomar eller egenskaper som beror på många olika gener. Men med hjälp av data från stora biobanker med hundratusentals individers gener går vetenskapen på området framåt, även om det fortfarande finns stora brister i bedömningarna av risker för olika sjukdomar och sannolikheten för olika egenskaper (se vidare i avsnittet om PGT-P nedan).

Smer påpekade i en skrivelse till regeringen 2018 att det utifrån den snabba tekniska utvecklingen behöver tas ett helhetsgrepp utifrån ett etiskt perspektiv på kriterier för och användning av genetiska undersökningar inom området fertilitet och graviditet, och förordade en översyn av lagen om genetisk integritet m.m.⁸

Rådet håller fast vid detta och bedömer även att det behövs större insyn från samhället i fråga om vilka tillstånd PGT används för i dag. Smer förordar därför att Socialstyrelsen får i uppdrag att göra en

⁸ Smer 2018.

nationell uppföljning av vid vilka sjukdomar och tillstånd PGT beviljas.

När rådet analyserade frågan om PGT 2004 berördes den s.k. ”list-problematiken”, dvs. att känsliga gränsdragningsfrågor löses genom att det görs upp förteckningar – listor – över sjukdomar och sjukdomsanlag som kommer i fråga för behandling eller diagnostik. Ett argument mot att göra sådana förteckningar brukar framhållas från bl.a. funktionsrättsrörelsen, nämligen att denna form av listor indirekt blir beskrivningar av människor som är mindre värda och därmed diskriminerande för de människor som lever med just de sjukdomar som finns upptagna på en sådan lista.⁹ I en uppföljning skulle det skapas en lista över vilka sjukdomar och tillstånd som PGT har använts för i Sverige. En sådan finns i till exempel Storbritannien, publicerad på myndigheten HFEA:s hemsida.¹⁰ Smer anser inte att risken att människor som lever med just de sjukdomar som kommer att finnas upptagna på förteckningen upplever stigmatisering gör att samhället ska avstå att inhämta och offentligt publicera denna information.

11.3 PGT-A

PGT-A innebär att de befruktade äggen vid en ivf-behandling screenas för kromosomavvikelse. De blivande föräldrarna har ingen bakomliggande sjukdom eller bärarskap. Syftet är att öka chansen till graviditet, genom att befruktade ägg med kromosomavvikelse sorteras bort och inte används. Kromosomavvikelse är en vanlig orsak till misslyckad implantation och missfall.

Teorin bakom PGT-A är att om endast befruktade ägg med ett normalt antal kromosomer återförs så skulle sannolikheten att få barn öka. Den totala behandlingstiden till en graviditet och förlossning ökar och skulle därför teoretiskt kunna ha en större nytta av PGT-A. Samtidigt medför PGT-A att färre eller inga befruktade ägg kvarstår som kan återföras. Det är möjligt att några av de befruktade ägg som väljs bort vid PGT-A skulle ha kunnat leda till ett levande fött barn om det hade återförts. En del av de befruktade ägg som valts bort kan exempelvis ha haft en avvikande kromosomuppsättning

⁹ Smer 2004.

¹⁰ Human Fertilisation and Embryology Authority u.å.b.

endast hos några celler och inte alla (mosaicism). I andra fall kan det handla om ett svårtolkat analysresultat eller om feldiagnostik.

11.3.1 Situationen i dag

Sverige

PGT-A är inte tillåtet i Sverige. Företrädare för professionen har dock under flera år hört av sig till Smer och önskat att Sverige ska tillåta PGT-A. Det förekommer att svenskar som genomgår ivf-behandling i utlandet använder PGT-A i syfte att öka chanserna till graviditet.

Andra länder

PGT-A är antingen uttryckligen tillåtet, eller tillåtet på grund av avsaknad av reglering, i 32 av 44 europeiska länder. I Norden är PGT-A tillåtet i Finland och på Island. I Danmark liksom i Sverige är det endast tillåtet inom ramen för definierade forskningsprojekt och i Norge är PGT-A inte tillåtet.¹¹ I en del länder är PGT-A vanligt förekommande. I USA användes exempelvis PGT-A vid nära hälften av alla IVF-behandlingar 2018.¹² Det pågår även rättsprocesser i USA där patienter stämmer kliniker för vilseledande marknadsföring kring effekten av PGT-A.¹³

11.3.2 Forskning

När den svenska lagen om genetisk integritet infördes och PGT-A diskuterades, hade endast ett mindre antal behandlingar med PGT-A genomförts i världen. I dagsläget finns flera forskningsstudier och forskningssammanställningar gällande metoden.

En systematisk genomgång av litteraturen fram till och med 2019 av Cochrane-institutet fann att det inte fanns tillräckligt med evidens för att avgöra om det finns någon skillnad i hur många levande barn

¹¹ European IVF-Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Calhaz-Jorge, C., Smeenk, J., m.fl. (2024).

¹² Hipp, H.S., Crawford, S. m.fl. (2022).

¹³ Ducharme, J. (2025).

som föddes, varken sammanlagt eller efter den första embryoåterföringen, eller i missfallsfrekvens, vid ivf med och utan PGT-A. Det var osäkert om PGT-A leder till fler graviditeter. Cochrane-institutet fann därmed inte evidens för att kunna rekommendera att PGT-A blir klinisk praxis.¹⁴

Den brittiska myndigheten Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) som utvärderar tilläggsbehandlingar vid assisterad reproduktion redovisar att det inte finns några bevis från randomiserade kontrollerade studier som tyder på att PGT-A är effektivt för att förbättra chansen att få barn för de flesta patienter som genomgår ivf-behandling. Det finns dock viss evidens som tyder på att PGT-A kan vara fördelaktigt för att minska andelen missfall.¹⁵

American Society for Reproductive Medicine (ASRM) publicerade 2024 en genomgång av den vetenskapliga litteraturen. Enligt denna genomgång rapporterade några tidigare studier vid ett enda center högre födelsetal efter PGT-A vid primär embryoöverföring hos patienter med gynnsam prognos. Två senare randomiserade och kontrollerade multicenterstudier på kvinnor med tillgängliga blastocyster kom dock fram till att de totala graviditetsresultaten var likartade mellan konventionell ivf och PGT-A. Värdet av PGT-A för att minska risken för missfall är också oklart. Dessa studier har dock viktiga begränsningar och det finns fortfarande frågor om lämpligt patienturval och testplattformar. ASRM drar slutsatsen att de inte kan rekommendera PGT-A som allmän behandling och de efterlyser bättre studier.¹⁶

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) publicerade i juni 2025 en systematisk översikt och utvärdering av effekterna på bland annat graviditetsutfall av PGT-A. I arbetet identifierades sju randomiserade kontrollerade studier med tillräckligt hög kvalitet. SBU kom fram till att andelen förlossningar med levande barn är jämförbar för de som genomgår en ivf-behandling med eller utan PGT-A. Även för kvinnor 35 år och äldre är andelen förlossningar med levande barn jämförbar för de som genomgår en ivf-behandling med eller utan PGT-A. Dock går det enligt SBU inte att bedöma om andelen förlossningar med levande barn efter den första planerade embryoåterföringen påverkas för denna grupp efter-

¹⁴ Cornelisse, S., Zagers, M. m.fl. 2020.

¹⁵ Human Fertilisation and Embryology Authority u.å.c.

¹⁶ Orvieto R. 2024.

som resultatet är mycket osäkert. När enbart kvinnor med en genomförd embryoåterföring analyseras ses högre andel förlossningar med levande barn för de som genomgått ivf med PGT-A, även för kvinnor 35 år och äldre. Alla dessa resultat bedömdes ha låg eller mycket låg tillförlitlighet. När det gäller den totala behandlingstiden till förlossning så var det vetenskapliga underlaget enligt SBU otillräckligt vilket gör att det inte att bedöma om tiden till förlossning påverkas av PGT-A.¹⁷

SBU anser i sin rapport att det finns behov av mer forskning för att utvärdera om PGT-A har effekt till exempel vad gäller den totala behandlingstiden till förlossning och om det finns någon patientgrupp som särskilt skulle ha nytta av PGT-A, som äldre kvinnor, kvinnor med upprepade missfall eller upprepade misslyckade ivf-behandlingar. Det pågår för närvarande flera forskningsstudier som skulle kunna ge ytterligare evidens på området.¹⁸

Inom professionen pågår en diskussion om det vetenskapliga underlaget för PGT-A. Även om de systematiska översikterna visar att PGT-A inte har någon effekt på chansen att få barn så finns enskilda studier som visar på positiva effekter. Dessutom visar observationsdata över antalet födslar per embryotransfer bättre utfall för gruppen som gjort PGT-A än gruppen som inte gjort PGT-A. Det får vissa att dra slutsatsen att PGT-A är en effektiv behandlingsmetod. Problemet med dessa observationsdata är dock att de utesluter de fall där det inte fanns några embryon att överföra, vilket är betydligt vanligare i gruppen som gjort PGT-A. Utfallsmåttet födslar per embryotransfer är därför ett missvisande mått på effektiviteten i PGT-A.¹⁹

11.3.3 Nya metoder

Det är i dag också möjligt att göra genetiska analyser på det cellfria DNA från det befruktade ägget som finns i mediet som det odlas i. Detta kallas icke-invasiv PGT-A (niPGT-A). En sådan metod skulle kunna bli både billigare och enklare att utföra än PGT-A. Det pågår studier som utvärderar effekten jämfört med ivf utan PGT-A, men

¹⁷ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2025.

¹⁸ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2025.

¹⁹ Wilkinson, J. 2023.

i skrivande stund finns inga resultat från dessa studier.²⁰ Metoden marknadsförs vid vissa utländska kliniker som tilläggsbehandling. Även en svensk klinik har tidigare erbjudit metoden.

Forskning och utveckling pågår också gällande AI-verktyg för att analysera kromosomavvikelser hos befruktade ägg inför implantation genom bildanalys och inte genetisk analys.²¹

11.3.4 Etik

Det grundläggande etiska problemet med PGT-A är konflikten mellan å ena sidan

- intresset av framgångsrik behandling av ofrivillig barnlöshet,

och å andra sidan

- respekt för människovärdet, och
- en oro för de samhälleliga konsekvenser som användningen av PGT på sikt skulle kunna skapa.

Även om syftet med PGT-A är att öka chanserna till graviditet så innebär metoden som används att befruktade ägg med kromosomavvikelser väljs bort. Det kan tänkas att vissa ser möjligheten att ta reda på om befruktade ägg har kromosomavvikelser som en fördel även utifrån perspektivet att kunna undvika att föda ett barn med kromosomavvikelse.

I ett läge där det råder oklarhet kring huruvida PGT-A är en effektiv åtgärd för att öka chansen till graviditet och förlossning finns också en konflikt mellan effekt och kostnad. Samhället bör inte lägga resurser på en metod som inte har effekt. Men ska samhället också lägga sig i vilka vårdtjänster människor frivilligt köper på en privat marknad?

²⁰ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2025.

²¹ Xin, X., Wu, S. m.fl. 2024.

11.3.5 Rådets tidigare ställningstagande

I rådets yttrande om PGT från 2004 behandlades även PGT-A, då kallat PGS (preimplantatorisk genetisk screening). Rådet framförde att vid sidan om möjligheten att öka chanserna till graviditet, kan PGS ha andra fördelar, som att kvinnor kan inleda graviditeten med minskad risk och oro, slippa göra fostervattenprov och slippa genomgå en eventuell framtida selektiv abort.

Rådet anförde att PGS som led i behandling av ofrivillig barnlöshet under inga omständigheter syftar till att sortera bort en viss typ av människor utan till att öka möjligheterna att ett barn alls ska komma till. Så betraktad innebär selektionen inte ett hot mot människovärdet. När tekniken används som ett alternativ till fosterdiagnostik, dvs. för att spåra kromosomavvikelse som skulle kunna leda till ett abortbeslut senare i processen, är syftet däremot en eventuell bortselektering som kan hävdas påverka människovärdet. Hänsyn måste emellertid då tas till att denna selektering är möjlig på fosterstadiet och att den inte är tänkt att användas annat än som led i behandling av ofrivillig barnlöshet. En samlad etisk bedömning utifrån det enskilda parets situation, med barnlöshetsproblematiken i botten, tenderade enligt rådet därför att leda mot att PGS i detta syfte kan vara motiverad.

Men rådet framförde vidare att det självfallet, om metoden ska kunna tillåtas, måste ställas stränga krav på tillämpningen för att motverka diskriminerande effekter. Om PGS enbart erbjuds och tillämpas för par som genomgår ivf på grund av ofrivillig barnlöshet är faran och oron för diskriminering och eugenik svagare, eftersom tekniken då inte används med avsikt att sortera bort en viss typ av människor. Om det från statsmakternas sida dessutom uttryckligen framhålls att en sådan utsortering inte är ett godtagbart skäl för utvidgning av teknikens användning torde risken att ett godtagande av tekniken skulle signalera eugeniska värderingar vara mycket liten. Detta utesluter dock inte att enstaka människor med funktionsnedsättningar ändå kan uppleva obehag av att PGS de facto innebär en bortsortering av embryon med kromosomavvikelse.

Rådets slutsats var att det i då rådande kunskapsläge inte var lämpligt att PGS blir rutinmässigt förfarande. Metoden hade inte använts så länge och dittills genomförda studier (huvudsakligen i USA) gav inga entydiga svar på frågan om PGS verkligen förbättrar

graviditetsutfallet, dvs. om implantationsfrekvensen ökar och antalet missfall sjunker. PGS ansågs dock kunna vara etiskt godtagbar inom klart definierade forskningsprojekt som föregåtts av etisk bedömning i en forskningsetisk nämnd.

11.3.6 Rådets kommentarer

Kunskapsläget gällande PGT-A har förbättrats men det råder fortfarande osäkerhet kring om metoden har någon effekt på sannolikheten att få barn och tiden till graviditet. Smer kan inte göra egna utvärderingar av forskningsläget utan har att förhålla sig till vad andra kommit fram till. Rådet kommer att fortsätta följa utvecklingen på området och återkommer till de etiska frågorna i en kommande publikation om genetiska analyser.

11.4 PGT-A i syfte att välja kön

Med hjälp av PGT-A kan könet på det blivande barnet bestämmas. Inte heller denna tillämpning är tillåten i Sverige, förutom om det finns medicinska skäl att undvika en allvarlig könsbunden monogenetisk sjukdom. Det förekommer att svenskar söker sig till utlandet för att med hjälp av PGT-A välja kön på sitt blivande barn. Det kan till exempel handla om att man redan har flera barn av ett kön och önskar att nästa barn ska ha ett annat (s.k. familjebalansering). Selektion av befruktade ägg utifrån kön (vid sidan om PGT-M för könsbundna sjukdomar) är möjligt i ett fåtal länder, till exempel Norra Cypern, USA och Dubai.

11.4.1 Etik

Att göra PGT-A för att välja kön på sitt barn är ett helt annat motiv än att öka chanserna till graviditet. Det grundläggande etiska problemet med PGT-A i syfte att välja kön utan medicinsk indikation är konflikten mellan å ena sidan

- föräldrarnas intresse av att kunna styra över sin familjebildning genom att välja kön på sitt blivande barn

och å andra sidan

- barns rätt till en öppen framtid,
- kravet på respekt för människovärdet, och
- en oro för de samhälleliga konsekvenser i form av diskriminering och könsobalans i befolkningen som användandet av denna teknik på sikt skulle kunna skapa.

I den samhälleliga diskussionen har frågan om könsselektion återkommande lyfts. Flera par och familjer har gett uttryck för en önskan om möjlighet att få välja kön på sina barn av familjebalanserade skäl, dvs i situationer där man redan har ett eller flera barn av ett kön, och vid kommande graviditet vill försäkra sig om att få ett barn av motsatt kön till de barn de redan har.

11.4.2 Rådets diskussion och ställningstaganden

Rådet anser inte att det finns tillräckliga etiska eller samhälleliga motiv för att ändra den nuvarande regleringen och öppna upp för att tillåta könsselektion utan medicinsk indikation i Sverige.²² Argument för denna ståndpunkt är för det första att könsselektion strider mot principen om respekt för människovärdet. Att välja bort befruktade ägg enbart utifrån kön riskerar att förmedla att ett visst kön är mer önskvärt än det andra, vilket i förlängningen kan bidra till att ett visst kön värderas högre än det andra. För det andra kan barns rätt till en öppen framtid påverkas. Kön är en egenskap som inte har bäring på barnets hälsa eller välbefinnande, och valet av kön sker därför utifrån föräldrarnas preferenser snarare än barnets bästa. För det tredje finns risker för negativa samhälleliga konsekvenser. Erfarenheter från andra delar av världen visar att möjligheten till könsselektion kan leda till skev könsbalans i befolkningen och förstärka stereotypa föreställningar om könsroller. Även om motivet i Sverige främst skulle handla om familjebalansering, kan en öppning för könsselektion i praktiken bidra till att normalisera idén om att barns egenskaper är något som föräldrar fritt bör kunna välja. Rådet anser därmed att

²² En majoritet av ungdomarna vid rådets ungdomsdialoger om PGT var i likhet med rådet emot att föräldrar genom PGT ska kunna välja kön på sina barn.

könsselektion via PGT även fortsättningsvis bör vara förbjudet i Sverige, såvida det inte finns en tydlig medicinsk indikation.

11.5 PGT-P

Många sjukdomar och tillstånd är polygena, dvs. orsakas av en kombination av flera olika gener. Genom stora genetiska studier (genome-wide association studies) har forskningen identifierat genvarianter kopplade till sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, diabetes, alzheimer, schizofreni etc. och till egenskaper som muskelstyrka, intelligens m.fl. I dag är det möjligt att avläsa hela genomet hos befruktade ägg och tillsammans med data över vilka genvarianter som är kopplade till ökad sannolikhet för olika sjukdomar och egenskaper så utvecklas PGT-P, testning av befruktade ägg för just polygena sjukdomar och egenskaper.²³ En beräknad sannolikhet för att drabbas av olika polygena sjukdomar och tillstånd uttrycks i en så kallad polygen riskpoäng (polygenic risk score). Riskpoängen för de tillstånd som ingår i en PGT-P-undersökning kan redovisas separat för varje undersökt tillstånd eller vägas samman till en sammanlagd hälso-poäng för varje befruktat ägg.

I många länder som reglerar användningen av PGT i lag uppfyller PGT-P inte kriterierna och är därmed inte tillåtet.²⁴ I USA, som saknar rättslig reglering av PGT, erbjuds PGT-P kommersiellt av flera företag. Åtminstone ett av dem marknadsför att föräldrar kan välja befruktat ägg inte enbart utifrån sjukdomsrisk utan även utifrån egenskaper som förväntad längd, bmi och IQ-nivå.²⁵

Från vetenskapligt håll har invändningar rests mot PGT-P eftersom det finns väldigt begränsad evidens för att det faktiskt går att selektera befruktade ägg med meningsfullt lägre risk. Polygena riskberäkningar är osäkra och bygger på populationsdata som inte enkelt kan överföras på individnivå. Dessutom påverkas flera komplexa sjukdomar och tillstånd även av miljöfaktorer.²⁶ En annan svårighet är den begränsade tillgången på befruktade ägg vid en ivf-behandling, som gör att det kan bli svårt att påverka det framtida barnets risk för komplexa sjukdomar mer än marginellt med PGT-P.

²³ Det är också möjligt att testa för många olika monogena sjukdomar samtidigt.

²⁴ Siermann, M., van der Schoot, V. m.fl. 2024.

²⁵ Nucleus u.å.

²⁶ Capalbo, A., de Wert, G. m.fl. 2024.

Apropå PGT-P uttalade the European Society of Human Genetics 2021 att ingen klinisk forskning har genomförts för att utvärdera dess diagnostiska effektivitet hos befruktade ägg, att patienterna måste informeras på ett korrekt sätt om begränsningarna i metoden, och att en samhällsdebatt, med fokus på vad som skulle anses acceptabelt när det gäller urvalet av individuella egenskaper, bör äga rum innan tekniken implementeras ytterligare.²⁷ Även the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) har ställt sig bakom uttalandet.²⁸

11.5.1 Etik

PGT-P aktualiserar framför allt en värdekonflikt mellan å ena sidan

- intresset för föräldrar att få barn som är friska och har vissa önskvärda egenskaper,

och å andra sidan

- barns rätt till en öppen framtid,
- kravet på respekt för människovärdet, och
- en oro för de möjliga samhälleliga konsekvenser användningen av PGT-tekniken på sikt kan skapa.

En ytterligare svårighet med PGT-P är att urvalet sker utifrån sannolikheter för komplexa sjukdomar snarare än tydliga diagnoser. Det innebär att föräldrar och läkare ställs inför svåra beslut där ett befruktat ägg kanske har något lägre risk för exempelvis hjärt-kärlsjukdom men högre risk för diabetes, eller tvärtom. Eftersom polygena riskpoäng bygger på statistiska samband snarare än säkra utfall blir det oklart hur dessa risker ska vägas mot varandra och vilket befruktat ägg som egentligen ger det ”bästa” utfallet. Denna osäkerhet förstärks av att miljö och livsstil spelar stor roll för om sjukdomen faktiskt utvecklas.

På samhälls nivå väcker PGT-P frågor om rättvisa och jämlikhet. Om tekniken i framtiden blir tillgänglig endast för vissa grupper, finns en risk att skillnader i hälsa och livsvillkor förstärks. En utveckling

²⁷ Forzano, F., Antonova, O. m.fl. 2022.

²⁸ ESHRE u.å.

där egenskaper kan väljas bort eller premieras riskerar också att påverka vår syn på vad som räknas som ett ”gott” eller ”önskvärt” liv, och indirekt minska acceptansen för olikheter, sjukdom och funktionsnedsättning.

11.5.2 Rådets kommentarer

I diskussioner om framtida tekniker och metoder nämns ibland det teknologiska imperativet – att det som är möjligt också kommer att efterfrågas. Även om rådet inte vill tro att vår samhällsutveckling är deterministisk på det viset så måste den etiska och juridiska analysen håller jämna steg med den tekniska utvecklingen, eller helst ligger steget före. Vi måste i god tid som samhälle reflektera över nya metoder och tekniker för att kunna ta ställning till vad som ska tillåtas och inte och under vilka villkor.

PGT-P väcker särskilda frågor eftersom användningen inte handlar om att undvika en allvarlig ärftlig sjukdom, utan om att göra val på basis av sannolikheter för komplexa sjukdomar och egenskaper. Tekniken för tankarna till så kallade ”designer babies”, dvs. barn som har egenskaper som föräldrarna har valt på förhand. En sådan utveckling kan enligt rådet påverka vår människosyn, vår förståelse av rättvisa och våra samhälleliga värderingar i grunden. Rådet anser att en användning av PGT-P kan riskera att leda till:

- en förskjutning i synen på barn, där de betraktas mer som resultat av val än som individer med egen värdighet och rättigheter,
- en normförskjutning där vissa egenskaper eller sjukdomsrisker betraktas som oacceptabla, vilket kan minska toleransen för att människor är olika, och
- förstärkta sociala klyftor om tekniken främst blir tillgänglig för resursstarka grupper.

God hälsa ökar generellt förutsättningarna för ett gott liv för det blivande barnet och de flesta blivande föräldrar önskar också få friska barn. I situationer där det finns en betydande risk att ett blivande barn blir allvarligt sjukt finns det goda skäl inte bara att tillåta metoder som minskar denna risk utan även i vissa fall erbjuda dem inom den offentligt finansierade vården. Det finns dock risker som inte får ignoreras,

särskilt om metoderna börjar användas för mindre allvarliga tillstånd. PGT-P är inte enbart en fråga om individuella val och reproduktiv frihet för enskilda föräldrar, utan även om vilket samhälle vi vill skapa. Diskussionen måste därför föras på en bredare etisk och samhällelig nivå, där enskilda intressen vägs mot de långsiktiga konsekvenserna för samhälle och människosyn.

Rådet vill också uppmärksamma att det vetenskapliga underlaget för PGT-P i dagsläget är av låg kvalitet. De polygena riskpoängen har begränsad prediktiv förmåga och är ofta baserade på data från snäva populationer, vilket gör dem svåra att applicera på bredare grupper. Det innebär att de val som görs med hjälp av PGT-P riskerar att baseras på osäkra eller missvisande underlag, vilket underminerar människors reproduktiva autonomi snarare än främjar den. Samtidigt är det möjligt att den vetenskapliga grunden för polygena riskpoäng kommer att förbättras i framtiden. Därför bör den etiska diskussionen om PGT-P inte enbart utgå från dagens begränsningar, utan också förbereda samhället för en situation där tekniken blir mer tillförlitlig. Rådet vill betona vikten av att redan i dag påbörja en bred etisk diskussion om hur samhället ska förhålla sig till tekniken. Frågan är inte bara vad som är möjligt, utan också vad som är önskvärt och förenligt med grundläggande värden om människovärde, jämlikhet och barns rätt till en öppen framtid. Rådet kommer att fortsätta följa utvecklingen på området.

12 Offentlig och privat behandling

I Sverige bekostas fertilitetsvård vid ofrivillig barnlöshet av det allmänna inom ramen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Regionerna har dock rätt att prioritera mellan olika verksamheter inom vården. De har satt upp begränsningar i det offentliga åtagandet gällande assisterad reproduktion – i fråga om vem som får tillgång och hur mycket hjälp varje par eller person kan få. Efterfrågan på assisterad reproduktion är större än det offentliga utbudet och möts i stället på en privat marknad. Det finns både offentliga och privata fertilitetskliniker. En viss andel av vården som utförs av privata kliniker är privat finansierad av patienterna själva, men de privata klinikerna utför även behandlingar som finansieras av det offentliga. Det förekommer också att patienter betalar själva för vissa behandlingar som utförs vid offentliga kliniker, t.ex. om de vill få hjälp att få flera barn med sparade nedfrysta befruktade ägg. Av ivf-behandlingarna 2022 utfördes cirka 62 procent vid privata kliniker och cirka 38 procent vid offentliga. Av ivf-behandlingarna i färsk cykel beräknades cirka 57 procent vara offentligt finansierade och 43 procent privat finansierade.¹ I skrivande stund (2025) finns sex offentliga och 19 privata ivf-kliniker i Sverige. Merparten av de privata klinikerna ägs av internationella koncerner. Denna organisering av vården väcker etiska frågor om

- gränserna för det offentliga åtagandet, dvs. prioriteringar – både av assisterad reproduktion i förhållande till annan vård och prioriteringar av olika metoder inom assisterad reproduktion,
- tillgång, jämlikhet och rättvisa, samt
- den privata vårdmarknadens funktionssätt.

¹ Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF) 2024 och egna beräkningar.

Den svenska regleringen av området assisterad reproduktion väcker också etiska frågor om fertilitetsturism.

12.1 Det offentliga åtagandet

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Med begränsade resurser måste dock prioriteringar göras. Enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Regionerna måste prioritera dels mellan assisterad reproduktion och annan hälso- och sjukvård, dels mellan olika behandlingar inom området assisterad reproduktion.

I propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) slogs den så kallade prioriteringsplattformen fast. Enligt den ska följande tre principer ligga till grund för prioriteringar inom vården:

- *människovärdesprincipen*: alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- *behovs- och solidaritetsprincipen*: resurserna bör fördelas efter behov; svårast behov först
- *kostnadseffektivitetsprincipen*: vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Principerna är lexikalt rangordnade på så sätt att människovärdesprincipen är överordnad behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen.

12.1.1 Behov och efterfrågan

Ofta skiljer man på behov av och efterfrågan på vård. Traditionellt definieras vårdbehov som vad man utifrån medicinska kriterier behöver för att nå eller upprätthålla hälsa. Efterfrågan däremot utgår från individens önskemål om att få vård. Efterfrågan kan förstås vara kopplad till vårdbehovet, men också till faktorer som individens

uppfattning av sin hälsa, preferenser och benägenhet att söka vård, och behöver inte alltid grunda sig i ett medicinskt tillstånd. Omvänt kan en individ ha ett medicinskt behov som hen inte efterfrågar vård för.

Det går att diskutera om assisterad reproduktion svarar mot ett behov eller en efterfrågan. Ofrivillig barnlöshet kan bero på medicinsk infertilitet och fertilitetsvård avhjälper då ett sådant tillstånd. Här ligger det nära till hands att bedöma det som att dessa människor har ett behov av vård för att kunna få barn. Med lagändringar och ökad acceptans har även samkönade par av kvinnor och ensamstående kvinnor givits tillgång till behandling med assisterad reproduktion. Detta är i linje med människovärdesprincipen i prioriteringsplattformen, som slår fast att alla människor har lika värde och inte får diskrimineras på grund av t.ex. kön, sexuell läggning eller civilstånd. Dessa personer behöver dock inte ha ett medicinskt behov kopplat till infertilitet, utan tillerkänns motsvarande behov utifrån exempelvis ett psykosocialt eller livssituationellt perspektiv.

12.1.2 Prioritering mellan assisterad reproduktion och annan hälso- och sjukvård

Prioriteringsutredningen, som utarbetade förslaget till prioriteringsplattform, gav relativt låg prioritet till behandling av barnlöshet (näst lägsta av fem kategorier). Många remissinstanser hade starka invändningar. I regeringens efterföljande proposition 1996/97:60 betonades att man måste se till behoven (barnlösheten) och inte behandlingsinsatserna (olika former av assisterad befruktning). I propositionen kom barnlöshet att jämföras med de flesta vanligt förekommande sjukdomar i gruppen ”vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar”, vilken är prioriteringsgrupp tre av fyra. Sådan behandling bör därmed prioriteras lägre än t.ex. vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar och prevention, habilitering och rehabilitering, men högre än vård av andra skäl än sjukdom eller skada, t.ex. operation av närsynthet, kosmetiska operationer och vaccinationer inför utlandsresor.²

Ett sätt att begränsa det offentliga åtagandet gällande assisterad reproduktion är att sätta upp gränser för antalet behandlingar som

² Prop. 1996/97:60.

erbjuds, och även villkor för när behandling erbjuds. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) rekommenderar enhetlighet för alla regioner i hela landet kring begrepp, kriterier för genomförande, övre och undre åldersgränser samt antalet behandlingar som ska ingå i det offentliga åtagandet gällande assisterad befruktning.³

Enligt SKR:s rekommendationer ska regionfinansierad assisterad befruktning erbjudas till par utan gemensamma eller adopterade barn samt till ensamstående kvinna som inte sedan tidigare är registrerad vårdnadshavare av ett barn. Assisterad befruktning ska startas innan den behandlade kvinnans 40-årsdag, och en eventuell partners 56-årsdag. Eventuella kvarstående frysta embryon kan återföras fram till den behandlade kvinnans 45-årsdag. Den nedre åldersgränsen för behandling bör enligt rekommendationerna vara 25 år men undantag kan göras från 18 års ålder, om det finns medicinska skäl för detta.

En begränsning av det offentliga åtagandet till kvinnor baserat på ålder kan motiveras både av behovsprincipen och av kostnadseffektivitetskäl. Men redan en bedömning av behovet av vård rymmer, vid sidan av en bedömning av problemets svårighetsgrad, en bedömning av hur framgångsrik en eventuell behandling kan bli.⁴ Eftersom chansen till lyckat resultat sjunker med stigande ålder försvagas också successivt behovet. Man kan inte ha behov av en vårdinsats som inte gör någon skillnad. Att begränsa det offentliga åtagandet till hjälp att få endast ett barn kan också motiveras utifrån behovsprincipen eftersom behovet av att få ett första barn och därigenom få bli förälder måste anses vara större än behovet att efter det få flera barn.

Regionerna finansierar maximalt tre ivf-behandlingar, eller sex inseminationsbehandlingar, eller en kombination. Om mottagaren får barn innan tre ivf-behandlingar eller sex inseminationsbehandlingar har genomförts, erbjuds inga fler offentligt finansierade behandlingar. Om mottagaren inte fått barn kan fler återföranden göras om det finns kvarvarande befruktade ägg från samma kohort. Dessutom kan syskonbehandling erbjudas egenfinansierat om det finns befruktade ägg kvar från samma kohort.

I förarbetena till prioriteringsplattformen finns ingen djuplodande analys av hur barnlöshet bör rangordnas i förhållande till andra vårdbehov och Smers uppfattning är att det i dag saknas samsyn kring

³ Sveriges Kommuner och Regioner 2025.

⁴ Dreber, H., Juth, N. & Mathiesen, T. 2017.

barnlöshetens ”svårighetsgrad”. Den senaste tiden har det höjts röster från flera politiska företrädare att samhället bör satsa ytterligare resurser på assisterad reproduktion.⁵ De nuvarande gränserna för det offentliga åtagandet föreslås utökas på flera sätt, t.ex. genom att omfatta flera försök, syskonförsök och äggfrysning av sociala skäl. Om resurserna ska tas från något annat område vid sidan om eller inom assisterad reproduktion framgår inte. Bland de skäl som framförs för att utöka det offentliga åtagandet på området återfinns att öka jämlikheten, att ge fler chansen att få uppleva den stora kärlek och lycka som kommer med ett efterlängtat barn och att underlätta familjebildning i en tid av sjunkande födelsetal.

12.1.3 Prioritering mellan olika former av assisterad reproduktion

Ofrivillig barnlöshet kan ha olika orsaker och behandlas med olika metoder. Metoderna är sinsemellan mycket olika i fråga om kostnader och behandlingsresultat i olika grupper av barnlösa. För många etablerade metoder finns god kunskap för att bedöma chansen att behandlingen kan lyckas i olika grupper av barnlösa. Det ger möjlighet till prioritering av de olika behandlingsmetoderna och mellan olika grupper av barnlösa utifrån effekter och kostnader, i linje med behovs- och kostnadseffektivitetsprinciperna. Men för nya behandlingsmetoder kan det vara svårt att på ett rationellt och icke godtyckligt sätt jämföra olika behandlingar med varandra och bedöma behovet av behandling.

Flera frågor om hur behandlingar ska prioriteras inom området assisterad reproduktion har lyfts inom ramen för rådets översyn:

- Livmodertransplantationer – forskning har visat att metoden fungerar. Den kan ge kvinnor som saknar fungerande livmoder möjligheten att bära och föda barn. För dessa kvinnor finns ingen annan metod att uppnå detta. Men metoden är dyrare än andra metoder inom assisterad reproduktion: en livmodertransplantation har beräknats kosta i genomsnitt 124 894 euro.⁶ Bör metoden bekostas av det allmänna? Var går gränsen för hur dyr en behandling inom assisterad reproduktion få vara?

⁵ Se t.ex. svaren från från Kd, S och L i Olofsson, C. 2025.

⁶ Brännström, M., Ekberg, J. m.fl. 2025.

- Ensamstående – sedan lagändringen 2016 har många ensamstående kvinnor ställt sig på kö och fått hjälp med assisterad befruktning med donerade könsceller. Vissa av de ensamstående kvinnorna ställer sig på kö för behandling ”för säkerhets skull”, och fortsätter samtidigt att dejta och försöka hitta en partner att skaffa barn med. Kan dessa kvinnor anses ha samma behov av assisterad befruktning som andra grupper? Var ska gränsen dras?
- Inomparsdonation av ägg i samkönade par (den ena kvinnan behandlas med den andra kvinnans ägg) – detta är tillåtet men finansieras inte av det offentliga om det inte finns medicinska skäl. Kvinnorna kan ha en önskan om att barnet har en genetisk koppling till den ena mamman och en biologisk koppling till den andra mamman. Behandlingen blir dyrare än om en av kvinnorna behandlas med sina egna ägg, eftersom den kvinna som bidrar med ägget kommer att utredas som äggdonator. Dessutom är äggdonation förknippat med medicinska risker för både den bärande kvinnan (fler komplikationer när det är annans ägg) och barnet (t.ex. mindre födelsevikt). Men bör samhället ändå bekosta behandlingen?
- PGT – för de par som får PGT för att barnen riskerar att ärva en allvarlig genetisk sjukdom rekommenderar Nationella vävnadsområdesgruppen för könsceller inom Vävnadsrådet att samhället bekostar minst tre behandlingar per barn upp till två barn. Regionernas erbjudande om ivf är tre försök och maximalt ett barn. PGT är en metod för diagnostik och inte en fertilitetsbehandling, men den förutsätter ivf-behandling. Bör dessa två behandlingar ges liknande villkor eller bör de inte jämföras på detta sätt?⁷

Utifrån dessa exempel blir det också tydligt att prioriteringsfrågor inom assisterad reproduktion inte bara handlar om att värdera sjukdom och lidande. Man måste även bedöma till exempel värdet av att få bära ett barn (som vid livmodertransplantation om det jämförs med surrogatmoderskap) eller värdet av både genetisk och biologisk

⁷ Nationella vävnadsområdesgruppen för könsceller, Vävnadsrådet (2020). Gruppen skriver att det i Sverige har funnits en tradition att erbjuda PGD efter att ha vägt in om paret/patienten sedan tidigare har friska barn eller barn med den genetiska sjukdomen. Gruppen anser att det är etiskt problematiskt att värdera barn på detta sätt. PGD är ett alternativ till annan prenataldiagnostik med eventuell efterföljande abort och borde därför inte ha några begränsningar med hänsyn till tidigare barn.

koppling mellan barn och förälder (som vid inomparsdonation av ägg i ett samkönat par).

12.1.4 Rådets tidigare ställningstagande

I rapporten från 2013 skrev rådet att det är viktigt att människor med barnönskan får möjlighet till assisterad befruktning till en rimlig kostnad och att enskildas ekonomiska situation inte styr vem som får respektive inte får tillgång till behandling. Landstingen (i dag regionerna) måste dock kunna prioritera mellan assisterad befruktning och andra verksamheter utifrån riksdagens etiska plattform för prioriteringsbeslut. Större skillnader mellan landstingen i befolkningens tillgång till assisterad befruktning strider mot grundläggande etiska principer om en god vård på lika villkor för hela befolkningen.

12.1.5 Rådets diskussion och ställningstaganden

Smer anser i likhet med tidigare att det är viktigt att människor med barnönskan får möjlighet till assisterad reproduktion till en rimlig kostnad och att enskildas ekonomiska situation inte bör styra vem som får respektive inte får tillgång till behandling. Rådet kan konstatera att regionernas utbud till följd av SKR:s rekommendation förefaller vara samma överallt, vilket är positivt. Det förekommer dock skillnader i t.ex. egenavgifter, och olika regioner har olika lång väntetid. Smer anser därmed att regionernas utbud skulle kunna bli ännu mer lika över landet. Inom ramen för beredningen har rådet blivit uppmärksammat på att regionerna också har olika krav i fråga om vem som kan få behandling när det gäller till exempel hälsa, livsstil och ekonomi. Detta är ett jämlikhetsproblem. Men rådet räknar med att det arbete som görs inom Socialstyrelsens uppdrag med ett förnyat kunskapsunderlag kring assisterad befruktning kommer att bidra till att dessa skillnader utjämnas.

I dagens reglering jämföras behovet av assisterad reproduktion hos både olikkönade par, samkönade par och ensamstående. Rådet kan konstatera att antalet behandlingar har ökat de senaste åren, vilket torde bero på både att gruppen ensamstående har fått tillgång till behandling och att barnafödandet skjuts uppåt i åldrarna.

Rådet tror att vi också kan förvänta oss att behovet av, eller efterfrågan på, assisterad reproduktion kommer att öka än mer i framtiden till följd av uppskjutet barnafödande. Redan i dag ifrågasätts regionernas åldersgräns på 40 år för kvinnor.

Rådet anser att det är rimligt att det offentliga åtagandet på området är begränsat oavsett om vi väljer att se ofrivilligt barnlösa personers önskan att få barn som ett behov av eller en efterfrågan på assisterad reproduktion. Det är exempelvis rimligt att utifrån både behovs- och kostnadseffektivitetsprinciperna dra en gräns vid ett visst antal försök och ett visst antal barn. För närvarande är gränsen ett barn, men rådet ser det inte som orimligt att gränsen i stället skulle kunna dras vid två. Rådet kan konstatera att man i fråga om PGT – där det handlar om att få ett friskt barn – bekostar behandlingar för upp till två barn. Men det går inte att jämföra de två situationerna rakt av. PGT är inte en behandling mot ofrivillig barnlöshet, utan en metod för att undvika genetisk sjukdom, men momentet ivf är detsamma. Ivf-behandling inklusive PGT är dyrare än enbart ivf-behandling, vilket gör den svårare att bekosta ur egen ficka.

Men för ofrivilligt barnlösa är möjligheten att få ett första barn det främsta behovet. Det är därmed, utifrån prioriteringsplattformens principer, rimligare att utsträcka det offentliga åtagandet till att omfatta kvinnor som är äldre än 40 år eller fler ivf-försök, än till att personer ska få hjälp att få ett andra barn. Men samtidigt innebär behovsprincipen att det görs en bedömning av vårdens sannolika effekter.

När det gäller ensamstående kvinnor som söker assisterad reproduktion anser rådet att man i praktiken inte kan skilja olika individer åt utifrån om de gjort tillräckliga ansträngningar att hitta en manlig partner. Vissa kvinnor söker kanske assisterad reproduktion som en sista möjlighet, andra för att de föredrar detta slags föräldraskap och ytterligare andra som en utväg ifall de inte hittar en lämplig partner. Rådets hållning är att samhället, med barnets bästa och individens självbestämmande som vägledande principer, ska bejaka olika slags familjebildningar.

Om det offentliga åtagandet inte utökas kommer troligen allt fler att söka privat vård. Även om det inte är rimligt att samhället bekostar all efterfrågad vård på detta område är det ett problem att enskildas ekonomiska situation styr vem som får respektive inte får tillgång till behandling i fråga om till exempel flera barn eller ytterligare ivf-

försök. Som angavs ovan är rådet inte främmande för att både ett-barnsrekommendationen och antalet ivf-försök ses över, bland annat i syfte att minska betydelsen av enskildas ekonomiska situation vid reproduktiva val.

Smer är inte ett prioriteringsetiskt råd som gör ingående hälsoekonomiska utvärderingar av olika behandlingar inom assisterad reproduktion. Däremot vill rådet understryka att sådana utvärderingar bör göras som stöd för regionernas prioriteringsbeslut. Utvärderingarna måste ibland innehålla inslag som är ovanliga i detta sammanhang – att till exempel uppskatta värdet av att få ett barn, bära ett barn och ha en genetisk eller biologisk koppling till ett barn. En fråga som också uppstår är om man i kalkylerna ska ta med en värdering av att det skapas ett nytt liv, vid sidan om värdet för den ofrivilligt barnlösa personen av att få barn.

Särskilt om livmodertransplantation

Inom många medicinska områden utvecklas dyra behandlingar som utmanar gränserna för vad som kan erbjudas inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Inom assisterad reproduktion är livmodertransplantation ett exempel på detta. Det pågår för närvarande diskussioner både bland sjukvårdsregionerna och vid Socialstyrelsen om huruvida samhället ska finansiera denna behandling. Utifrån prioriteringsplattformen kan man resonera som följer. Andra behandlingar som hjälper infertila personer att få barn finansieras av det offentliga. Detta talar för att även livmodertransplantation ska finansieras (behovs- och solidaritetsprincipen). Enligt kostnadseffektivitetsprincipen bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder. Kvinnor som saknar eller har en obrukbar livmoder kan inte få hjälp att bli gravida av någon annan metod än livmodertransplantation, så det finns ingen annan åtgärd att direkt jämföra kostnaden med. Att infertilitetsbehandling för kvinnor och män med annan typ av problematik kostar mindre ger inte något svar på om livmodertransplantation är för dyr. Här får man i stället bedöma vilken gränsen är för vad det får kosta.

Det har gjorts försök att beräkna kostnadseffektiviteten hos livmodertransplantation, där kostnaden har ställts i relation till vunna

kvalitetsjusterade levnadsår, QALYs. Kostnaden per QALY som accepteras inom svenska sjukvård för tillstånd med låg allvarlighetsgrad sades vara 50 000 euro. Utifrån en uppskattning av QALY-vinsten av att få barn genom infertilitetsbehandling och den då uppskattade kostnaden för en livmodertransplantation på 60–80 000 euro beräknades den nödvändiga mängden QALY uppnås på 17–23 år. Behandlingen kunde därmed sägas vara kostnadseffektiv. Om man däremot räknade med surrogatarrangemang eller adoption som alternativ så blev livmodertransplantation inte kostnadseffektiv under samma förutsättningar.⁸ En senare beräkning av hur mycket en livmodertransplantation kostar (124 894 euro)⁹ gör att det inte är lika tydligt att behandlingen är kostnadseffektiv.

Att bekosta livmodertransplantation skulle kunna påverka hur man ser på vilka kostnader som är rimliga för andra behandlingar mot ofrivillig barnlöshet. Varför, kunde någon fråga, ska gränsen sättas vid tre ivf-behandlingar när en livmodertransplantation som kostar mångdubbelt mer kan bekostas?

Samhälleliga aspekter på fertilitetsvård

Prioriteringsplattformens fokus är patientens behov och vårdens kostnadseffektivitet, inte eventuella samhällsekonomiska vinster av hälso- och sjukvård i stort, t.ex. att människor kan arbeta mer och betala skatt om de får vård.

Assisterad reproduktion är hälso- och sjukvård, men diskuteras i dag också i ett större samhälleligt perspektiv till följd av de sjunkande födelsetalen. Rådet har inte analyserat och tagit ställning till huruvida samhället bör främja ökat barnafödande. Däremot vill rådet understryka att ökade satsningar på området assisterad reproduktion bör göras utifrån perspektivet att hjälpa ofrivilligt barnlösa att få barn. Om satsningar görs utifrån en idé om att barnafödandet i allmänhet ska öka så kan det komma att krocka med den grundläggande principen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som säger att sjukvårdens resurser ska gå till dem med störst behov. Om målet är att fler barn ska födas så ligger det ju i stället nära till hands att satsa på personer som har lätt att få barn, och underlätta för dem att få

⁸ Sandman, L. 2018. Mot detta resonemang kan dock ställas forskning som talar för att föräldraskap snarast påverkar lyckonivån *negativt*.

⁹ Brännström, M., Ekberg, J. m.fl. 2025.

flera barn. Men som diskuterats ovan är det ur ett behovsperspektiv viktigare att ofrivilligt barnlösa får hjälp med att få ett första barn än att de som redan har barn får hjälp att få flera. Att tillföra medel till assisterad reproduktion utifrån en idé om att det ska leda till ökat barnafödande innebär att denna vårdinsats till viss del blir ett instrument för ett annat syfte än att hjälpa den behövande individen. Barnet blir ett slags ”biprodukt” med ett samhällsvärde, och vissa bedömare vill därför satsa mer resurser på assisterad reproduktion. Hänsyn till olika vårdinsatsers vidare samhällsnytta har dock inte stöd i prioriteringsplattformen. Om man vill satsa på assisterad reproduktion av detta skäl så måste man vara transparent med hur man motiverar det och särskilja det från individens vårdbehov till följd av ofrivillig barnlöshet.

Ett annat område där prioriteringsplattformen inte ger alla svar är proaktiv fertilitetsvård som till exempel äggfrysning. Det är möjligt att en samhällsekonomisk kalkyl skulle komma fram till att proaktiv vård kan löna sig. Det kan gälla både proaktiv fertilitetsvård och proaktiva insatser inom andra vårdområden. Prioriteringsplattformen kan inte användas för att avgöra om man därför bör satsa på sådan vård. Utifrån prioriteringsplattformen är det inte heller givet hur avvägningen mellan framtida nytta och nuvarande behov ska göras.

12.2 Den privata marknaden

12.2.1 Den globala marknaden

På ett globalt plan utförs assisterad reproduktion till stor del inom den privata sektorn, och den globala marknaden för denna teknik och relaterade tjänster är nu värd tiotals miljarder dollar. Branschens tillväxt uppfattas ibland som enbart driven av företagens och läkarnas ekonomiska intressen, men det finns många komplexa sociala krafter som har lett till, upprätthåller och formar branschen. En grundläggande kraft är förstas individens ofrivilliga barnlöshet.¹⁰ Samtidigt kan kommersiella drivkrafter öka efterfrågan på assisterad reproduktion och forma tillhandahållandet av tjänster. Organisations- och betalningsstrukturer, lånemöjligheter för konsumenter, aktieägars uppdrag, konkurrens inom och utanför sektorn, marknadssegmenter-

¹⁰ Ghinea, N., Wiersma, M. m.fl. 2022.

ing samt marknadsförings- och reklammetoder kan alla former både vårdutbudet och konsumentbeteendet.¹¹ I många länder och i vissa gränsöverskridande situationer är denna marknad till stor del oreglerad. Det går att hitta exempel på företeelser som kan uppfattas som problematiska ur ett etiskt perspektiv. Som exempel kan nämnas enskilda individers spermiedonation till ett mycket stort antal mottagare och höga ersättningar för donerade äggceller utifrån särskilt åtråvärda egenskaper.

Tilläggsbehandlingar – add-ons

Ett annat exempel som brukar problematiseras i ljuset av den privata marknaden för fertilitetsvård är olika så kallade tilläggsbehandlingar ("add-ons") vid ivf-behandling. Med detta avses åtgärder som erbjuds utöver standardprotokollet för ivf. De syftar särskilt till att förbättra chanserna för graviditet eller minska risken för missfall. Dessa behandlingar marknadsförs ibland som sätt att "förstärka" resultatet av fertilitetsbehandlingen, särskilt till patienter som har haft tidigare misslyckade ivf-försök. Vissa av dem vilar dock på svag eller otillräcklig vetenskaplig evidens, vilket har lett till diskussioner inom professionen om vad som är medicinskt motiverat och vad som gränsar till kommersialisering. Utbudet av vanliga tilläggsbehandlingar inkluderar bland annat:

- Embryoskop (time-lapse imaging): En inkubator med kamera som kontinuerligt övervakar de befruktade äggens utveckling. Tekniken gör det möjligt att välja ut det befruktade ägg som utvecklas mest "optimalt", men det är oklart om det faktiskt förbättrar graviditetsutfall jämfört med traditionell bedömning av befruktade ägg.
- Assisterad kläckning (assisted hatching): En metod där det befruktade äggets yttre skal (zona pellucida) tunnas ut eller perforeras för att hjälpa det att "kläckas" och fästa i livmoderslemhinnan. Används ibland vid upprepade misslyckade IVF-försök, men evidensen för dess effekt är osäker.
- Embryoglu (limliknande medium): Ett särskilt odlingsmedium som sägs främja det befruktade äggets förmåga att fästa vid liv-

¹¹ Ghinea, N., Wiersma, M. m.fl. 2022.

moderslelhinnan vid återföring. Vissa studier har visat positiva effekter, men resultaten är inte entydiga.

- Immunologiska behandlingar: T.ex. användning av steroider eller intravenöst immunoglobulin (IVIG) för att dämpa ett påstått överaktivt immunförsvar som skulle kunna stöta bort embryot. Vissa av dessa behandlingar bedöms innebära risker för patienterna.
- Endometrieskrapning ("endometrial scratching"): Ett ingrepp där man medvetet skadar livmoderslelhinnan inför embryoåterföring för att stimulera en mer mottaglig miljö. Vetenskapliga resultat är motstridiga och metoden är ifrågasatt.
- Preimplantatorisk genetisk testning för aneuploidi (PGT-A): En metod för att testa befruktade ägg för kromosomavvikelse innan de implanteras (se vidare avsnitt 11.3).¹²

Värderingen av kunskapsunderlaget för de olika tilläggsbehandlingarna ovan är hämtade från den brittiska myndigheten Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA).¹³ HFEA inrättades 1991 och är Storbritanniens statliga tillsynsmyndighet för fertilitetsbehandlingar och forskning på mänskliga embryon. Myndigheten har i uppdrag att säkerställa att all assisterad befruktning och embryoforskning i landet sker under trygga, etiskt godtagbara och vetenskapligt reglerade former. HFEA utfärdar licenser till fertilitetskliniker och forskningsinstitutioner, och övervakar att dessa följer gällande lagar och etiska riktlinjer. Utöver sin tillsynsroll arbetar HFEA med att informera allmänheten och patienter om fertilitetsbehandlingar, klinikers resultat och möjliga risker. De samlar in och publicerar omfattande data, vilket gör det möjligt att jämföra kliniker på ett transparent sätt. Myndigheten fungerar därmed både som tillsynsmyndighet, vägledare och informationsresurs.

Även den europeiska professionsorganisationen ESHRE har gett ut en utvärdering av de olika tilläggsbehandlingar som erbjuds.¹⁴

¹² Human Fertilisation and Embryology Authority u.å.d.

¹³ Human Fertilisation and Embryology Authority u.å.d.

¹⁴ ESHRE Add-ons working group, Lundin, K., Bentzen, J. m.fl. 2023.

12.2.2 Den svenska marknaden

Behovet av eller efterfrågan på assisterad reproduktion är större än det offentliga utbudet. Vissa regioner har avtal med privata kliniker som utför en del av den offentligt finansierade vården. De privata klinikerna tar dessutom emot patienter som betalar själva. Det förekommer också att patienter betalar själva för vissa behandlingar som utförs av offentliga kliniker, t.ex. om de vill försöka få flera barn med sparade nedfrusna befruktade ägg.

Både offentliga och privata aktörer måste verka inom den reglering som finns och följa vetenskap och beprövad erfarenhet. IVO utövar tillsyn över både offentliga och privata kliniker. Vidare är professionsetik, exempelvis läkareetik, lika tillämplig i privat som i offentlig vård. Vid sidan om detta styrs de privata vårdgivarna också av ett vinstintresse.

De privata klinikerna bidrar till ett större utbud av fertilitetsvård än det som erbjuds av regionerna. Genom avtal med regionerna utför de privata klinikerna en del av den offentligt finansierade vården och bidrar till kortare köer. Företrädare för de privata klinikerna vill dessutom framhålla att den privata organisationsformen också leder till bättre kvalitet i vården. De nämner till exempel att de kan fokusera på ett område och inte som i en region på många olika, att nya och förbättrade metoder kan införas snabbare och att man inom en stor koncern rapporterar och noggrant följer upp allt som görs.

Marknaden för hälso- och sjukvård karakteriseras av asymmetrisk information, där vårdgivarna vet mer än patienterna om vilka metoder som fungerar och inte. För en patient är det svårt att göra en självständig bedömning av nytta och risker med olika behandlingar. Skicklig marknadsföring kan locka patienter att köpa onödiga tjänster. Ofrivilligt barnlösa kan vara beredda att gripa minsta halmstrå i sin längtan efter barn.

Exempel på tilläggsbehandlingar som erbjuds vid svenska privata fertilitetskliniker är exempelvis ovan nämnda "embryo glue" och "time-laps-inkubator". Dessa tekniker klassas av HFEA med beteckningen "svart", dvs. behandlingseffekt saknas, respektive "grå", som innebär motstridig evidens för behandlingseffekt. Smer har inte kunnat finna att tekniker som klassas "rött", dvs. skadliga eller negativa effekter på behandlingen, används vid någon svensk klinik. Evidensen för de olika behandlingarna, inklusive om de kan vara av

värde för vissa men inte andra patienter, kan förstås komma att utvecklas.

En tydlig trend är att privata fertilitetskliniker köps upp av stora internationella koncerner. Majoriteten av de svenska privata fertilitetsklinikerna i Sverige tillhör i dag internationella koncerner, varav de två största är Eugin och IVI RMA. Att de privata fertilitetsföretagen i allt större utsträckning verkar på en internationell marknad väcker också etiska frågor. Olika länder har olika regelverk kring till exempel köns-cellsdonation och genetiska tester, och olika syn på vad som är etiskt acceptabelt. Genom de stora koncernerna kan det uppstå ett tryck på svenska kliniker att verka enligt andra etiska normer än de som historiskt har gällt i Sverige.

12.2.3 Fertilitetsturism

Olika länder har olika reglering av assisterad reproduktion. Marknaden är global i bemärkelsen att många företag som erbjuder tjänster på området verkar i flera länder och att patienter söker den här typen av vård i andra länder. Fenomenet att åka utomlands för assisterad befruktning är globalt och benämns ibland *cross border reproductive care* eller fertilitetsturism. De vanligaste orsakerna till att personer söker hjälp utomlands är att lagstiftningen i det land man bor är mer restriktiv än i det land dit man reser, att kostnaden är lägre, att kvaliteten är högre eller att tillgängligheten är bättre.¹⁵

Det förekommer att svenskar reser utomlands för att exempelvis få snabbare tillgång till assisterad befruktning med donerade köns-celler när det är kö i Sverige. Det förekommer också att personer som nekas behandling i Sverige på grund av till exempel ålder söker sig utomlands. Dessutom åker svenskar utomlands för att kunna genomgå behandling som inte är tillåten i Sverige. Det som har fått mest uppmärksamhet i samhällsdebatten är surrogatmoderskap, men människor söker sig också utomlands för att kunna få mer information om eller göra egna val av köns-cellsdonator, eller genomgå PGT för att välja kön på barnet. Utländska kliniker marknadsför i Sverige tjänster inom t.ex. ivf, surrogatmoderskap och PGT. Det finns också svenska förmedlingar som förmedlar tjänster kring surrogatmoder-

¹⁵ Svensk förening för obstetrik och gynekologi, arbets- och referensgrupp för ofrivillig barnlöshet 2019.

skap i utlandet. Omfattningen av de olika typerna av fertilitetsturism är okänd, bland annat för att klinker inte alltid registrerar patienternas hemland.

Under vissa förutsättningar kan svenskar få ersättning för assisterad befruktning som har utförts inom EU, på Island, i Liechtenstein eller Norge. Det gäller behandlingar som är tillåtna i Sverige och som skulle ha betalats av det offentliga om de hade utförts i Sverige. Ersättningen kan inte bli högre än vad samma behandling skulle ha kostat i Sverige. Exempelvis assisterad befruktning med anonym donator eller surrogatmoderskap ersätts inte av Försäkringskassan.

Professionsföreningen Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) publicerade 2019 råd till läkare som hjälper patienter som vill söka vård utomlands. Enligt råden är det tillåtet att informera om olika behandlingar som inte är tillåtna i Sverige men det är inte tillåtet att medverka i behandlingar som inte är lagliga i Sverige. Rättsläget är dock ännu inte prövat. Utredning ska enligt SFOG:s råd göras utifrån individuell medicinsk bedömning. När det gäller behandling så bör utgångspunkten vara en individuell bedömning med beaktande av det blivande barnets bästa och kvinnans medicinska förutsättningar att genomgå en graviditet. Fertilitetsbehandling bör avrådas efter att kvinnan fyllt 45 år. Patienten eller paret bör rekommenderas att ta del av statistik från behandlande klinik avseende utfallet av den planerade behandlingen och bör avrådas från fertilitetsbehandling som har mindre än tio procents sannolikhet att resultera i en graviditet. Läkare bör inte medverka till fertilitetsbehandling om kvinna eller barn utsätts för allvarliga medicinska risker, där fler än ett embryo (endast i undantagsfall två embryon) återförs eller vid högt bmi. Läkemedelsförskrivning och eller undersökning i Sverige inför en behandling som initierats av klinik i utlandet medför enligt SFOG att förskrivande läkare har ett medicinskt delansvar för behandlingen.¹⁶

¹⁶ Svensk förening för obstetrik och gynekologi, arbets- och referensgrupp för ofrivillig barnlöshet 2019, s. 192–193.

12.2.4 Rådets diskussion och ställningstaganden

Viljan att få barn är en stark drivkraft för många människor och ofrivilligt barnlösa kan vara beredda att både lägga mycket pengar och ta risker för att lyckas få barn. Som påpekats ovan tror rådet att samhället inte heller i framtiden kommer att vilja eller kunna bekosta all efterfrågan på assisterad reproduktion. En privat marknad kommer därför att finnas i Sverige, och troligen växa. Därtill kommer människor också i framtiden att söka sig utomlands för fertilitetsvård när möjligheterna är uttömda i Sverige. Vissa kommer att söka behandlingar som inte är tillåtna i Sverige.

Det finns tecken på att den privata marknaden förändras snabbt. Allt fler kliniker i Sverige köps upp av stora utländska koncerner och sedan det blev tillåtet för privata kliniker att erbjuda assisterad reproduktion med donerade könsceller 2019 har nya frågor förts upp på dagordningen. Ett exempel är att företrädare för privata kliniker har uppvakttat rådet i fråga om att PGT-A bör tillåtas i Sverige. Ett annat exempel är att importen av könsceller har ökat, vilket har gjort rådet uppmärksammat på frågan om antalet barn som en enskild könscell-donator kan ge upphov till i gränsöverskridande situationer. I denna praktik har både den privata logiken och den internationella marknadsstrukturen drivit på utvecklingen. Privata företag köper, säljer och överför könsceller över nationsgränserna, vilket leder till att en donator kan ge upphov till fler barn än vad de nationella regelverken stipulerar. Utredning av donatorer är förknippat med en hög engångskostnad, och ju fler gånger en donator kan användas, desto lägre styckkostnad blir det. Det är alltså lönsamt för företag att använda en donator ett stort antal gånger, och det leder till större utbud och kortare väntetider. Smer har dock tagit ställning för att antalet barn per donator måste begränsas för att undvika att människor får alltför många genetiska halvsyskon. Ett stort antal barn från samma donator innebär både medicinska och psykosociala risker.¹⁷

I Sverige har vi ett regelverk som både offentliga och privata aktörer måste hålla sig till, och tillsyn över alla kliniker utförs av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Tillsynen täcker dock inte företagets marknadsföring. Samtidigt som de privata aktörerna i Sverige och utomlands spelar en viktig roll för att möta behov/efterfrågan och ta fram nya och effektivare metoder, ser rådet en

¹⁷ Etene, Bioteknologisrådet, Det Ethiske Råd & Smer. 2025.

risk att kommersiella krafter kan komma att styra vårdutbudet och forma efterfrågan delvis utifrån andra hänsyn än patienternas bästa. Människor med en stark barnlängtan kan lockas att betala för behandlingar för vilka det finns svag vetenskaplig evidens.

Smer rekommenderar att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen på området och, i likhet med HFEA i Storbritannien, publicera patientinformation om behandlingar, risker och framgångschanser. Denna form av konsumentupplysning kan bidra till en välfungerande marknad för både patienter och vårdgivare.

I fråga om fertilitetsturism så anser rådet att det svenska samhället måste sätta gränser för vilka behandlingar inom assisterad reproduktion som är etiskt acceptabla och vilka som av etiska skäl inte bör vara tillåtna. Men alla medborgare är inte överens om var gränserna ska sättas. När det gäller surrogatmoderskap konstaterar rådet i avsnitt 8.7.3 att samhället i dag får leva med en situation där kommersiella surrogatarrangemang å ena sidan betraktas av många som etiskt oacceptabla, men där försök att motverka sådana arrangemang å andra sidan kan medföra negativa konsekvenser för de barn som blivit till med hjälp av denna metod – konsekvenser som i sig kan anses än mer oacceptabla. Rådet anser att detsamma gäller fertilitetsturism som syftar till att få behandling med andra metoder som av samhället i dag uppfattas som etiskt oacceptabla, som att välja kön på sitt barn eller välja donator.

13 Framtida tekniker och metoder

Reproduktionsteknologin utvecklas snabbt och om vi blickar in i framtiden framträder en värld där den mänskliga fortplantningen kan vara helt förändrad. Kanske kommer vi att kunna skapa köns-celler från kroppsceller med hjälp av in vitro-gametogenes (IVG). Flera metoder för att koda av genetiska egenskaper hos befruktade ägg utvecklas. Vid preimplantatorisk genetisk testning (PGT) tas några celler från det befruktade ägget som analyseras och vid icke-invasiv PGT analyseras i stället embryots cellfria DNA. AI-baserade metoder för bedömning av kvalitet hos befruktade ägg utvecklas också. Med ökade kunskaper om hur genetiken styr sjukdomar och egenskaper kommer vi kanske att med högre precision kunna välja och välja bort sjukdomar och egenskaper hos befruktade ägg. Vid sidan om detta utvecklas tekniker för att redigera både det mänskliga genomet och epigenomet, i syfte att undvika sjukdomar eller att förbättra egenskaper. Forskning pågår som syftar till att kunna genredigera även befruktade ägg. Också reproduktiv kloning och utvecklingen av artificiella livmödrar skulle kunna ge människor helt nya sätt att planera och kontrollera sin reproduktion. Dessa tekniker pekar mot en framtid där fortplantning i allt högre grad kan komma att bli ett medicinskt och teknologiskt styrt projekt.

I sin bok *The End of Sex and the Future of Human Reproduction* från 2016¹ förutspår Henry T. Greely, professor i juridik och bioetik vid Stanford University, ett radikalt skifte i hur människor kommer att reproducera sig. Greely argumenterar för att vi rör oss mot en framtid där samlag inte längre är den vanligaste vägen till att få barn. I stället kommer reproduktion att ske i laboratoriemiljö, styrd av teknologiska val och genetisk information – inte biologisk slump.

I Greelys framtidsscenario kommer IVG göra det tekniskt möjligt för alla människor, oavsett kön, fertilitet eller ålder, att skapa genetiskt

¹ Greely, H.T. 2016.

relaterade avkommor. Dessutom kan tekniken potentiellt möjliggöra att tiotals eller hundratals befruktade ägg produceras från en enda individ eller par. När dessa befruktade ägg väl har skapats i laboriemiljö kan de genomgå PGT varigenom föräldrar får detaljerad information om varje befruktat äggs sannolika egenskaper: från risker för sjukdomar till kognitiva förmågor, personlighet, längd, utseende och benägenhet för psykiska tillstånd. Resultatet blir ett scenario där föräldrar väljer vilket befruktat ägg de vill implantera – inte bara utifrån hälsokriterier, utan även utifrån önskade framtida egenskaper hos barnet. Greely kallar detta för *Easy PGD* (Preimplantation Genetic Diagnosis made easy) – en rutinmässig, billig och tillgänglig process för de flesta. Han uppskattar att denna teknik kan bli kliniskt tillgänglig inom några decennier, och menar att det kan bli den dominerande formen av fortplantning i rika länder inom 40–50 år.

Men Greelys scenario bygger inte bara på teknisk genomförbarhet – han förutspår också en förändring i människors normer och preferenser. När reproduktion via laboriet blir säkrare, billigare och mer kontrollerad än naturlig graviditet, kommer många att välja denna väg frivilligt, särskilt för att minimera risker. Liknande argument har använts i diskussioner om kejsarsnitt, ivf och fosterdiagnostik: när tekniken väl finns, blir det svårt att välja bort den – särskilt om den upplevs som bättre för barnets framtid.

De förhoppningar och farhågor som vi som samhälle står inför redan i dag, med möjligheter att öka den reproduktiva autonomin och minska förekomsten av allvarliga sjukdomar, men där vi samtidigt oroar oss för ökad selektion, diskriminering och ojämlikhet, kan komma att mångdubblas i framtiden.

Vilka av dessa tekniker som kommer att bli verklighet och i så fall när är svårt, för att inte säga omöjligt, att förutsäga. I Smers rapport *Assisterad befruktning – etiska aspekter* från 2013 beskrevs mitokondriebyte, IVG, reproduktiv kloning, artificiella livmodrar och manlig graviditet som exempel på tekniker som är på forskningsstadiet och som eventuellt kan komma att tillämpas i framtiden. På flera av dessa områden och andra har teknikutvecklingen gått framåt sedan dess.

I detta kapitel gör Smer en uppdaterad kortfattad genomgång av forskningsläge och etik i fråga om vissa reproduktionsteknologier som eventuellt kan komma att tillämpas i framtiden. Utvecklingen av PGT har berörts i kapitel 11. Rådet anser att vi måste börja diskutera dessa möjliga framtida tekniker och metoder redan nu. Vilka förändringar

ska vi som samhälle välkomna, vilka är oacceptabla, och vilken reglering kan komma att behövas? Det är också viktigt att de olika teknikerna och metoderna diskuteras tillsammans eftersom nya möjligheter och problem kan uppstå när de samverkar.

13.1 In vitro-gametogenes (IVG)

In vitro-gametogenes (IVG) handlar om att skapa könsceller (äggceller och spermier) från kroppsceller i laboratoriemiljö. Idén är att kroppsceller programmeras om till stamceller (så kallade inducerade pluripotenta stamceller, iPS-celler), som har potential att utvecklas till olika celltyper. Man kan också utgå från embryonala stamceller. Stamcellerna styrs sen till att bli könsceller.

IVG skulle kunna hjälpa personer som inte kan få genetiska barn – exempelvis infertila individer, samkönade par eller personer som förlorat sina könsceller på grund av sjukdom, behandling eller ålder. Om ägg kan skapas från kroppsceller så kan också ivf-behandling underlättas eftersom man skulle slippa hormonstimulering och ägguttag. Men tekniken kan även användas i tillämpningar som ligger ännu längre från dagens möjligheter, som att skapa barn med fler än två genetiska ”föräldrar” och att massproducera befruktade ägg.

13.1.1 Forskningsläget i dag

Vid Osakauniversitet i Japan har en forskargrupp lyckats framställa både äggceller och spermier från musceller genom inducerade pluripotenta stamceller. År 2023 lyckades forskargruppen skapa äggceller från hanmöss genom omvandling av XY-celler till XX-celler. Dessa äggceller har sedan fertiliserats med musspermier och resulterat i friska avkommor som därmed har två genetiska pappor.² Forskargruppen utvecklar också testikelorganoider från möss som har kunnat framställa primitiva musspermier, och mänskliga äggstocksorganoider där målet är att kunna framställa mänskliga äggceller.³

Forskning pågår även inom privata företag. Ett exempel är det amerikanska startup-företaget Conception, som siktar på att ta fram

² Murakami, K., Hamazaki, N. m.fl. 2023.

³ Devlin, H. 2025.

en kommersiellt hållbar lösning för att producera äggceller från mänskliga blodceller.⁴

Vid Oregon Health & Science University utvecklas en alternativ metod för att omvandla kroppsceller till äggceller, där en cellkärna från en hudcell förs in i en donerad äggcell utan cellkärna. Sådana äggceller har befruktats av spermier och utvecklats till sex dagar gamla blastocyster.⁵

Inga kliniska studier har inletts för att tillämpa IVG på människor. Det är svårt att veta om och i så fall när sådana försök skulle kunna inledas och om och när metoden eventuellt blir en ordinarie behandlingsmetod.

13.1.2 Etik

IVG har potential att hjälpa fler barnlösa och att möjliggöra nya former av mänsklig reproduktion, men väcker samtidigt en lång rad etiska och rättsliga frågor. Nedan presenteras de mest centrala.⁶

Moralisk status

- Bör könsceller och befruktade ägg som framställts genom IVG-teknik tillskrivas samma moraliska status som andra könsceller och befruktade ägg?

Från djurförsök till kliniska försök

- När är det etiskt försvarbart att övergå från försök på djur till försök på människor?
- Vilka risker är acceptabla för de individer som potentiellt kommer att skapas genom IVG?
- Vilken form av uppföljande studier behövs?

⁴ Conception u.å.

⁵ Robinson, E. 2025.

⁶ Framställningen bygger delvis på vad som framkom vid symposiet *IVG Ethics and Policy Symposium* i Leiden 3–4 juni 2024, med deltagare från flera länder, arrangerat av forskningsprojektet The future of human reproduction, Lancaster University: <https://wp.lancs.ac.uk/futureofhumanreproduction/>. En genomgång av etiska och juridiska frågor när det gäller IVG finns också i Nuffield Council on Bioethics och Future of human reproduction 2025.

Massproduktion av könsceller

Tekniken kan möjliggöra produktion av ett stort antal könsceller från en enskild individ. Ett närmast obegränsat antal könsceller och befruktade ägg möjliggör i sin tur selektion av befruktade ägg utifrån genetisk analys. Möjligheten att skapa stora mängder könsceller riskerar att leda till att barn i någon utsträckning blir en beställningsvara, vilket till exempel kan påverka synen på människovärdet och vår människosyn. Tekniken gör det även möjligt att producera könsceller från en individ utan dennes vetskap och eller samtycke. Man behöver sannolikt överväga om det behövs fler förbud och kanske straffrättsliga påföljder kring att skapa barn från individer utan deras samtycke.

- Hur många könsceller bör få produceras och användas från en och samma individ?
- Behövs förbud mot att olovligen använda stamceller för att skapa könsceller?
- Vilken påverkan har IVG på andra fertilitetsbehandlingar?
- Skulle IVG-tekniken innebära att det blir säkrare och enklare för alla ivf-patienter? Kan den första delen av ivf-cykeln elimineras helt (dvs. äggstimulering och ägginsamling)?
- Skulle det kunna eliminera behovet av ägg- och spermiefrysning?
- Kommer donation av könsceller fortfarande att behövas? Om så, i vilka situationer och med vilka argument?
- Kommer tekniken innebära ett ökat tryck på helgenomsekvensering och selektion inför implantering av befruktade ägg?

Familjerelationer

IVG-tekniken utmanar traditionella föreställningar om föräldraskap och väcker frågor om genetisk koppling, rätt till information om genetiskt ursprung och förhållandet mellan genetiska och icke-genetiska föräldrar. Teoretiskt kan tekniken även möjliggöra att individer får barn med sig själva, sk. solo-parenting. Solo-parenting diskuteras i den filosofiska litteraturen men är inte något som forskningen syftar till att utveckla, varför denna fråga inte berörs här.

Möjligheten kan förvisso aktualisera behov av reglering som förbjuder individer att skapa avkomma som de både är genetisk mor och far till. Till stöd för detta finns både medicinska, sociala och etiska argument.

- Hur kan IVG komma att förändra synen på föräldraskap och familjebildning?
- Om både ägg och spermier kan skapas av det motsatta könet, kommer vi omdefiniera vem som är mor och far?
- Bör samkönade par tillåtas att tillsammans bli genetiska föräldrar?
- Bör det vara tillåtet att skapa barn med fler än två genetiska ”föräldrar”?
- Är det bättre för barnet att ha en genetisk koppling till båda (alla) sina föräldrar?
- Är det bättre för de blivande föräldrarna att båda (alla) har en genetisk koppling till sitt barn?
- Spelar det någon roll för det blivande barnet hur könscellerna har kommit till (under förutsättning att tekniken är säker)?

13.1.3 Ungdomsdialoger

Inom ramen för beredningen har rådet även diskuterat IVG med gymnasieungdomar i årskurs 1 och 2 i Umeå och Lund.⁷ Ungdomarna ansåg att det skulle vara positivt om samkönade par med hjälp av IVG skulle kunna få barn tillsammans, men för manliga par var behovet av surrogatmoder en komplicerande faktor. Ungdomarna var tveksamma till att äldre människor får barn, eftersom barnet måste kunna få stöd under hela uppväxten. I fråga om 3–4 föräldrar var det blandade åsikter, flera såg risk för konflikter och juridiska svårigheter medan andra var försiktigt positiva.

Alla var starkt emot att det skapas könsceller utan samtycke. Om IVG blir verklighet, ansåg ungdomarna att det skulle kunna tillåtas i Sverige med en tydlig reglering. Det bör i så fall införas stegvis och med tydliga gränser.

⁷ Smer 2026.

Ungdomarna trodde att vissa människor i framtiden kommer att vilja använda sig av IVG och PGT för att kunna välja egenskaper på sina barn, men tog avstånd från tanken att man ska kunna designa barn på det sättet, förutom för att undvika sjukdomar. De trodde inte samhället skulle förändras särskilt mycket om IVG blir verklighet, förutom att fler som vill få barn kommer att kunna få det.

13.1.4 Rådets kommentarer

Även om IVG-tekniken är i sin linda och vi inte vet om den någonsin kommer att kunna tillämpas på människor, behöver vi som samhälle redan nu börja sätta oss in i vad den innebär och vilka konsekvenser den kan få. En eventuell framtida tillämpning av IVG på människor kommer att ge upphov till komplicerade etiska och juridiska frågor som kräver bred och djupgående genomlysning.

Rådet har identifierat och diskuterat de etiska frågor som tekniken väcker. IVG kan innebära att fler kan få genetiskt besläktade barn, men tekniken utmanar också många av de gränser som vi i dag tar för givna, till exempel kring vilka som kan få barn med varandra och hur många genetiska föräldrar ett barn kan ha. Vad som ska vara tillåtet måste noggrant diskuteras i samhället. Att framställa och använda könsceller med nya metoder kan också innebära särskilda risker som måste värderas och hanteras. Möjligheten att genom IVG framställa många olika könsceller och befruktade ägg i kombination med möjligheten till helgenomsekvensering och selektion inför implantering måste ges särskild uppmärksamhet. Rådet har i nuläget valt att inte ta ställning till tekniken. I stället vill rådet, med detta underlag som grund, initiera en bred samhällsdebatt om IVG.

13.2 Artificiella livmodrar

De tekniska möjligheterna att rädda livet på extremt för tidigt födda barn har blivit allt bättre, och i dag räddas regelmässigt barn som föds i vecka 22–24. En stor andel av barnen avlider dock fortfarande. Vid denna ålder är barnet ännu inte fullt ut anpassat till livet utanför livmodern och av de som överlever drabbas en stor del av kronisk sjuklighet i bland annat ögon och lungor. Kognitiva funktionsnedsättningar, cerebral pares och andra neurologiska komplikationer är

också vanliga. Ju äldre barnet är när det föds, desto bättre är prognosen, men även barn födda i vecka 25–26 löper en tydligt förhöjd risk för bestående skador.⁸

Syftet med artificiella livmodrar är att skapa en mer livmoderlik miljö för extremt tidigt födda i syfte att öka överlevnaden och minska sjukligheten. Grundtanken är att som i livmodern tillföra syre och näring via blodet i stället för via lungorna respektive mag-tarmkanalen. Pionjärer på området var ett svenskt forskarlag, som 1958 via kanylering av navelsträngen lyckades få mänskliga foster som vägde 200–375 gram att överleva i 12 timmar. Teknikutvecklingen fortsatte under 1960-talet, då flera försök på tidiga foster från djur genomfördes. Överlevnadstiden i dessa försök räknades i timmar eller i bästa fall dygn. Intresset för artificiella livmodrar minskade så småningom när andra tekniker och metoder att handlägga för tidigt födda utvecklades.⁹

På 1980-talet tog forskningen kring artificiella livmodrar ny fart. En förutsättning för senare tids utveckling av artificiella livmodrar är tekniska framsteg när det gäller att upprätthålla syresättningen och andra vitala funktioner utanför kroppen, inte minst så kallad ECMO-teknik (extracorporeal membrane oxygenation).

13.2.1 Forskningsläget i dag

Forskning pågår på flera olika tekniker som kan benämnas artificiella livmodrar. Det finns ingen vedertagen definition av begreppet.

Än så länge har enbart djurförsök genomförts. De mest ”livmoderlika” metoderna, där det outvecklade djuret placeras i en vätskefylld behållare, syftar till att användas på barn födda i vecka 22–24. Näring och syre tillförs som regel via navelsträngsvenen. Nedbrytningsprodukter och koldioxid transporteras bort på motsvarande sätt. Försök med får och i något fall gris har genomförts i Perth¹⁰, Philadelphia¹¹, Barcelona¹² och Toronto¹³. Forskargruppen i Philadelphia har kommit längst och har lyckats hålla lammfoster på en mognads-

⁸ Serenius F., Ewald, U. m.fl. 2016.

⁹ Fallon, B.P. & Mychaliska, G.B. 2021.

¹⁰ Usuda, H., Watanabe, S. m.fl. 2017.

¹¹ Partridge, E.A., Davey, M.G. m.fl. 2017.

¹² Eixarch, E., Illa, M. m.fl. (2023).

¹³ Charest-Pekeski, A.J., Cho, S.K.S. m.fl. 2022.

nivå motsvarande 22–24 veckor hos människa vid liv i 28 dagar.¹⁴ Lamm på en utvecklingsnivå motsvarande 17–19 veckor har man hållit vid liv i 14–21 dagar.

En annan teknik är att syresätta för tidigt födda barn via blodet där barnet inte omges av fostervatten utan där endast lungorna är vätskefyllda (forskarna talar då inte om artificiella livmödrar utan om artificiella moderkakor).¹⁵ Denna metod är dock inriktad på något äldre barn.

Ledaren för forskargruppen i Philadelphia anser att det är dags att överväga att inleda en noggrant designad klinisk studie.¹⁶ Han beskriver tekniken som ”stabil” och framhåller att det i yttersta fall alltid går att omedelbart avbryta behandlingen och i stället vårda barnet med traditionella behandlingsmetoder.

I september 2023 genomfördes ett möte hos den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA i syfte att utvärdera den tillgängliga evidensen och ta fram rekommendationer för eventuella kommande kliniska försök.¹⁷ Några rekommendationer har i skrivande stund inte offentliggjorts. Den Barcelona-baserade gruppen uppger att man har som mål att komma i gång med kliniska försök under 2027 eller 2028.¹⁸

Begreppet artificiell livmoder kan föra tankarna till en teknik eller process där hela fosterutvecklingen äger rum utanför en mänsklig livmoder. Detta kallas (komplett) ektogenes. Att utveckla metoder för ektogenes är inte syftet med dagens utveckling inom området artificiella livmödrar. Ektogenes bedöms ligga mycket långt i framtiden, om det överhuvudtaget är möjligt.

13.2.2 Etik

Artificiella livmödrar har potential att förbättra överlevnaden och hälsoutfallet för för tidigt födda barn, men väcker samtidigt en rad etiska, vetenskapliga och framtida rättsliga frågor att hantera. Nedan presenteras de mest centrala.

¹⁴ Partridge, E.A., Davey, M.G. m.fl. 2017.

¹⁵ Fallon, B.P. & Mychaliska, G.B. 2021.

¹⁶ Christensen, J. 2023.

¹⁷ U.S Food & Drug Administration (2023).

¹⁸ Uppgift lämnad vid Smers etikdag 5 december 2024 *Reproduction and Technology – Today and Tomorrow*.

Foster i vecka 22 och senare

Den främsta potentiella nyttan med artificiella livmödrar är enligt forskare som utvecklar tekniken att förbättra utfallet för barn som föds i vecka 22–25. Det går dock enligt dem även att se andra situationer där artificiella livmödrar i denna period skulle kunna vara till nytta, såsom vid riskgraviditeter eller i situationer där graviditeten gör en att behandling som kvinnan behöver är alltför riskfylld för henne.¹⁹ Tekniken skulle också kunna utnyttjas för att skapa bättre förutsättningar för fosterkirurgi.²⁰ Frågor som uppstår är bland andra följande:

- Kommer tekniken leda till att fler av de som överlever får en god hälsa eller till att fler överlever men inte med förbättrad hälsa?
- Existerande teknik för artificiella livmödrar förutsätter att kvinnan förlöses med kejsarsnitt, vilket innebär en risk för kvinnan. Hur ska denna risk vägas mot nyttan?
- Hur påverkas barnet av att vara avskärmat från världen och inte ha kontakt med modern (i livmodern) eller med föräldrarna (efter att det fötts)?
- Hur påverkas föräldrarnas relation till barnet om det ligger dolt i en behållare? Kan det påverka det medicinska beslutsfattandet?
- Beslutet om att använda en artificiell livmoder, oavsett om det sker inom en studie eller i klinisk praxis, kommer sannolikt att behöva fattas mycket snabbt och i en känslomässigt utsatt situation. Hur garantera informerat samtycke och undvika att kvinnan/paret utsätts för press?
- Individerna i en artificiell livmoder upprätthåller till skillnad från ett för tidigt fött barn inte sitt liv på egen hand och är fysiologiskt sett ett foster snarare än ett barn. Samtidigt är det inte som ett ”traditionellt” foster beroende av en annan människas kropp för sin överlevnad. Har dessa aspekter någon betydelse för barnets/fostrets moraliska och/eller legala status?
- Kommer kvinnor att avsiktligt vilja avbryta sin graviditet i förtid för att slippa graviditetens senare faser? Bör de ha den möjligheten?

¹⁹ De Bie, F.R., Kim, S.D. m.fl. (2023).

²⁰ Romanis, E.C. (2020).

- Vem får tillgång till en (sannolikt) kostsam teknik? Finns det en risk att tekniken testas på en grupp (i USA löper afroamerikanska och socioekonomiskt svaga kvinnor större risk för förtidsbörd) och sedan, när den blivit säker, används av en annan?

Foster yngre än 22 veckor

Nuvarande metoder för vård av för tidigt födda tycks ha en nedre gräns kopplad till fostrets förmåga att andas via lungorna. Det gör att de senaste 50 årens utveckling, där allt yngre för tidigt födda barn har kunnat räddas, har planat ut på senare tid. Någon liknande inbyggd tröskel verkar inte finnas hos teknik för artificiella livmodrar. Enligt forskare som utvecklar denna teknik pågår det i dag inga försök med syfte att utveckla metoder för yngre foster än 22 veckor. Det är dock tänkbart att tekniken, om den visar sig effektiv, anpassas för att även kunna användas för yngre foster. Att göra det bedöms dock medföra stora tekniska utmaningar.²¹

Nyttorna med en artificiell livmoder i denna period är väsentligen desamma som i vecka 22 och senare. Det handlar i huvudsak om att kunna förbättra utfallet vid (hotande) förtidsbörd eller vid medicinska tillstånd hos fostret som hotar dess liv eller hälsa, samt att kunna avvärja hot mot kvinnans hälsa.²²

Om artificiella livmodrar skulle bli möjligt att användas för foster yngre än 22 veckor skulle det ”överlapp” mellan neonatalvård och sen abort som Smer 2019 beskrev i sin rapport *Livstecken efter sen abort* bli än mer uttalat. Detta ger i sin tur upphov till en rad frågor:

- Vilka möjligheter bör föräldrar ha att avbryta en ”graviditet” i en artificiell livmoder? Bör båda föräldrarnas vilja räknas?
- Om man anser att det inte är någon skillnad i moralisk status mellan ett barn som vårdas i en artificiell livmoder och andra födda individer, gäller detta oavsett ålder? Vad betyder det för möjligheterna att avbryta en ”graviditet” i en artificiell livmoder?
- Vad bör ske om det visar sig vara möjligt att använda tekniken för att rädda foster som aborteras sent i graviditeten?
- Innebär tekniken på lång sikt ett hot mot aborträtten?

²¹ De Bie, F.R., Kim, S.D. m.fl. 2023.

²² De Bie, F.R., Kim, S.D. m.fl. 2023.

Ektogenes

Som påpekats ovan bedöms ektogenes, i betydelsen att hela fosterutvecklingen äger rum utanför en mänsklig livmoder, ligga mycket långt fram i framtiden, om det överhuvudtaget är möjligt. Trots detta är det inte sällan denna mer spekulativa tillämpning av artificiella livmodrar som hamnar i fokus i debatten, både i media och bland etiker.

Ektogenes skulle kunna ge nya möjligheter att behandla infertilitet och ökad reproduktiv autonomi för kvinnor och män. Det skulle också kunna bli ett alternativ till surrogatmoderskap, som många anser etiskt problematiskt, eller till livmodertransplantation.²³ Några har också framfört att det skulle bidra till ökad frigörelse för kvinnor och till ökad jämställdhet mellan könen.²⁴ Men tekniken ger också upphov till en rad frågor, bland andra:

- Medför ektogenes en risk för nedvärdering av havande- och moderskap?
- Vilka är de psykologiska effekterna på barnet av att inte växa till i en kvinnas kropp (om tekniken antas vara fysiologiskt säker)?
- Kan ektogenes leda till en utveckling mot ”designer babies” och mot en syn på barnet som beställningsvara?
- Överskrider ektogenes vad som är ”naturligt”?
- Vem får tillgång till tekniken? Kommer behov eller betalningsförmåga att avgöra?

13.2.3 Rådets kommentarer

En eventuell framtida tillämpning av artificiella livmodrar kommer att ge upphov till komplicerade etiska och juridiska frågor som kräver bred och djupgående genomlysning. Rådet har inom ramen för denna rapport inte närmare gått in på dessa frågor men vill ändå nämna några som är av stor vikt.

I Smers rapport *Livstecken efter sen abort* från 2019 diskuterades etiska frågor som aktualiseras när ett foster som aborteras sent i graviditeten visar livstecken. I detta sammanhang väcktes frågan

²³ Segers, S. 2021.

²⁴ Se t.ex. Motion 2023/24:1733.

om när man i juridisk mening blir en människa och omfattas av mänskliga rättigheter, inklusive rätt till skydd för sitt liv. Den juridiska expertis som rådet konsulterade var enig om att denna punkt i vart fall inträffar från födelseögonblicket. En nyfödd, som efter födelsen ”andats eller visat något annat livstecken”²⁵, är i juridisk mening en människa och har samma rätt till liv som andra barn.²⁶ Om utvecklingen av artificiella livmodrar medför att gränsen för när det går att hålla en född individ vid liv förskjuts nedåt, kan och bör principen om att man blir människa vid födseln upprätthållas?

En annan fråga som behandlades i rapporten gällde livsduglighetsbegreppet i abortlagen. Lagen säger att ett foster inte får aborteras om det är livsdugligt. Den tolkning av livsduglighetsbegreppet som görs av Socialstyrelsens rättsliga råd – och som har stöd i förarbetena – är att det ska tolkas i relation till de medicinska möjligheter som står till buds. Om neonatalvården blir bättre på att rädda för tidigt födda kan därför möjligheten att kunna få en sen abort beviljad begränsas. Bör livsduglighet fortsatt utgöra gräns för sena aborter om utvecklingen av artificiella livmodrar medför att gränsen för när det går att hålla ett foster vid liv utanför livmodern förskjuts nedåt?

13.3 Livmodertransplantation till nya grupper

Livmodertransplantation är en nyligen utvecklad teknik som står inför införande i klinisk verksamhet. Forskning om livmodertransplantation har bedrivits vid Göteborgs universitet sedan 1999 och den första livmodertransplantationen utfördes vid Sahlgrenska sjukhuset 2012. Flera transplantationer har gjorts inom ramen för denna forskning och hittills har 17 barn fötts. Metoden har också spridits till andra delar av världen. Totalt har över 100 transplantationer gjorts i världen vilka har resulterat i över 60 födselar.²⁷

Inom det nationella programrådet (NPO) kvinnosjukdomar och förlossning samt sjukvårdsregionerna har det förts en diskussion om huruvida metoden borde bli ordinarie behandling inom svensk hälso- och sjukvård. De har bl.a. vänt sig till Smer för vägledning. NPO kvinnosjukdomar och förlossning har sedermera beslutat att man anser att livmodertransplantation är en fråga för nationell hög-

²⁵ 24 § folkbokföringslagen (1991:481).

²⁶ Smer 2019, s. 92 f.

²⁷ Göteborgs universitet 2024.

specialiserad vård och har därför skickat in det som ett förslag på NHV-område till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har i skrivande stund ännu inte fattat något beslut i frågan. Under tiden har Västra Götalandsregionen fattat beslut om att livmodertransplantation ska finansieras av regionen.²⁸

Vissa har förhoppningar kring att livmodertransplantation skulle kunna göra att män och transkvinnor skulle kunna bli gravida. Forskningen hittills har inte alls varit inriktad på dessa grupper och Smer har inte kännedom om att något sådant forskningsprojekt planeras. Det kan dock inte uteslutas att det någon gång i framtiden går att genomföra säkra livmodertransplantationer till transkvinnor eller till män. Smer tar i dagsläget inte ställning till de etiska frågor som kan väckas inom sådan forskning eller behandling.

²⁸ Pääjärvi, M. 2025.

14 Slutsatser och rekommendationer

Rådet har under 2024 och 2025 blickat ut över området assisterad reproduktion och kunnat konstatera att allt fler människor har fått tillgång till behandling under de senaste decennierna, till följd av teknisk och metodologisk utveckling samt förändringar i lagstiftningen.

Rådet anser att stora delar av dagens regelverk fungerar bra och bygger på en avvägning av olika värden och intressen som fortfarande är rimlig. Rådet ser också positivt på Socialstyrelsens arbete med att ta fram ett kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens arbete med assisterad befruktning som syftar till att ge förutsättningar för ett likvärdigt och jämlikt omhändertagande av patienter. Samtidigt utmanas regelverket ständigt av nya forskningsrön, tekniker, praktiker och samhällstrender. Exempelvis måste vi i Sverige förhålla oss till att marknaden för assisterad reproduktion är global och att människor åker utomlands för att söka behandling som de inte har tillgång till i Sverige.

Rådet har utifrån sin översyn kommit fram till att regelverk och praktik bör ändras på flera områden. Rådet är dock inte alltid enigt i sina överväganden och slutsatser.

14.1 Förändra regleringen

På flera områden anser rådet att förändringar i lagstiftningen bör komma till stånd:

Regelverket gällande *förfoganderätt till könsceller och befruktade ägg* bör ses över och förtydligas så att förfoganderätten får ett tydligt lagstöd. Det bör också regleras *hur länge spermier och obefruktade ägg ska få sparas*. När det gäller att *ta med könsceller eller befruktade*

ägg till annan klinik för behandling som är tillåten i Sverige, anser rådet att detta bör vara möjligt även om en person eller ett par har nekats eller avråtts från behandling, på villkor att beslutet är informerat och att uppenbara riskfall kan fångas upp.

När det gäller frågan om huruvida mer information ska kunna lämnas till föräldrar och barn om könscellsdonatorer, bör *information om donatorns sjukdomshistoria* kunna lämnas efter barnets födelse vid behov.

Rådet betonar att *barnets rätt till trygghet och rättssäkerhet* måste gå före statens intresse av att motverka kommersiella surrogatarrangemang i utlandet. Därför är rådet positivt till en reglering som underlättar fastställandet av föräldraskapet i Sverige för barn som blivit till med hjälp av surrogatmoderskap.

En majoritet i rådet anser att det under vissa omständigheter bör vara tillåtet att *använda könsceller och befruktade ägg från avlidna personer* i assisterad reproduktion. Det gäller exempelvis när en ivf-behandling redan har påbörjats och en av parterna eller en donator avlider. I sådana fall bör den kvarlevande parten kunna fullfölja behandlingen, förutsatt att den avlidna personen tidigare har lämnat ett uttryckligt samtycke till att materialet får användas efter döden. Socialstyrelsens allmänna råd på området bör få ett tydligt lagstöd.

I fråga om att *ta med könsceller eller befruktade ägg utomlands för behandlingar som inte är tillåtna i Sverige*, anser en majoritet i rådet att självbestämmandet bör väga tyngst, och att kliniker bör lämna ut materialet även när det är känt att materialet ska användas för behandlingar som inte är tillåtna i Sverige.

En majoritet i rådet anser att en *prövning av blivande föräldrars medicinska, psykologiska och sociala förhållanden* bör göras inför all behandling med assisterad reproduktion, oavsett om egna eller donerade könsceller används. Samhället bör dock inte ha alltför långtgående synpunkter på vem som får bli förälder. Bedömningarna måste vara likartade och godtycke undvikas.

Vidare föreslår en majoritet av rådets medlemmar att frågan om barn ska kunna ha *fler än två rättsliga föräldrar* utreds, och att åtgärder införs för att *stärka rättigheter för de vuxna som inte är rättsliga föräldrar*.

Rådet är delat i frågan om *altruistiskt surrogatmoderskap*. Delar av rådet anser att det kan vara etiskt acceptabelt under vissa villkor och

att frågan bör utredas, medan andra delar av rådet är emot att tillåta altruistiskt surrogatmoderskap i Sverige.

14.2 Ändra regionernas riktlinjer

Rådet anser att en *individuell bedömning av förutsättningarna för behandling* är att föredra framför de generella åldersgränser som regionerna har ställt upp.

14.3 Förändra praxis

Rådet anser att dagens bestämmelse om att den som har tillkommit genom assisterad befruktning med donerade könsceller har rätt att ta del av uppgifter om donatorn om han eller hon har ”uppnått tillräcklig mognad” framstår som rimlig. Rådet finner det dock olyckligt om det har utvecklats en praxis som säger att tillräcklig mognad betyder minst 18 år. En sådan praxis bör i så fall omprövas. Tillräcklig mognad kan uppnås tidigare.

14.4 Ge uppdrag till Socialstyrelsen

Rådet föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen kring vilka tjänster som erbjuds inom fertilitetvård, även proaktiv fertilitetsvård, och *tillhandahålla tydlig patientinformation om behandlingar, risker och framgångschanser*, för att stärka konsumentskyddet.

Rådet anser vidare att det behövs *större insyn i hur PGT används i Sverige* och föreslår att regeringen även ger Socialstyrelsen i uppdrag att göra en uppföljning av vilka sjukdomar och tillstånd metoden tillämpas vid.

14.5 Påbörja en bred samhällelig diskussion

Rådet har också blickat framåt och kan konstatera att de nya tekniker som beforskas i dag – utveckling av könsceller från kroppsceller, artificiella livmödrar och alltmer precisa analyser av risker för utveck-

ling av sjukdomar och egenskaper hos befruktade ägg –kan komma att förändra människans sätt att få barn i grunden. Rådet anser att det är nödvändigt att samhället redan nu inleder en bred och djupgående diskussion om framtidens reproduktionstekniker. Det handlar inte bara om vad som är tekniskt möjligt, utan om vad som är önskvärt, etiskt acceptabelt och förenligt med grundläggande värden som människovärde, jämlikhet och barns rätt till en öppen framtid. Rådet understryker att denna diskussion måste omfatta flera tekniker samtidigt, eftersom särskilda etiska dilemman kan uppstå när olika metoder kombineras, exempelvis massproduktion av befruktade ägg och möjligheten att analysera deras gener för att välja ut sådana med önskvärda egenskaper.

Referenser

- Alkurdi, T. (2023, 28 oktober). Utöka hjälpen till ofrivilligt barnlösa. *Svenska Dagbladet*. <https://www.svd.se/a/PpB2l5/talla-alkurdi-s-utoka-hjalpen-till-ofrivilligt-barnlosa>.
- Alsalem, R. (2025). *The different manifestations of violence against women and girls in the context of surrogacy – Report of the Special Rapporteur on violence against women and girls, its causes and consequences*. A/80/158. <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/a80158-different-manifestations-violence-against-women-and-girls-context>.
- American Society for Reproductive Medicine. (2021). In vitro maturation: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 115(3), 663–676.
- American Society for Reproductive Medicine. (2024). *Fertility drugs and cancer. Practice Committee guideline*. <https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/fertility-drugs-and-cancer-a-guideline-2024>.
- Amir, R. & Ravitsky, V. (2024, 18 mars). Redefining remembrance: Posthumous sperm retrieval in Israel after 7 October. *BioNews 1231*. Progress Educational Trust. <https://www.progress.org.uk/redefining-remembrance-posthumous-sperm-retrieval-in-israel-after-7-october>.
- Amorado, P., Magann, E.F. m.fl. (2021). Is a Surrogate Pregnancy a High-Risk Pregnancy? *Obstetrical & Gynecological Survey*, 76(5), 302–309.
- Arvidsson, A., Johnsdotter, S. & Essén, B. (2015). Views of Swedish Commissioning Parents Relating to the Exploitation Discourse in Using Transnational Surrogacy. *PLoS ONE*, 10(5), e0126518. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126518>.

- Baldwin, K. (2025, 18 augusti). Podcast Review: Science Weekly – Why British women are freezing their eggs abroad. *BioNews* 1302. Progress Educational Trust.
<https://www.progress.org.uk/podcast-review-science-weekly-why-british-women-are-freezing-their-eggs-abroad>.
- Bashford, A. (2010). Epilogue: Where did eugenics go? I Bashford, A. & Levine, P. (Red.), *The Oxford handbook of the history of eugenics*. Oxford University Press.
- Bennett, R. (2009). The fallacy of the Principle of Procreative Beneficence. *Bioethics*, 23(5), 265–273.
- Bishop, K. (2023, 7 december). The proactive fertility care industry is soaring. Is that a good thing? *BBC*.
<https://www.bbc.com/worklife/article/20231206-the-proactive-fertility-care-industry-is-soaring-is-that-a-good-thing>.
- Bolt, S.H., Maas, A.J.B.M. m.fl. (2024). Legal age limits in accessing donor information: experiences of donor-conceived people, parents, sperm donors and counsellors. *Reproductive BioMedicine Online*, 48(6), 103846.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2024.103846>.
- Brännström, M., Ekberg, J. m.fl. (2025). The costs per live birth after uterus transplantation: results of the Swedish live donor trial. *Human reproduction (Oxford, England)*, 40(2), 310–318.
<https://doi.org/10.1093/humrep/deae272>.
- Canoilas, V. (2020, 10 februari). Så gick surrogatmödraskap om utlandsadoptioner i Sverige. *Dagens Nyheter*.
- Capalbo, A., de Wert, G. m.fl. (2024). Screening embryos for polygenic disease risk: a review of epidemiological, clinical, and ethical considerations. *Human reproduction update*, 30(5), 529–557.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmae012>.
- Carson, S. A., & Kallen, A.N. (2021). Diagnosis and management of infertility: A review. *JAMA*, 326(1), 65–76.
<https://doi.org/10.1001/jama.2021.4788>.
- Charest-Pekeski, A.J., Cho, S.K.S. m.fl. (2022). Impact of the Addition of a Centrifugal Pump in a Preterm Miniature Pig Model of the Artificial Placenta. *Frontiers in physiology*, 13, 925772.
<https://doi.org/10.3389/fphys.2022.925772>.

- Chehimi, M, Boursier, A. m.fl. (2025). Sociodemographic profile of women seeking elective egg freezing when financed by the public healthcare system. *Reproductive BioMedicine Online*, 50:5, 104705. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2024.104705>.
- Christensen, J. (2023, 19 september). FDA advisers discuss future of "artificial womb" for human infants. *CNN*. <https://edition.cnn.com/2023/09/19/health/artificial-womb-human-trial-fda/index.html>.
- Conception. (u.å.). *Turning stem cells into human eggs* [webbsida]. <https://www.conception.bio>.
- Cornelisse, S., Zagers, M., m.fl. (2020). *Preimplantation genetic testing for aneuploidies (abnormal number of chromosomes) in in vitro fertilisation*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 9. https://www.cochrane.org/evidence/CD005291_preimplantation-genetic-testing-abnormal-chromosome-numbers-couples-undergoing-vitro-fertilisation.
- Cryos. (u.å.a). *Cryos' Genetic Panel – how we screen our donors for genetic diseases* [webbsida]. <https://www.cryosinternational.com/en-gb/dk-shop/private/blog/cryos-genetic-panel>.
- Cryos. (u.å.b). *Sperm donor requirements* [webbsida]. <https://www.cryosinternational.com/en-gb/dk-shop/private/about-sperm/sperm-donation/sperm-donor-requirements>.
- Cryos. (u.å.c). *What is sperm donor genetic screening?* [webbsida]. <https://www.cryosinternational.com/en-gb/dk-shop/private/blog/what-is-sperm-donor-genetic-screening>.
- Daar, J., Benward, J. m.fl. (2018). Posthumous retrieval and use of gametes or embryos: an Ethics Committee opinion, *Fertility and Sterility*, 110(1), 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.04.002>.
- De Bie, F.R., Kim, S.D. m.fl. (2023). Ethics Considerations Regarding Artificial Womb Technology for the Fetonate. *The American Journal of Bioethics*, 23(5), 67–78. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2048738>.
- de Groot, D. (2025). *Surrogacy: The legal situation in the EU*. Briefing. European Parliamentary Research Service.

- de Melo-Martin, I. & Goering, S. (2022). Eugenics. I Zalta, E.N. (Red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2022 Edition).
<https://plato.stanford.edu/archives/sum2022/entries/eugenics>.
- Devlin, H. (2025, 5 juli). Lab-grown sperm and eggs just a few years away, scientists say. *The Guardian*.
<https://www.theguardian.com/science/2025/jul/05/lab-grown-sperm-and-eggs-scientists-reproduction>.
- Dewan, P. (2024, 2 september). "This is Eugenics": Exploitation and Discrimination in Egg Donation Exposed. *Newsweek*.
<https://www.newsweek.com/egg-donation-fertility-ivf-eugenics-inequality-1946871>.
- Dir. 2020:132. *En föräldraskapsrättslig lagstiftning för alla*.
- Dreber, H., Juth, N. & Mathiesen, T. (2017, 18 oktober). "Sjukvård efter behov" är inte en självklarhet. *Läkartidningen*, 2017;114:ERRP. <https://lakartidningen.se/vetenskap/sjukvard-efter-behov-ar-inte-en-sjalvklarhet>.
- Dube, L., Bright, K. m.fl. (2023). Efficacy of psychological interventions for mental health and pregnancy rates among individuals with infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*, 29(1), 71–94.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmac034>.
- Ducharme, J. (2025, 6 mars). IVF Patients Say a Test Caused Them to Discard Embryos. Now They're Suing. *Time*.
<https://time.com/7264271/ivf-pgta-test-lawsuit>.
- Duster, T. (2003). *Backdoor to Eugenics*. Routledge.
- Efendic, N., Bergenmar, J. m.fl. (2025, 3 januari). Svenskar skaffar tvillingar via surrogat – trots risker. *Svt Nyheter*.
<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/svenskar-skaffar-tvillingar-via-surrogat-trots-risker>.
- Eixarch, E., Illa, M. m.fl. (2023). An Artificial Placenta Experimental System in Sheep: Critical Issues for Successful Transition and Survival up to One Week. *Biomedicine*, 11(3), 702.
<https://doi.org/10.3390/biomedicine11030702>.
- ESHRE. (2023). *ART fact sheet*. https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Press-room/ESHRE_ARTFactSheet_v10_2025.pdf.

- ESHRE. (u.å). *ESHRE supports the position of ESHG on embryo selection based on polygenic risk scores* [webbsida]. <https://www.eshre.eu/Europe/Position-statements/PRS>.
- ESHRE Add-ons working group, Lundin, K., Bentzen, J. m.fl. (2023). Good practice recommendations on add-ons in reproductive medicine. *Human Reproduction*, 38(11), 2062–2104. <https://doi.org/10.1093/humrep/dead184>.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law, Pennings, G., de Wert, G. m.fl. (2006). ESHRE Task Force on Ethics and Law 11: Posthumous assisted reproduction. *Human reproduction (Oxford, England)*, 21(12), 3050–3053. <https://doi.org/10.1093/humrep/del287>.
- Etene, Bioteknologirådet, Det Ethiske Råd & Smer. (2025). *Call for international limits on the number of children per sperm or egg donor*. <https://smer.se/wp-content/uploads/2025/03/nordic-statement-engelska.pdf>.
- 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.
- Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2024/1938 av den 13 juni 2024 om kvalitets- och säkerhetsstandarder för humanbiologiskt material avsett för användning på människa och om upphävande av direktiven 2002/98/EG och 2004/23/EG (humanmaterialförordningen).
- Europarådet. (1997). *Explanatory Report to the Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, European Treaty Series – No. 164.
- European IVF-Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Calhaz-Jorge, C., Smeenk, J. m.fl. (2024). Survey on ART and IUI: legislation, regulation, funding, and registries in European countries-an update. *Human reproduction (Oxford, England)*, 39(9), 1909–1924. <https://doi.org/10.1093/humrep/deae163>.

- Fallon, B.P. & Mychaliska, G.B. (2021). Development of an artificial placenta for support of premature infants: narrative review of the history, recent milestones, and future innovation. *Translational pediatrics*, 10(5), 1470–1485. <https://doi.org/10.21037/tp-20-136>.
- Fenton-Glynn, C. (2022). International Surrogacy Arrangements: A Survey. *Cambridge Family Law*, April 2022.
- FN:s barnrättskommitté (2016). *Sammanfattande observationer (concluding observations) med anledning av Irlands tredje och fjärde periodiska rapporter*. 1 mars 1996. CRC/C/IRL/ Co/3-4.
- Foley, S., Jadva, V. & Golombok, S. (2025). Elective co-parenting with someone already known versus someone met online: implications for parent and child psychological functioning. *Reproductive biomedicine online*, 50(5), 104747. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2024.104747>.
- Forzano, F., Antonova, O. m.fl. (2022). The use of polygenic risk scores in pre-implantation genetic testing: an unproven, unethical practice. *European journal of human genetics : EJHG*, 30(5), 493–495. <https://doi.org/10.1038/s41431-021-01000-x>.
- Gameto. (2024, 16 december). Gameto announces world's first live birth using Fertilo procedure that matures eggs outside the body. *Business Wire*. <https://www.businesswire.com/news/home/20241216400051/en/Gameto-Announces-Worlds-First-Live-Birth-Using-Fertilo-Procedure-that-Matures-Eggs-Outside-the-Body>.
- Ghinea, N., Wiersma, M. m.fl. (2022). Situating commercialization of assisted reproduction in its socio-political context: a critical interpretive synthesis. *Human reproduction open*, 2022(4), hoac052. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac052>.
- Golombok, S. (2020). *We are family*. Scribe Publications. ISBN 9781912854493.
- Golombok, S., Jones, C. m.fl. (2023). A longitudinal study of families formed through third-party assisted reproduction: Mother–child relationships and child adjustment from infancy to adulthood. *Developmental Psychology*, 59(6), 1059–1073. <https://doi.org/10.1037/dev0001526>.

- Government of the Netherlands. (2025, 1 april). *Requesting donor information on an artificial insemination* [webbsida]. <https://www.government.nl/topics/pregnancy-and-childbirth/requesting-data-about-sperm-or-egg-donor-in-artificial-insemination>.
- Greely, H.T. (2016). *The end of sex and the future of human reproduction*. Harvard University Press.
- Göteborgs universitet. (2024, 5 september). *10-årig pionjär inom livmodertransplantationer*. <https://www.gu.se/nyheter/10-arig-pionjar-inom-livmodertransplantationer>.
- Hainer, C. (2025, 30 maj). Frysa ägg – frihet eller karriärhets?. *Dagens Industri Weekend*.
- Harris J. (2000). The welfare of the child. *Health care analysis*, 8(1), 27–34.
- Hertz, R. & Nelson, M.K. (2019). *Random Families. Genetic Strangers, Sperm Donor Siblings, and the Creation of New Kin*. Oxford University Press.
- Hertz, R. (2023). The Importance of Donor Siblings to Teens and Young Adults: Who Are We to One Another? I Kelly, F., Dempsey, D. & Byrt, A. (Red.), *Donor-Linked Families in the Digital Age: Relatedness and Regulation* (pp. 103–119). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hipp, H.S., Crawford, S. m.fl. (2022). Trends and Outcomes for Preimplantation Genetic Testing in the United States, 2014–2018. *JAMA*, 327(13), 1288–1290. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.1892>.
- Horsey, K., Arian-Schad, M. m.fl. (2022). UK surrogates' characteristics, experiences, and views on surrogacy law reform. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 36(1), ebac030. <https://doi.org/10.1093/lawfam/ebac030>.
- Horsey, K. (2024). The future of surrogacy: A review of current global trends and national landscapes. *Reproductive BioMedicine Online*, 48(5), 103764. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2023.103764>.

- Human Fertilisation and Embryology Authority. (u.å.a). Finding out about your donor and genetic siblings [webbsida]. <https://www.hfea.gov.uk/donation/finding-out-about-your-donor/finding-out-about-your-donor-and-genetic-siblings>.
- Human Fertilisation and Embryology Authority. (u.å.b). PGT-M conditions [webbsida]. <https://www.hfea.gov.uk/pgt-m-conditions>.
- Human Fertilisation and Embryology Authority. (u.å.c). Pre-implantation genetic testing for aneuploidy (PGT-A) [webbsida]. <https://www.hfea.gov.uk/treatments/treatment-add-ons/pre-implantation-genetic-testing-for-aneuploidy-pgt-a>.
- Human Fertilisation and Embryology Authority. (u.å.d). Treatment add-ons with limited evidence [webbsida]. <https://www.hfea.gov.uk/treatments/treatment-add-ons>.
- Högsta domstolens dom 2019-06-13 i mål nr Ö 3462-18 Det kaliforniska surrogatarrangemanget.
- Högsta domstolens dom 2019-12-17 i mål nr Ö 3622-19 Surrogatarrangemanget i Arkansas.
- Högsta domstolens dom 2025-07-30 i mål nr T 2252-24.
- Indekeu, A., van Nistelrooij, I. m.fl. (2025). Enable families with donor-conceived children to tailor their family story. Recommendations for policy and practice regarding legal age limits for accessing donor information in The Netherlands. *Human Fertility*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/14647273.2025.2470360>.
- Jadva, V. & Imrie, S. (2014). Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Human reproduction (Oxford, England)*, 29(1), 90–96. <https://doi.org/10.1093/humrep/det410>.
- Janssen, T. (2025, 27 mars). Children from multi-parent families do not have legal protection [webbsida]. Universiteit Leiden. <https://www.universiteitleiden.nl/en/news/2025/03/children-from-multi-parent-families-do-not-have-legal-protection>.
- Joslin, C. G & NeJaime, D. (2024). Multiparenthood. *New York University Law Review*, 99(44). <https://nyulawreview.org/issues/volume-99-number-4>.

- Jönsson, E. (2024, 29 maj). Nu kan ukrainska soldater få barn efter sin död. Svt Nyheter. <https://www.svt.se/nyheter/utrikes/nyalagen-i-ukraina-gratis-for-soldater-att-frysa-in-sperma-eller-agg>.
- Karolinska universitetssjukhuset. (2025, 18 juni). Regler – fertilitetsbevarande åtgärder [webbsida]. <https://www.karolinska.se/vard/tema/tema-kvinnohalsa-och-halsoprofessioner/gynekologi-och-reproduktionsmedicin/mottagning-reproduktionsmedicin-huddinge/regler---fertilitetsbevarande-atgarder>.
- Karolinska Universitetssjukhuset. (u.å.). Mottagning Reproduktionsmedicin Huddinge [webbsida]. <https://www.karolinska.se/vard/tema/tema-kvinnohalsa-och-halsoprofessioner/gynekologi-och-reproduktionsmedicin/mottagning-reproduktionsmedicin-huddinge>.
- Kelly, F. & Dempsey, D. (2016). Experiences and Motives of Australian Single Mothers by Choice Who Make Early Contact with their Child's Donor Relatives. *Medical law review*, 24(4), 571–590. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fww038>.
- Kelly, F., Dempsey, D. m.fl. (2019). From Stranger to Family or Something in Between: Donor Linking in an Era of Retrospective Access to Anonymous Sperm Donor Records in Victoria, Australia. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 33(3)277–297. <https://doi.org/10.1093/lawfam/ebz011>.
- King's College London. (2025, 8 oktober). Hidden evolution in sperm raises disease risk for children as men age [webbsida]. <https://www.kcl.ac.uk/news/hidden-evolution-in-sperm-raises-disease-risk-for-children-as-men-age?>.
- Kirubarajan A., Patel, P. m.fl. (2024). Return rates and pregnancy outcomes after oocyte preservation for planned fertility delay: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and sterility*, 122(5), 902–917. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.06.025>.
- Kneebone E., Beilby, K. & Hammarberg, K. (2022). Experiences of surrogates and intended parents of surrogacy arrangements: a systematic review. *Reproductive biomedicine online*, 45(4), 815–830. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.06.006>.

- Kunskapsguiden. (2025, 26 februari). *Om du vill veta mer om ditt ursprung* [webbsida]. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samtal-med-barn-om-deras-genetiska-ursprung/om-du-vill-veta-mer-om-ditt-ursprung>.
- Lampic, C., Skoog Svanberg, A. m.fl. (2022). National survey of donor-conceived individuals who requested information about their sperm donor – experiences from 17 years of identity releases in Sweden. *Human Reproduction*, 37(3), 510–521. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab275>.
- Larsson, Y. (2023, 24 februari). Forskarens förklaring till minskade barnafödandet: Oro för framtiden. *Svt Nyheter*. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/rekordfa-barn-fods-i-sverige-oro-for-framtiden-bakom-trenden>.
- Lee, M.B., Siavoshi M. m.fl. (2025). Elective fertility preservation: a national database study on trends in oocyte cryopreservation and oocyte utilization over a 5- to 7-year follow-up period. *American journal of obstetrics and gynecology*, S0002-9378(25)00589-7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.08.032>.
- Lexnova nyheter. (2024, 23 februari). *Faderskap fastställs i hovrätten trots provrörsbefruktning efter mannens död*. <https://www.lexnova.se/nyheter/faderskap-faststalls-i-hovratten-trots-provrorsbefruktning-efter-mannens-dod>.
- Lind, J. (2020). Child welfare assessments and the regulation of access to publicly funded fertility treatment, *Reproductive Bio-medicine & Society Online*, 10, 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2020.01.003>.
- Lind, J. (2023). Barnets bästa vid assisterad befruktning – bedömning av föräldrapotential vid behandling med och utan donerade köns-celler. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 30(2), 605–626. <https://doi.org/10.3384/SVT.2023.30.2.4442>.
- Linderoth, S. (2024, 27 mars). Svenskarna som skaffar surrogatbarn. *Dagens ETC*.
- Livio. (u.å). *Bli spermiedonator* [webbsida]. <https://livio.se/livio-spermbank/vad-testas-jag-som-spermiedonator-for>.

- Lou, S., Bollerup, S. m.fl. (2023). Experiences and attitudes of Danish men who were sperm donors more than 10 years ago; a qualitative interview study. *PloS one*, 18(2), e0281022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281022>.
- Lundin, K. (2022, 12 december). Labbtekniska framsteg har lett till fler lyckade födslar efter IVF. *Läkartidningen*, 119, 50–52, Artikel 22055. <https://www.lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2022/12/labetekniska-framsteg-har-lett-till-fler-lyckade-fodslar-efter-ivf>.
- Malmquist, A. (2018). *Barn och ungas perspektiv på föräldraskap och ursprung: Underlag för utredningen om faderskap och föräldraskap*. Bilaga 2 till SOU 2018:68 Nya regler om faderskap och föräldraskap.
- Martínez-López, J. Á. & Munuera-Gómez, P. (2024). Surrogacy in the United States: analysis of sociodemographic profiles and motivations of surrogates. *Reproductive biomedicine online*, 49(4), 104302. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2024.104302>.
- Matsuzaki, S., Masjedi, A. D. m.fl. (2024). Obstetric Characteristics and Outcomes of Gestational Carrier Pregnancies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA network open*, 7(7), e2422634. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.22634>.
- Meads, C. (2025, 14 juli). Donor-egg pregnancies may come with higher rates of serious complications – here’s what you need to know. *The Conversation*. <https://doi.org/10.64628/AB.rscptgaru>.
- Montrone, M., Sherman, K. A. m.fl. (2020). A comparison of socio-demographic and psychological characteristics among intended parents, surrogates, and partners involved in Australian altruistic surrogacy arrangements. *Fertility and sterility*, 113(3), 642–652. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.10.035>.
- Motion 2023/24:1733. En framtid utan graviditeter. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/motion/en-framtid-utan-graviditeter_hb021733.
- Murakami, K., Hamazaki, N. m.fl. (2023). Generation of functional oocytes from male mice in vitro. *Nature*, 615(7954), 900–906. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-05834-x>.

- Nationella vävnadsområdesgruppen för könsceller, Vävnadsrådet. (2020). *Rekommendation om enhetlighet i regionernas erbjudande av offentligt finansierad preimplantatorisk genetisk diagnostik* <https://vavnad.se/wp-content/uploads/2024/09/rekommendation-av-riktlinjer-for-pgd-200103.pdf>.
- Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF). (2024). *Fertilitetsbehandlingar i Sverige. Årsrapport 2024. Gäller behandlingar startade 2022.* <https://www.medscinet.com/qivf/uploads/hemsida/Årsrapport%202024%20Final%20version%202.pdf>.
- Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF). (2025). *Fertilitetsbehandlingar i Sverige. Årsrapport 2025. Gäller behandlingar startade 2023.* <https://www.medscinet.com/QIVF/uploads/hemsida/%C3%85rsrapport%202025%20.pdf>.
- NHV-enheterna för PGT. (2025). *Nationellt vårdprogram för Preimplantatorisk Genetisk Testning (PGT)*. Version 2025-04-01. <https://www.karolinska.se/496b5a/globalassets/global/2-funktioner/funktion-kul/klinisk-genetik/genetik/vardprogram-pgt-sverige-20250401.pdf>.
- Nilsson, E. (2023, 30 oktober). KD-förslaget: Kvinnor ska inte tvingas välja. *Svenska Dagbladet*. <https://www.svd.se/a/mPwzvq/kd-vill-gora-det-billigare-for-kvinnor-i-stockholm-att-frysa-in-sina-agg>.
- Nucleus. (u.å.) *Have your best baby* [webbsida]. <https://mynucleus.com/ivf>.
- Nuffield Council on Bioethics och Future of human reproduction. (2025). *In vitro gametogenesis: A review of ethical and policy questions*. <https://cdn.nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/NCOB-In-Vitro-Gametogenesis-Report-FINAL.pdf>.
- Obern, C., Tydén, T. m.fl. (2025). Sexual behaviour, contraceptive use, and family planning intentions: 30 years of repeated cross-sectional surveys. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 30(3), 125–130. <https://doi.org/10.1080/13625187.2025.2470422>.

- Olofsson, C. (2025, 5 juni). 200 000 kronor för en IVF? *Ottar*.
https://www.ottar.se/200-000-kronor-for-en-ivf/?_thumbnail_id=23.
- Orvieto R. (2024). The use of preimplantation genetic testing for aneuploidy: a committee opinion. *Fertility and sterility*, 122(3), 555.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.05.166>.
- Parfit, D. (1984). *Reasons and persons*. Oxford university press.
- Partridge, E.A., Davey, M.G. m.fl. (2017). An extra-uterine system to physiologically support the extreme premature lamb. *Nature communications*, 8, 15112.
<https://doi.org/10.1038/ncomms15112>.
- Paulin, J., Widbom, A. m.fl. (2024). "Psychological well-being and family functioning following identity-release gamete donation or standard IVF: follow-up of parents with adolescent children". *Human Fertility (Cambridge)*, 27(1), 2375098.
<https://doi.org/10.1080/14647273.2024.2375098>.
- Prop. 1984/85:2. *Om artificiella inseminationer*.
- Prop. 1987/88:160. *Om befruktning utanför kroppen*.
- Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- Prop. 2017/18:155. *Modernare regler om assisterad befruktning och föräldraskap*.
- Pääjärvi, M. (2025, 26 augusti). Transplanterad livmoder går från forskning till ordinarie vård. *Dagens Medicin*.
<https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/kvinnohalsa/transplanterad-livmoder-gar-fran-forskning-till-ordinarie-varld>.
- Raimondi, C., Casella, C., m.fl. (2025). The New Italian Guidelines for Assisted Reproduction Technologies (ART): Ethical and Medico-Legal Issues. *Healthcare*, 13(2), 195.
<https://doi.org/10.3390/healthcare13020195>.
- Reproduktiv livsplan. (u.å). [webbsida].
<https://www.reproduktivlivsplan.se>.
- Riddle, M.P. (2017). An investigation into the psychological well-being of the biological children of surrogates. *Cogent Psychology*, 4(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1305035>.

- Rios, P., Herlemont, P. m.fl. (2024). Medically assisted reproduction and risk of cancer among offspring. *JAMA Network Open*, 7(5), e249429. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.9429>.
- Robinson, E. (2025, 30 september). *OHSU researchers develop functional eggs from human skin cells* [webbsida]. Oregon Health & Science University. News. <https://news.ohsu.edu/2025/09/30/ohsu-researchers-develop-functional-eggs-from-human-skin-cells>.
- Romanis, E.C. (2020). Challenging the 'Born Alive' Threshold: Fetal Surgery, Artificial Wombs, and the English Approach to Legal Personhood. *Medical law review*, 28(1), 93–123. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwz014>.
- Rönö, K., Rissanen, E. m.fl. (2022). The neurodevelopmental morbidity of children born after assisted reproductive technology: a Nordic register study from the Committee of Nordic Assisted Reproductive Technology and Safety group. *Fertility and sterility*, 117(5), 1026–1037. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.01.010>.
- Sabbagh, R., Meyers, A. m.fl. (2025). Pregnancy outcomes with increasing maternal age, greater than 40 years, in donor oocyte cycles. *Human Reproduction*, 40(7), 1325–31. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaf044>.
- Sandman, L. (2018). The importance of being pregnant: On the health-care need for uterus transplantation. *Bioethics*, 32(8), 519–526. <https://doi.org/10.1111/bioe.12525>.
- Sargisian, N., Lannering, B. m.fl. (2022). Cancer in children born after frozen-thawed embryo transfer: A cohort study. *PLoS medicine*, 19(9), e1004078. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004078>.
- Sargisian, N., Petzold, M. m.fl. (2024). Congenital heart defects in children born after assisted reproductive technology: a CoNARTaS study. *European heart journal*, 45(45), 4840–4858. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae572>.

- Scheib, J. & Ruby, A. (2017). Who requests their sperm donor's identity? The first ten years of information releases to adults with open-identity donors. *Fertility and Sterility*, 107(2), February 2017. 483–493.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.023>.
- Segers, S. (2021). The path toward ectogenesis: looking beyond the technical challenges. *BMC medical ethics*, 22(1), 59.
<https://doi.org/10.1186/s12910-021-00630-6>.
- Serenius F., Ewald, U. m.fl. (2016). Neurodevelopmental Outcomes Among Extremely Preterm Infants 6.5 Years After Active Perinatal Care in Sweden. *JAMA pediatrics*, 170(10), 954–963. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1210>.
- Siermann, M., van der Schoot, V. m.fl. (2024). Ready for polygenic risk scores? An analysis of regulation of preimplantation genetic testing in European countries. *Human reproduction*, 39(5), 1117–1130.
<https://academic.oup.com/humrep/article/39/5/1117/7633417>.
- Sköld, J. (2021). *Flerföräldrafamiljen och dess förhållande till det rättsliga föräldraskapet i Sverige*. Examensarbete på juristprogrammet, Juridiska fakulteten, Göteborgs universitet.
<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/70123>.
- Smer (Statens medicinsk-etiska råd). (2004). *Skrivelse om preimplantatorisk genetisk diagnostik*. 2004-01-23. Dnr 2/04.
<https://smer.se/wp-content/uploads/2004/01/Skrivelse-om-preimplantatorisk-genetisk-diagnostik.pdf>.
- Smer (Statens medicinsk-etiska råd). (2013). *Assisterad befruktning – etiska aspekter*. Smer 2013:1. https://smer.se/wp-content/uploads/2013/02/Smer_rapport_2013_1_webb.pdf.
- Smer (Statens medicinsk-etiska råd). (2018). *Tillsätt en utredning som tar fram en strategi för genteknikområdet och ser över lagstiftningen som skyddar människan*. Dnr Komm2018/00631/S 1985:A.
<https://smer.se/wp-content/uploads/2018/06/Skrivelse-om-utredning-av-lagstiftning-f%C3%B6r-ny-genteknik.pdf>.
- Smer (Statens medicinsk-etiska råd). (2019). *Livstecken efter sen abort*. Smer 2019:1. <https://smer.se/wp-content/uploads/2019/02/Smer-2019.1-Livstecken-efter-sen-abort-1.pdf>.

- Smer (Statens medicinsk-etiska råd). (2025). *Remissvar avseende betänkandet En förändrad abortlag – för en god, säker och tillgänglig abortvård* (SOU 2025:10). Dnr Komm2025/00231.
https://smer.se/wp-content/uploads/2025/04/smer-remissvar-sou-2025_10-webb.pdf.
- Smer (Statens medicinsk-etiska råd). (2026). *Sammanfattning av ungdomsdialoger om preimplantatorisk genetisk testning (PGT) och in vitro-gametogenes (IVG) 2025*. <https://smer.se/wp-content/uploads/2026/01/sammanfattning-av-ungdomsdialoger-om-pgt-och-ivg.pdf>.
- Smith, N. (2023, 28 augusti). Seoul to subsidise egg-freezing to reverse South Korea's plummeting birthrate. *The Telegraph*.
<https://www.telegraph.co.uk/global-health/women-and-girls/south-korea-egg-freezing-low-birth-rates-asia-population>.
- Socialdepartementet. (2025, 27 mars). *Uppdrag till Socialstyrelsen om anpassningar till EU:s humanmaterialförordning*. S2025/00659 (delvis).
- SOM-institutet. (2024). *Allmänhetens inställning i frågor om reproduktion, surrogat och adoption*. SOM-rapport nr 2024:42.
<https://www.gu.se/sites/default/files/2024-06/Allm%C3%A4nhetens%20inst%C3%A4llning%20i%20fr%C3%A5gor%20om%20reproduktion%2C%20surrogat%20och%20adoption.pdf>.
- SOU 2014:29. *Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor*.
- SOU 2016:11. *Olika vägar till föräldraskap*.
- SOU 2021:56. *Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall*.
- Sowry, B. (2024, 14 oktober). Police discover 20 Filipino surrogates in Cambodia. *BioNews 1260*. Progress Educational Trust.
<https://www.progress.org.uk/police-discover-20-filipino-surrogates-in-cambodia>.
- Spanan, M., van den Belt-Dusebout, A. m.fl. (2019). Risk of cancer in children and young adults conceived by assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 34(4), 740–750.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dey394>.

- Spandorfer, S., Petrini, A. & Kalantry, S. (2020). Medical and Mental Health Implications of Gestational Surrogacy and Trends in State Regulations on Compensated Gestational Surrogacy: A Report Submitted to the New York State Legislature. *Cornell Law Faculty Publications*. 1730.
<https://scholarship.law.cornell.edu/facpub/1730>.
- Stahl, L. (2025, 3 augusti). Egg freezing popularity increasing among young women to preserve their fertility. *CBS News*. Hämtad från: <https://www.cbsnews.com/news/egg-freezing-increasing-among-young-women-to-preserve-fertility-60-minutes-transcript>.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2025). *Undersökning av avvikande antal kromosomer i embryot vid assisterad befruktning*. SBU Utvärderar 393.
<https://www.sbu.se/393>.
- Statistiska centralbyrån. (2025a, 21 februari). *Befolkningsstatistik belåret 2024*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning-och-levnadsforhallanden/befolkningens-sammansattning-och-utveckling/befolkningsstatistik/pong/statistiknyhet/befolkningsstatistik-helaret-2024>.
- Statistiska centralbyrån. (2025b, 21 februari). *Sveriges befolkning*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/sveriges-befolkning/#Utveckling>.
- Statistiska centralbyrån. (2025c, 13 maj). *Föräldrars ålder i Sverige*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/foraldrars-alder-i-sverige>.
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi, arbets- och referensgrupp för ofrivillig barnlöshet. (2019). *Reproduktionsmedicin*. Rapport nr 81. https://www.sfog.se/wp-content/uploads/2025/03/arg81_lr8f508dc3-aec0-45fe-9efc-58a2b2873e50.pdf.
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi. (2023). *SFOG-råd Vägledning vid misstanke om genetisk sjukdom i samband med tredjepartsdonation*. <https://www.sfog.se/wp-content/uploads/2025/03/sfog-raad-vaegledning-vid-misstanke-om-genetisk-sjukdom-i-samband-med-tredjepartsdonation.pdf>.

- Sveriges Kommuner och Regioner. (2025, 10 april). *Rekommendation om enhetlighet i regionernas erbjudande av offentlig finansierad assisterad befruktning*. Bilaga 1 till Rekommendationen om assisterad befruktning. Meddelande från styrelsen nr 5/2025. Ärendenr: SKR2025/00578.
https://www.skr.se/download/18.40ed9db19950c494c29467/1758012499786/Meddelande_5_Teknisk%20justering%20av%20rekommendationen%20om%20assistera.pdf.
- Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U.B. m.fl. (2016). Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families – a systematic review. *Human reproduction update*, 22(2), 260–276.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmv046>.
- Tarín, J.J., García-Pérez, M. A. & Cano, A. (2022). It Is Premature to Use Postmortem Sperm for Reproductive Purposes: a Data-Driven Opinion. *Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif.)*, 29(12), 3387–3393. <https://doi.org/10.1007/s43032-022-00874-6>.
- Tecco, H. (2025, 13 november). *What Employers Offer Egg Freezing Benefits?* (2025) [webbista]. Cofertility.
<https://www.cofertility.com/freeze-learn/what-employers-offer-egg-freezing-benefits>.
- Temkin, M. (2025, 12 april). Cofertility's radical model for women: Freeze your eggs for free by donating half of them. *TechCrunch*.
<https://techcrunch.com/2025/04/12/cofertility-lets-women-freeze-their-eggs-for-free-through-its-donor-matching-program>.
- Trygg, H. (2025, 5 mars). *Varför vill kvinnor inte ha barn (igen)?* [webbsida]. Lunds universitet. <https://www.lu.se/artikel/varfor-vill-kvinnor-inte-ha-barn-igen>.
- U.S. Food & Drug Administration. (2023, 19 december). *2023 Meeting Materials, Pediatric Advisory Committee*.
<https://www.fda.gov/advisory-committees/pediatric-advisory-committee/2023-meeting-materials-pediatric-advisory-committee>.
- Usuda, H., Watanabe, S. m.fl. (2017). Successful maintenance of key physiological parameters in preterm lambs treated with ex vivo uterine environment therapy for a period of 1 week. *American journal of obstetrics and gynecology*, 217(4), 457.e1–457.e13.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.046>.

- Velez, M.P., Ivanova, M. m.fl. (2024). Severe Maternal and Neonatal Morbidity Among Gestational Carriers : A Cohort Study. *Annals of internal medicine*, 177(11), 1482–1488. <https://doi.org/10.7326/M24-0417>.
- Victoria State Government. Department of Health. (2025a, 24 november). *Donor conception register services* [webbsida] <https://www.health.vic.gov.au/patient-care/donor-conception-register-services>.
- Victoria State Government. Department of Health. (2025b, 24 november). *The Central Register of donor conception treatment details* [webbsida] <https://www.health.vic.gov.au/patient-care/the-central-register-for-donor-conception>.
- Voss, S., Josefsson, A. & Ekéus, C. (2025). Neonatal Outcomes Among Infants of Mothers With Advanced Maternal Age: A National Cohort Study. *Acta Paediatrica*, 114, 2893–2899. <https://doi.org/10.1111/apa.70185>.
- Vrije Universiteit Brussel. (2025, 11 januari). *World first – First ever transplant of frozen testicular tissue after chemotherapy during childhood provides hope for fertility restoration*. <https://press.vub.ac.be/world-first-first-ever-transplant-of-frozen-testicular-tissue-after-chemotherapy-during-childhood-provides-hope-for-fertility-restoration#>.
- Widbom, A., Isaksson, S. m.fl. (2021). Positioning the donor in a new landscape—mothers' and fathers' experiences as their adult children obtained information about the identity-release sperm donor. *Human reproduction* (Oxford, England), 36(8), 2181–2188. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab146>.
- Wilkinson, J. (2023). Neither relevant nor randomized: the use of “per embryo transfer” in the analysis of preimplantation genetic testing for aneuploidy trials. *Fertility and sterility*, 119(6), 910–912. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.03.020>.
- World Health Organization. (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990–2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>.

- Writing Group on behalf of the ESHRE Ethics Committee; Shenfield, F., Tarlatzis, B. m.fl. (2025). Ethical considerations on surrogacy. *Human reproduction (Oxford, England)*, 40(3), 420–425.
<https://doi.org/10.1093/humrep/deaf006>.
- Xin, X., Wu, S. m.fl. (2024). Non-invasive prediction of human embryonic ploidy using artificial intelligence: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 77, 102897.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102897>.
- Zakreski, K. (2022, 30 juni). *UK court allows posthumous use of embryo despite lack of written consent*. British Columbia Law Institute. [bloggpost]. <https://www.bcli.org/uk-court-allows-posthumous-use-of-embryo-despite-lack-of-written-consent>.
- Zamora-Martínez, N., Pedelini, L. m.fl. (2025). A systematic review on the demographics, motivations, and experiences of single mothers by choice. *Reproductive health*, 22(1), 211.
<https://doi.org/10.1186/s12978-025-02173-0>.
- Zillén, K. (30 augusti 2022). Not yet born – Det blivande barnets bästa vid tredjepartsdonation. Barnrättsbloggen. Barnrättscentrum. Stockholms universitet.
<https://barnrattsbloggen.wordpress.com/2022/08/30/not-yet-born-det-blivande-barnets-basta-vid-tredjepartsdonation>.

Reservation av ledamot Per Landgren (KD)

Assisterad reproduktion – Pandoras ask

Sammanfattning

Assisterad reproduktion innebär inte enbart nya möjligheter för behandling av infertilitet, utan förändrar själva ontologin för mänsklig tillblivelse. När prokreation externaliseras till tekniska processer riskerar synen på barnet att förskjutas från gåva till produkt, och människovärdet att underordnas vuxnas val, kontrakt och marknadslogik. Tekniker som embryoselektion, PGT-P, könsellsdonation och surrogatmoderskap leder till fragmentering av släktskap, identitetsmässig sårbarhet, samt en växande kommersiell sektor där enskilt mänskligt liv exploateras: såväl det spirande mänskliga livet som kvinnors kroppar. Erfarenheter nationellt och internationellt visar en ofrånkomlig normglidning: från IVF till genetisk selektion och ”designer babies”, vilket bekräftar behovet av principiella gränser.

Utifrån personalistisk etik, naturrättslig teori och med hjälp av den tyske filosofen Jürgen Habermas samhällskritik är min slutsats: vissa tekniker kan inte regleras fram till etisk legitimitet, eftersom de i sin struktur underminerar människovärde, autonomi och det gemensamma goda. En ansvarsfull bioetik utifrån dessa grunder skulle därför kräva en restriktiv lagstiftning med tydliga principer och stoppunkter.

Förord till min reservation

Denna reservation är inte ett akademiskt arbete. Jag har de böcker jag citerar och använder mig av hemma i mitt bibliotek. Vetenskapliga artiklar har jag funnit på nätet. Reservationen fogas till en föredömligt saklig och viktig översikt av ett alltmer omfattande område inom sjukvården och samhället: *Assisterad reproduktion*. Ämnet är viktigt. Det berör något djupt mänskligt. Det handlar om önskan och viljan att få barn. Många viktiga värden är involverade. Infertilitet innebär ofta en stor sorg och långt lidande. Reproduktiva tekniker kan vara vägen ut ur det. Det kan också vara en väg bort från genetiska sjukdomar. Värdet av ny kunskap kan leda till mycket gott. Men värden hotas också. Framför allt hotas det grundläggande värdet liv och därmed också den respekt varje mänsklig varelse i alla sina faser förtjänar i kraft av att vara just människa. Även andra rättigheter att förverkliga grundläggande värden hotas. Det handlar om var människas rätt – såväl föräldrarnas som det blivande barnets i sina första stadier – att förverkliga grundläggande värden som liv, frihet, rättvisa och jämlikhet. Ytterst är det människovärdesprincipen och människans värdighet vad gäller själ och kropp och alla dess delar som hotas av verksamheten kring assisterad reproduktion. I normala fall erkänns denna princip, människovärdesprincipen, vara grundläggande för alla andra. Utan liv kan ju inget annat egenvärde förverkligas. Respekten för det mänskliga och alla enskilda mänskliga individer ligger därför till grund för att förhindra alla former av förtingligande, kommodifiering och marknadsivering. Det gäller varje mänsklig individ från livets början till livets slut. Den ontologiska identiteten, själva personskapet är nämligen detsamma under hela livet och livet ut. Ett samhälle som erkänner detta och också vill leva enligt det har bättre förutsättningar att värna sin medmännisklighet och bli ett allt varmare och mänskligare samhälle.

Orsaken till min reservation är att den assisterade reproduktionen gått över styr och blivit som Pandoras ask. Har man väl av välvilja och nyfikenhet likt i den grekiska myten öppnat ”asken” går det inte att stänga den. Den har dessutom redan skapat oförutsedda och okontrollerbara negativa konsekvenser. Den goda ambitionen bakom Smers rapport om assisterad reproduktion har också lett till att olika ståndpunkter från de politiska ledamöterna i Smer beskrivs anonymt i slutet av rapportens olika kapitel. En sådan beskrivning av rådets

interna olika ståndpunkter kan vara av intresse. Problemet är bara att anonymitet utan en redogörelse för de grundläggande filosofiska och moralfilosofiska antaganden som medvetet eller omedvetet formar ledamöternas bedömningar kan göra att argumentationen framstår som ett godtyckligt pendlande mellan restriktivitet och frihet samt teknikoptimism och försiktighet.

De skilda ställningstagandena rörande exempelvis frysning av ägg, spermier och befruktade ägg, embryoselektion, surrogatmoderskap, könscellsdonation, mitokondriebyte (som dock ej behandlas i boken) eller in vitro-gametogenes (IVG)¹ är inte orelaterade och ej eller tekniskt isolerade från varandra. De vilar på olika och ibland oförenliga uppfattningar om människans natur, kroppens relationella och psykologiska betydelse, släktskap som en kroppsligt förmedlad relation, människovärdesprincipen, mänsklig värdighet och det gemensamma goda. Om dessa antaganden inte synliggörs blir resultatet en mosaik av ståndpunkter utan inre logik.

För egen del menar jag att denna brist speglar ett djupare problem. Assisterad reproduktion utgör metaforiskt en Pandoras ask. När tillblivelsen av mänskligt liv bryts loss från sitt kroppsliga, relationella och moraliskt givna sammanhang, uppstår en dynamik som inte kan behärskas eller begränsas genom selektiva regleringar. Erfarenheter från andra länder visar att när en kontroversiell teknik väl accepteras följer närmast regelmässigt en normativ glidning mot allt vidare tillämpningar med i tur och ordning förtingligande, kommodifiering, kommersialisering och marknadsiering av kropp och släktskap, genetisk selektion och en ökande instrumentell syn på barn och framtida generationer. Tidigare var adoption den salomoniska lösningen på en personlig och social katastrof, där det svaga barnet skulle tillförsäkras kärlek genom det infertila par eller den familj som öppnade sin famn för det ofta föräldralösa barnet. Likt denna rapport behandlar ej heller jag i denna reservation adoption, men det hör till frågan om hur vi ser på barnlöshet och hur vi handgripligt kan handla utan denna farliga utveckling mot ett teknifierat och närmast teknokratiskt samhälle som avhumaniseras likt i Aldous Huxleys *Brave New World*.

Mitt bidrag syftar därför till att formulera en sammanhängande, etiskt realistisk och personalistisk kritik av assisterad reproduktion.

¹ Gametogenes är processen där könsceller (ägg och spermier) bildas. Se avsnitt 13.1. Se även SMER, *Framtidens reproduktionstekniker* (2023).

Jag vill dels klargöra den logik som förenar teknikens alla delmoment från IVF (in vitro-fertilisering) till PGT-P (Preimplantation Genetic Testing for Polygenic traits)² och IVG (in vitro-gametogenes), dels erbjuda en samhällskritisk analys där barnets rättigheter, människovärdets integritet och släktskapets moraliska betydelse står i centrum. Min förhoppning är att denna fördjupning kan bidra till en mer genomlysande och etiskt hållbar diskussion, där tekniken inte tillåts sätta villkoren för etiken, utan där etiken sätter klara gränser för tekniken.

1. Den mänskliga tillblivelsens ontologi: från gåva till produktion

Den personalistiska traditionen från kontinental filosofi till den moderna analytiska etikens naturrätt betonar att mänsklig tillblivelse eller prokreation inte är en form av produktion utan för föräldrarna en gåva och ett gemensamt välkomnande av liv. Två personer ger upphov till en tredje genom en fysiskt förenande akt, vars karaktär inte låter sig reduceras till funktion och teknik. När fortplantningen däremot externaliseras från kvinnan och mannen till laboratoriet, som vid IVF, sker något ontologiskt väsentligt: barnet föds som resultat av tekniska procedurer, inte som frukten av en relationell, kroppslig och moraliskt integrerad helhet.³

Detta skifte har djupgående konsekvenser. Som klassiska moralfilosofer betonat är människan inte en artefakt utan ett subjekt.⁴ Genom att ersätta själva avlandet (begetting) med framställning (making) omtolkas människans början i tekniska termer: embryon produceras, selekteras och lagras. Detta underminerar förståelsen av människan som en självständig bärare av människovärde och värdighet.⁵

Jürgen Habermas har, från ett sekulärt perspektiv, utvecklat en liknande kritik. Gränsen mellan det givna (Natur) och det gjorda (Teknik) är avgörande för individens möjligheter att förstå sitt liv

² En form av genetisk screening vid IVF där embryon analyseras utifrån polygena riskprofiler – t.ex. sannolikhet för komplexa egenskaper som intelligens, kroppslängd eller risk för depression. Se SMER, *Genetisk screening och polygena riskprofiler* (2022).

³ Jacqueline A. Laing and David S. Oderberg, "Artificial Reproduction, The "Welfare Principle" and the Common Good," *Medical Law Review*, 13, Autumn 2005, s. 328–356.

⁴ Robert Spaemann, *Personen: Versuche über den Unterschied zwischen "etwas" und "jemand"* (Klett-Cotta, 1996), "Is Every Human Being a Person?", *The Thomist* 60 (1996), David S. Oderberg, *Real Essentialism* (Routledge, 2017).

⁵ John Finnis, *Natural Law and Natural Rights* (Oxford, 1980).

som ”sitt eget”.⁶ När framtida personers egenskaper väljs eller konstrueras genom tekniska beslut riskerar deras autonomi att undermineras. Detta är inte en abstrakt oro utan beskriver kärnan i teknikens antropologiska omvandling. Människans början underordnas en instrumentell rationalitet.

2. Människovärdet som prøvosten: Kass' lackmustest

Den amerikanske bioetikern och tidigare ordförande för The President's Council on Bioethics Leon Kass har formulerat ett viktigt test för all bioteknologi: Främjar eller underminerar denna verksamhet människovärdet?⁷ Assisterad reproduktion faller negativt ut på flera punkter. Centrala komponenter i tekniken innebär 1) produktion av embryon i överskott, 2) genetisk selektion och kassering av embryon genom PGT, 3) frysning av embryon som biologiska lagerenheter, 4) kommersialisering av könsceller och 5) kontraktering av graviditet genom surrogatmoderskap.

Kass' test avslöjar att dessa moment inte är moraliskt neutrala. De inordnar det mänskliga livet under kategorier av nytta, effektivitet och marknadsvärde.

Vissa europeiska och amerikanska bioetiker har fört detta resonemang vidare.⁸ Professor Melissa Moschella visar att barnets ursprung riskerar att bli ett resultat av konsumentens preferens snarare än en relationell verklighet. Filosoferna Thibaud Collin och Mette Lebeck samt juristen Grégor Puppincq betonar människosynens betydelse för tolkningen av de mänskliga rättigheterna och att människovärdets okränkbarhet kräver en struktur där liv inte tillverkas, förhandlas eller fragmenteras.

⁶ Jürgen Habermas, *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* (Suhrkamp, 2001).

⁷ Leon Kass, *Life, Liberty and the Defense of Dignity* (Encounter Books, 2002) Passim.

⁸ Se till exempel Melissa Moschella, ”The Wrongness of Third-Party Reproduction,” *Christian Bioethics* (2014); Thibaud Collin, passim in fontibus pluribus, Mette Lebeck, *On the Problem of Human Dignity: A Hermeneutical and Phenomenological Investigation* (2011) och Grégor Puppincq, *Les droits de l'homme dénaturés?* (2018).

3. Från barn som gåvor till barn som varor: designer babies och kommersiell eugenik

Den brittiske professorn emeritus vid University College London i neonatologi John Wyatt har analyserat framväxande tjänster inom embryo- och gametselektion, såsom polygen screening (PGT-P) och kundplattformar som *PickYourBaby.com*.⁹ I dessa system erbjuds kunder möjlighet att välja donator samt att välja kön och att välja mellan embryon baserat på riskprofiler, utseende, beteendemönster och i framtiden kognitiva potentialer. Vidare kan man välja surrogatmoder och olika tilläggstjänster som olika garantier på ett antal embryon. Det är en eugenik 2.0, inte statligt påbjuden, utan marknadsdriven. Wyatts enkla fråga är moralfilosofiskt ledande: Är barnet en gåva eller en vara?

När valfriheten struktureras som beställningslogik förskjuts förståelsen av barnet från subjekt till objekt för preferenser. Detta synsätt delas av den norske professorn i bioetik Morten Magelssen, Melissa Moschella och andra yngre bioetiker, som varnar för att assistanssystemen etablerar en norm enligt vilken endast barn med ”rätt” egenskaper bör komma till.¹⁰

Riskerna här är inte bara psykologiska utan antropologiska. Barnet introduceras i världen genom en handling där dess existens villkorats av selektionskriterier. Detta underminerar den ovillkorliga acceptans som människovärdesprincipen och människans värdighet kräver. Vad händer om barnet ändå inte har den utlovade och förväntade ”best-baby-kvaliteten” som testerna förespeglar? Finns där en ångervecka, en ångermånad eller ett ångerår?

Kan det tydligare visas hur den assisterade reproduktion visar sig vara ytterst en artificiell och teknifierad reproduktion? Barn produceras snarare än föds, den naturliga gemenskapen, familjen avskaffas som moralisk och relationell institution och människor sorteras elitistiskt efter funktion och kapacitet.

⁹ John Wyatt, ”Designer Babies and the New Eugenics,” *Substack Essays* (2023).

¹⁰ Morten Magelssen & Ole Jakob Filtvedt, ”Assisted Reproduction and the Logic of Liberalisation,” *Ethics & Medicine* (2018), Morten Magelssen, *Livet og døden. Kristne perspektiver på bioetik* (Verbum Akademisk, 2023) Se kap. 6 Dilemmaer ved livets begynnelse, s. 185 ff.

4. Släktskapets upplösning och identitetens sårbarhet

Naturlig tillblivelse skapar en enhet där biologiskt, existentiellt och socialt släktskap sammanfaller. Assisterad reproduktion fragmenterar denna enhet. Den genetiska mamman behöver inte vara densamma som den gravida mamman och ej heller som den juridiska mamman. Den genetiske pappan behöver inte vara densamme som den sociale pappan. Föräldrarelationer kan avtalas, köpas eller upplösas.

Allt detta är långt mer än tekniska komplikationer. Det är en förändring som påverkar människosynen i negativ riktning. Tillhörighet, härkomst och kroppsliga band har i alla kulturer varit centrala för förståelsen av vem man är. Denna identitetsdimension kan inte ersättas genom informationsbrev eller juridiska dokument.¹¹

Forskningen om donatorbarn tycks mig visa återkommande identitetsproblematik som inte kan avfärdas som undantag.¹² Det handlar om en materiell upplösning av det symboliska nätverk som stödjer människors självförståelse. Samtidigt indikerar översikter och longitudinella studier att välbefinnande i högre grad kan hänga samman med familjerelationer, trygghet och öppen kommunikation snarare än med donatorskap som sådant. Hela området kräver naturligtvis mer forskning, även om det finns metodologiska problem med intervju-undersökningar av detta slag.

Europeiska personalister, som Lebech och Collin, betonar att släktskapets struktur är en bärande del av människans moraliska ekologi. Att splittra den utan nödvändighet är ett övergrepp mot barnets relationella integritet.

5. Surrogatmoderskap: kroppen erbjuds genom kontrakt och graviditeten som tjänst

Surrogatmoderskap, även den ”altruistiska” varianten, innebär att graviditeten separeras från moderskapet. I praktiken reduceras kvinnans kropp till plats för produktionen. Hennes biologiska relation till barnet blir till en tjänst, och hennes graviditet till en överförbar funktion.

¹¹ Mette Lebech, ”What Is Human Dignity?”, *Maymooth Philosophical Papers* (2009).

¹² Rennie Burke, Yvette Ollada Lavery, Gali Katznelson, Joshua North, J. Wesley Boyd April 1, 2021, How Do Individuals Who Were Conceived Through the Use of Donor Technologies Feel About the Nature of their Conception? *Biotechnology*.

Spaemann beskriver detta som en form av kroppslig alienation (främlingskap). När kroppen används på ett sätt som separeras från personens egna ändamål förloras en del av hennes värdighet.¹³ Magelssen framhåller att surrogatavtal ofrånkomligen etablerar ett makt- och beroendeförhållande som riskerar att exploatera kvinnor, även i reglerade miljöer.¹⁴

Internationellt visar studier att surrogatindustrin främst rekryterar kvinnor i ekonomisk utsatthet.¹⁵ Detta synes mig oförenligt med ett samhälle som vill upprätthålla och skydda människovärdet.

6. Den tekniska rationaliteten och normglidningens ofrånkomlighet

Assisterad reproduktion är inte en samling fristående tekniker utan ett sammanhängande teknologiskt komplex. När IVF väl accepteras följer donation, embryoselektion (PGT), surrogatmoderskap, polygen screening, mitokondriebyte, IVG och ärftlig genredigering, dvs. genetiska manipulationer i könsceller (ägg, spermier) eller tidiga embryon, vilka gör att förändringar i princip ärvs av alla framtida generationer.

Habermas beskriver detta som teknikens kolonisering av livsvärlden.¹⁶ Tekniken introducerar inte bara nya möjligheter, utan nya normer – vad som är möjligt blir snart vad som anses rimligt och därefter vad som anses önskvärt. Det är därför missvisande att tro att man kan acceptera vissa delar men säga nej till andra. Teknikens logik driver utvecklingen framåt oavsett lagstiftarens ursprungliga avsikt.¹⁷ Det är denna utvecklingslogik som gör assisterad reproduktion till en Pandoras ask.

¹³ Robert Spaemann, *Personen: Versuche über den Unterschied zwischen "etwas" und "jemand"* (Klett-Cotta, 1996).

¹⁴ Morten Magelssen, *Ethics of Reproduction* (Oslo, 2020).

¹⁵ Amrita Pande, *Wombs in Labor* (Columbia University Press, 2014).

¹⁶ Jürgen Habermas, *Op.cit.*

¹⁷ Jürgen Habermas, *Op.cit.*

7. Könscellsdonation

Låt oss göra en kortare djupdykning och exemplifiering av min kritik vad gäller könscellsdonation. Vid dylika donationer kan naturligtvis en och samma donator ge upphov till ett stort antal genetiskt relaterade barn, ofta utan att dessa känner till varandra. I länder med svag reglering har en donator kunnat ge upphov till långt över 100 barn. Men även i länder med formella gränser är internationell fertilitets-turism och parallella donationer ett problem. Digitala donatorregister och DNA-tester (t.ex. kommersiella släkttester) har visat att verkligt antal halvsyskon ofta är betydligt högre än vad mottagare informerats om. Konsekvenser blir en stor psykologisk belastning för donatorbarn med en möjlig upplevelse av anonymt mass-släktskap. Rent allmänt kan det leda till en försvagad förståelse av släktskap och ursprung och de praktiska svårigheterna att kartlägga genetiska relationer blir stora.

När många genetiskt besläktade individer lever i samma geografiska område utan kännedom om sitt släktskap uppstår en reell risk för oavsiktliga incestuösa relationer. Donatorbarn kan inleda relationer utan att veta att de är halvsyskon. Risker ökar naturligtvis i mindre befolkningsområden och när donatorer används lokalt under lång tid. DNA-testning har i flera fall avslöjat nära släktskap först efter att relationer inletts.

Konsekvenserna blir en ökad risk för genetiska sjukdomar hos barn vilket leder till ytterligare allvarliga psykologiska och etiska konsekvenser för berörda individer. Dessutom undermineras förtroende för fertilitetssystem och vårdgivare.

Könscellsdonation innebär dessutom en multiplikation av genetiska risker. Om en donator bär på en okänd recessiv genetisk sjukdom kan denna spridas till många familjer samtidigt. Genetisk screening är alltid ofullständig och alla riskgener kan inte upptäckas. Flera internationella fall finns där donatorer senare visat sig bära på allvarliga ärftliga tillstånd (t.ex. neurologiska sjukdomar, cancerpredispositioner).

Konsekvenserna blir att genetiskt relaterade barn kan drabbas parallellt. Svårigheterna är uppenbara att informera alla berörda familjer i efterhand. Långsiktiga vårdkostnader och lidande har inte kunnat beaktas vid beslutstillfället.

Det finns även en strukturell risk med en oklar och fragmenterad ansvarsfördelning. I system med flera aktörer (kliniker, banker, internationella mellanhänder) saknas en samordnad uppföljning. Det finns inga övernationella eller globala register. Informationsansvaret är otydligt. Detta gör att riskerna inte är enskilda misstag utan de är systemiska.

Ovan nämnda risker har uppmärksammats i media under den senaste tiden i samband med avslöjandet om en dansk spermiedonator som donerade under nästan två decennier och först långt senare visade sig bära på en genetisk mutation som kraftigt ökar risken för cancer. En stor internationell granskning ledd av European Broadcasting Union visar att denna donator, känd under kodnamnet ”Kjeld/7069”, blev genetisk far till minst 197 barn i flera europeiska länder innan hans sperma stoppades från användning när mutationen upptäcktes. I de fall där barn har ärvt mutationen har flera utvecklat cancer och några har redan avlidit som ett resultat av dessa allvarliga sjukdomar. Danska och internationella medier rapporterar att donatorns spermier användes av fertilitetskliniker i minst 14 länder och att flera barn redan diagnostiserats med cancer kopplat till den ärftliga mutationen i TP53-genen, som är associerad med Li-Fraumeni-syndrom, vilket innebär dramatiskt ökad risk för cancer ofta redan i unga år. Danska tillsynsmyndigheter har nu stoppat användningen av donatorns sperma och bett om hjälp att kontakta mottagare i andra länder.¹⁸

8. Det gemensamma goda och begränsningens etik

Prokreation är inte en privat angelägenhet. Den avgör hur nya människor kommer in i världen, hur släktskap formas och hur samhällets moraliska struktur upprätthålls. Detta är en av de centrala ståndpunkterna hos professor emeritus i rättsfilosofi vid Oxford University John Finnis (emeritus), professor of Jurisprudence vid Princeton University Robert F. George och professorn i filosofi vid University of South Carolina Christopher Tollefsen.¹⁹

Utifrån en personalistisk människosyn innebär detta att det gemensamma goda kräver att vissa tekniker inte används även om

¹⁸ Se till exempel: <https://www.svd.se/a/0pEzmB/svenska-kvinnor-fick-ingen-information-om-cancergen-hos-dansk-spermadonator>.

¹⁹ Robert P. George & Christopher Tollefsen, *Embryo: A Defense of Human Life* (Doubleday, 2008)

de är tekniskt möjliga. Barnets rättigheter måste ha företräde framför vuxnas vilja att få barn ”till varje pris”. Människovärdet måste skyddas genom tydliga gränser, inte genom förhoppningar om etiskt ”ansvarfull användning”. Habermas uttrycker samma poäng mer sociologiskt. Tekniker som förändrar livets början förändrar samhällets förståelse av vad en person är.²⁰ Detta gör frågan inte bara moral-filosofisk utan konstitutiv för politisk filosofi.

9. Återuppbyggnaden av gåvans ontologi

Gemensamt för de filosofer och bioetiker vars arbeten jag ansluter mig till är övertygelsen att människolivets början måste förstås i ljuset av en gåvans ontologi. Människan är mottagen, inte producerad; älskad, inte vald; önskad utan villkor, inte designad efter preferens. Assisterad reproduktion underminerar denna struktur genom att införa produktion, selektion, kontrakt, marknadslogik och preferensstyrning. Budziszewski talar om de sanningar som vi ”inte kan låta bli att veta”: barn är gåvor, släktskap har moralisk betydelse och kroppen är del av personen.²¹ Det är dessa sanningar som tekniken riskerar att fördunkla och rent av räkna bort.

10. Pandoras ask och hoppets betydelse för en kulturell renässans

I ljuset av en realistisk moralfilosofi, en personalistisk människosyn och modern kritisk bioetik framstår inte assisterad reproduktion som en neutral medicinsk innovation. Det är en artificiell teknik som omvandlar prokreationen till produktion, barnet till projekt, graviditeten till tjänst och släktskapet till konstruktion. Den förskjuter människans förståelse av sig själv från mottagare av liv till producent av liv.

Såväl äldre filosofiska auktoriteter som en yngre generation av europeiska och anglosaxiska bioetiker visar att detta inte bara är tekniska frågor utan i grunden frågor som rör vår civilisations identitet. Det som står på spel är inte främst effektivitet eller tillgång, utan

²⁰ Jürgen Habermas, *Op.cit.*

²¹ Budziszewski, *What We Can't Not Know* (Ignatius Press, 2011)

människovärdesprincipens innebörd, barnets rättigheter och samhällets moraliska grund.

Av dessa skäl reserverar jag mig mot de delar av rådets framställning som betraktar assisterad reproduktion som en fråga om autonomi och individuella val inom teknikens ramar. Det är i själva verket en fråga om människans plats i vår värld. Frågan handlar om vilka praktiker ett samhälle, som vill värna människovärdesprincipen, överhuvudtaget kan acceptera.

Tre grundläggande principer framstår som särskilt angelägna att till sist artikulera och sammanfatta:

För det första måste varje människa, oavsett sitt biologiska eller sociala tillkomstsätt, erkännas som en medmänniska med samma inneböende okränkbara värde och värdighet.

För det andra har adoption historiskt fungerat som en etiskt välavvägd lösning på djupa sociala kriser, där barn i utsatthet och vuxna i ofrivillig barnlöshet förenades i relationer präglade av ansvar, kärlek och ömsesidighet. I denna ordning stod barnets bästa och den svages skydd i centrum.

För det tredje rymmer den mänskliga sårbarheten en moralisk potential. Vår ömsesidiga svaghet ger upphov till omsorg, solidaritet och generositet, vilket utgör grunden för ett varmt och medmänskligt samhälle.

Dessa tre principer står i skarp kontrast till ett elitistiskt och instrumentellt samhällsideal som riskerar att urholka familjer, relationer och den mänskliga gemenskapens fruktbarande karaktär.

I myten om Pandoras ask är det avgörande att hoppet inte försvinner, trots att alla destruktiva krafter släpps lösa. Hoppet förblir inte som en naiv optimism, utan som en möjlighet till kritisk mognad och reorientering. I frågan om assisterad reproduktion vilar hoppet på en kulturell och moralisk återhämtning i bestämd riktning bort från avhumanisering och fram till en fördjupad förståelse av vad det innebär att vara människa.

Detta hopp består i att samhället åter kan lära sig att skilja mellan vad som är tekniskt möjligt och vad som är mänskligt gott. Hoppet är inte ett projekt för maximal kontroll, effektivitet eller tillfredsställelse av önskingar, utan uppfylls av en relationsetik där barnet erkänns som subjekt, inte produkt, där tillblivelsen ses som mottagande snarare än tillverkning och föräldraskap förstås som ansvar

snarare än rättighet. Här finns hoppet om och viljan att tekniken åter får en tjänande roll, i stället för en definierande.

Hoppet tar också gestalt i ett växande moraliskt motstånd mot att människor reduceras till medel. Allt fler röster ifrågasätter användningen av kvinnokroppar som reproduktiva resurser, barnets status i kontraktsarrangemang, och logiken där önskan, betalningsförmåga och tillgång styr vem som får bli till och på vilka villkor.

Detta pekar mot en möjlig kulturell renässans, där vissa gränser åter betraktas som skyddande snarare än begränsande.

Ett särskilt hoppfullt drag är en begynnande återupptäckt av att mänsklig sårbarhet inte är ett misslyckande som måste elimineras. Oförmågan att få barn, kroppens begränsningar och livets oföretsägbarhet kan, när de inte omedelbart teknifieras, öppna för adoption och fosterföräldraskap, fördjupade gemenskaper bortom biologisk reproduktion och en solidaritet som inte bygger på prestation eller genetisk kontinuitet. Här finns hoppet om ett samhälle som hellre bär varandras bördor än optimerar bort dem.

I motsats till kommodifiering och marknadsivering finns hoppet om att reproduktion åter förstås som ett område där marknadslogik är principiellt och fullständigt olämplig. Ett människovänligt samhälle erkänner att vissa ting inte kan köpas, säljas eller kontrakteras utan att förlora sin djupare mening.

Detta hopp innebär inte ett förnekande av medicinsk hjälp, utan ett krav på etiska ramar som sätter barnets bästa i centrum, skydd för de mest utsatta parterna, och en tydlig gräns mot exploatering, även när den är frivillig och juridiskt sanktionerad.

Slutligen är hoppet i Pandoras ask inte något som verkar av sig självt. Det är ett handlingskrävande hopp. Det förutsätter mod att säga nej till vissa lösningar, uthållighet i att formulera alternativ, och vilja att långsiktigt bygga institutioner, lagstiftning och kulturer som värnar människovärdet.

Hoppet består i insikten att även i en teknologiskt avancerad tid är kulturen inte ödesbestämd. Den kan formas genom normer, språk, lagar och praktiker i riktning mot ett varmare, mer solidariskt och mer medmänskligt samhälle.

Möten och konferenser

I syfte att inhämta kunskap och få perspektiv på de frågor som har behandlats inom projektet har rådet anordnat och deltagit i möten, konferenser och rundabordssamtal. Enskilda personer har också inbjudits till rådet sammanträden. Rådet har vidare genomfört dialoger med gymnasieungdomar om framtidsfrågor. I egen regi har rådet anordnat följande aktiviteter:

26 april 2024: Rundabordssamtal om assisterad befruktning i Stockholm med ett 20-tal företrädare för fertilitetskliniker och Socialstyrelsen.

12 december 2024: Etikdagen 2024: *Reproduction and Technology – Today and Tomorrow*. Föreläsningar av Pernilla Dahm Kähler, professor, Avdelningen för obstetrik och gynekologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Jenny Gunnarsson Payne, professor i etnologi, Södertörns högskola, Susan Golombok, professor emerita och tidigare chef för Centre for Family Research vid University of Cambridge, Claudia Lampic, professor i psykologi, Umeå Universitet, Helena Volgsten, forskare vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, Anna Karin Lind, medicinsk chef, Livio, Stephen Wilkinson, Professor i bioetik, Lancaster University, Santa Slokenberga, docent i medicinsk rätt, Uppsala universitet, Elisenda Eixarch, associate professor, BCNatal Fetal Medicine Research Center, Hospital Clínic and Hospital Sant Joan de Déu, University of Barcelona, och Chloe Romanis, associate professor biolaw, Durham University.

28 april 2025: Studiebesök på Livio Umeå.

29 april 2025: Ungdomsdialog med gymnasieungdomar vid Dragonskolan i Umeå på temat PGT och IVG.

21 maj 2025: Expertmöte om PGT-P med Erik Björck, överläkare och sektionschef vid Klinisk genetik, Karolinska Universitetssjukhuset, Magnus Burstedt, chef Klinisk Genetik, Region Västerbotten och Beatrice Melin, professor i onkologi och forsknings-, utvecklings- och innovationsdirektör i Region Västerbotten.

28 maj 2025: Ungdomsdialog med gymnasieungdomar vid Spyken i Lund på temat PGT och IVG.

3 juni 2025: Expertmöte om privata fertilitetskliniker med Anna Karin Lind, medicinsk chef Livio, Camilla Stenfelt, verksamhetschef Livio Gärdet, och Pia Saldeen, medicinsk chef Eugen Sverige.

26 juni 2025: Etiksamtal i Almedalen: *Designer babies – modernt föräldraskap eller unken rasbiologi?*

9 oktober 2025: Konferens i Stockholm: *Bioethics in a time of global crises and scientific breakthroughs*. Föreläsningar på temat Redefining Human: Frontiers in Reproduction and Biotechnology av Hank Greely, professor i juridik, Stanford University, Stephen Wilkinson, Professor i bioetik, Lancaster University och Françoise Baylis, professor i bioetik, Dalhousie University.