

2026-08-31

Dnr Komm2026/00253

Vävnadsrådet

Remissvar avseende Vävnadsrådets dokument Fertilitetsbevarande åtgärder vid benign indikation

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i uppdrag att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv. Smer kommenterar de delar av dokumentet som är av särskild vikt utifrån detta perspektiv.

En allmän rättvisepprincip är att lika fall ska behandlas lika och att det krävs etiskt relevanta skillnader om fall ska behandlas olika. Smer stöder den grundläggande idén i dokumentet att samhället på samma villkor kan bekosta reproduktionsbevarande åtgärder både när en sjukdom i sig leder till risk för infertilitet och när behandlingsåtgärder för en sjukdom leder till risk för infertilitet. Det är rimligt att det inte är orsaken till infertiliteten utan själva behovet av en fertilitetsbevarande åtgärd som är grund för vem som erbjuds behandling. På motsvarande sätt bör det inte föreligga några skillnader om det gäller en malign eller icke-malign sjukdom.

Smer välkomnar initiativet och arbetet med att ta fram riktlinjer som kan användas nationellt avseende åtgärder för bevarande av reproduktionsförmågan vid benign indikation. Det är viktigt att bedömningen och de åtgärder som erbjuds inte skiljer sig åt över landet. Smer har inga synpunkter på vilka indikationer som listas i dokumentet. Rådet är också positivt till den flexibilitet som avses med skrivningen: "Med indikation menas tillstånd, diagnos, medicinsk eller kirurgisk behandling som innebär en betydande risk för framtida infertilitet. Dock är inte möjliga indikationer begränsade till de som anges i detta dokument, utan kan i vissa fall omfatta andra tillstånd och diagnoser, efter individuell bedömning. Det är inte heller givet att nedanstående indikationer alltid ska leda till fertilitetsbevarande åtgärder." Det avgörande för erbjudande om behandling bör inte vara om ett tillstånd finns med på listan eller inte, men det är

samtidigt viktigt att flexibiliteten inte medför att skillnader över landet kvarstår.

Dokumentet beskriver och föreslår begränsningar av det offentliga åtagandet inom fertilitetsbevarande åtgärder och assisterad befruktning. Det handlar om vid vilka indikationer fertilitetsbevarande åtgärder ska erbjudas, om åldersgränser för fertilitetsbevarande åtgärder och assisterad befruktning och hur många barn patienten kan ha sedan tidigare om regionen ska finansiera behandlingen.

När det gäller åldersgränser har rådet tidigare i olika sammanhang, bland annat i rapporten *Assisterad reproduktion – möjligheter och vägval* från februari 2026, ifrågasatt fasta åldersgränser och förespråkat medicinska bedömningar i varje enskilt fall. Det kan dock finnas stora variationer i individuella förutsättningar och en bedömning i det enskilda fallet vore utifrån ett etiskt perspektiv att föredra.

När det gäller barn sedan tidigare konstaterar rådet att det gäller olika villkor för fertilitetsbevarande behandling och assisterad befruktning, både gällande antalet barn och om de är gemensamma med nuvarande partner. Rådet vet sedan tidigare att ytterligare andra villkor i fråga om barn sedan tidigare gäller för att få tillgång till PGT. Dessa skillnader väcker de mer övergripande frågorna om vilka behov det offentliga åtagandet ska tillgodose, hur det offentliga åtagandet inom reproduktionsmedicin bör avgränsas och hur olika reproduktionsmedicinska insatser bör prioriteras i förhållande till varandra. Att bevara fertilitet kan exempelvis ses som ett behov av att förebygga en framtida infertilitet, assisterad befruktning som ett behov av att behandla ofrivillig barnlöshet och PGT som ett behov av att kunna få ett genetiskt besläktat barn utan en viss genetisk sjukdom. Om dessa behov betraktas som väsentligt olika kan det också vara rimligt att det offentliga åtagandet skiljer sig åt i fråga om under vilka villkor behandlingar finansieras. Det är samtidigt möjligt att betrakta dessa åtgärder som olika delar av samma övergripande reproduktiva intresse: önskan eller behovet av att få barn. Om man utgår från det perspektivet blir det mindre självklart att det offentliga åtagandet bör skilja sig kraftigt åt mellan behandlingarna. I stället bör liknande principer för exempelvis ålder, tidigare barn och medicinsk nytta tillämpas.

Smer vet inte om ett sådant helhetsperspektiv har diskuterats inom Vävnadsrådet och regionerna, eller om riktlinjerna för de olika

behandlingarna (fertilitetsbevarande behandling, assisterad befruktning, PGT) har växt fram i olika spår. Smer ser ett värde i att vårdgivarna i ett separat sammanhang gör en fördjupad etisk analys av vilka behoven är inom reproduktionsmedicin och hur olika behandlingar bör prioriteras mot varandra, och vid behov justerar villkoren för behandling och finansiering. Frågan är dock bredare än den aktuella remissen.

Remissvaret har beslutats per capsulam i augusti 2026.

I beslutet har deltagit Sven-Eric Söder (ordförande), Clara Aranda, Åsa Gyberg-Karlsson, Christer Jonsson, Per Landgren och Malin Sjöberg Högrell, samtliga ledamöter i rådet. Rådets sakkunniga Anders Castor, Göran Collste, Niklas Juth, Kerstin Nilsson, Mikael Sandlund, Anna Tunlid, Lena Wahlberg och Kavot Zillén står bakom remissvaret. Carolina Östgren, utredningssekreterare, har varit föredragande.

För rådet,

Sven-Eric Söder
ordförande
Statens medicinsk-etiska råd