

BARN GENOM INSEMINATION

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013

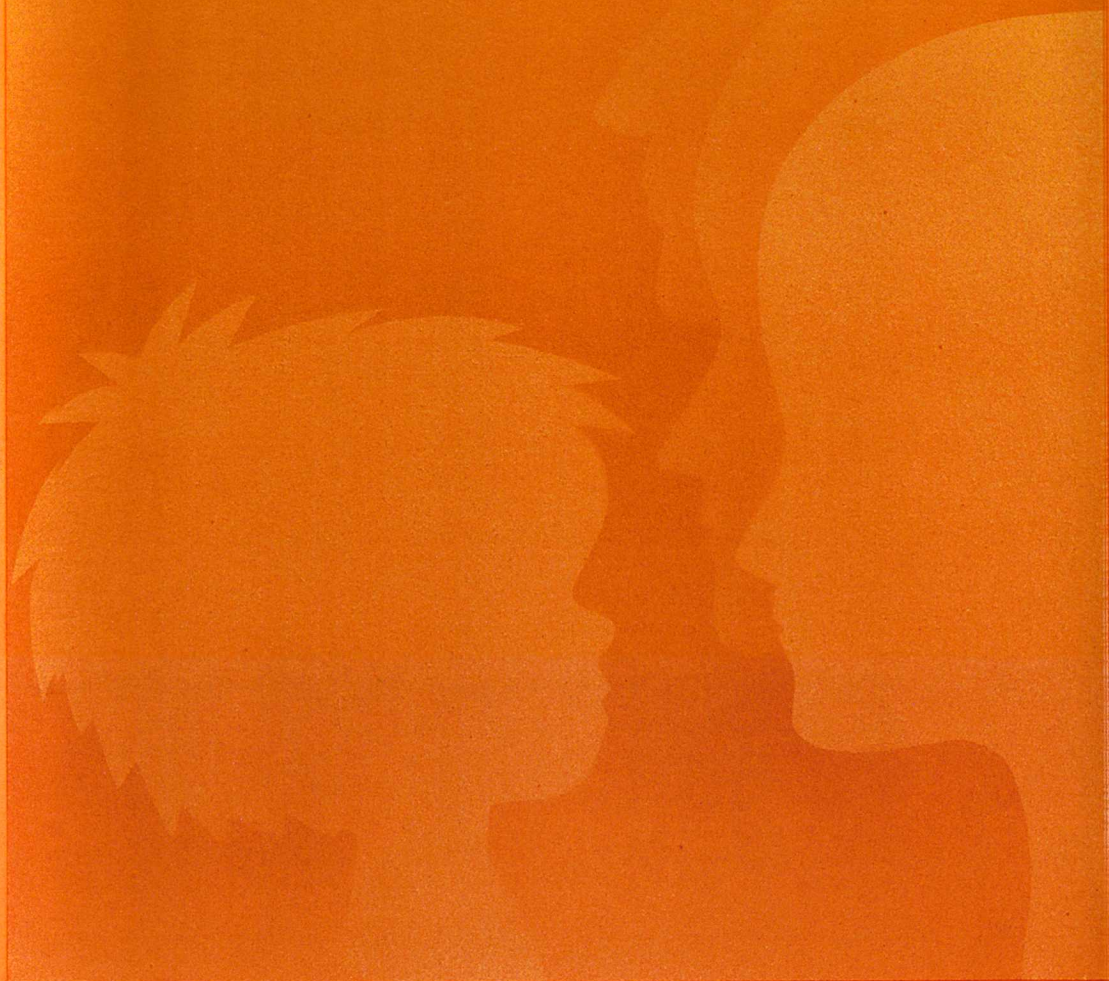


National Library
of Sweden

SOU 1983:42

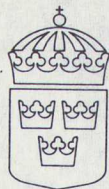
Huvudbetänkande av
inseminationsutredningen

BARN GENOM INSEMINATION



SOU 1983:42

Huvudbetänkande av
inseminationsutredningen



Statens offentliga utredningar

1983:42

Justitiedepartementet

Barn genom insemination

Betänkande av Inseminationsutredningen

Stockholm 1983

Omslag Cinna Gross

ISBN 91-38-07659-4

ISSN 0375-250X

minab/gotab Stockholm 1983

Till Statsrådet och chefen för justitiedepartementet

Genom beslut den 3 december 1981 bemyndigade regeringen statsrådet Carl Axel Petri att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda frågan om artificiella inseminationer samt att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren.

Med stöd av regeringens bemyndigande tillkallade statsrådet Petri den 3 december 1981 som särskild utredare justitieombudsmannen Tor Sverne.

Att som sakkunniga biträda utredaren förordnades den 8 mars 1982 professorn Holsten Fagerberg, departementsrådet Lars Hultstrand, överläkaren Ingrid Ursing samt numera avdelningsdirektören Kristina Widgren.

Att som experter biträda utredaren förordnades den 8 mars 1982 psykologen Inga Gustafsson, den 5 juli 1982 dåvarande riksdagsledamoten Linnea Hörlén, sekreteraren Ann-Kristin Centerstig, riksdagsledamoten Siri Häggmark, riksdagsledamoten Lilly Bergander och professorn Ragnar Holte, samt den 14 december 1982 professorn Marc Bygdeman.

Till sekreterare förordnades den 1 februari 1982 numera rådmannen Göran Ewerlöf.

Utredningen har antagit namnet inseminationsutredningen.

Utredningen får härmed överlämna sitt huvudbetänkande (SOU 1983:42) Barn genom insemination.

Till betänkandet har fogats ett särskilt yttrande av Marc Bygdeman.

Utredningsarbetet fortsätter med övriga frågor som ingår i utredningens uppdrag.

Stockholm i september 1983

Tor Sverne

/Göran Ewerlöf

Innehåll

<i>Förkortningar</i>	11
<i>Sammanfattning</i>	13
<i>Författningsförslag</i>	19
1 Förslag till lag om ändring i föräldrabalken	19
2 Förslag till lag om inseminationer (1984:000)	21
3 Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)	22
4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)	23
 1 <i>Utredningsuppdraget och arbetets bedrivande</i>	25
1.1 Utredningens direktiv	25
1.2 Utredningens arbete	28
1.3 Terminologi	29
 2 <i>Historik</i>	31
2.1 Den tidiga utvecklingen av inseminationer	31
2.2 1953 års lagförslag	32
2.3 Den fortsatta utvecklingen	34
 3 <i>Verksamhet och rättslig reglering i fråga om inseminationer i utlandet</i>	35
3.1 De nordiska länderna	35
3.1.1 Finland	35
3.1.2 Norge	35
3.1.3 Danmark	36
3.2 Europa	37
3.2.1 Västtyskland	37
3.2.2 Frankrike	37
3.2.3 Storbritannien	38
3.2.4 Nederländerna, Österrike och Schweiz	39
3.2.5 Ungern	39
3.2.6 Sovjetunionen	39
3.3 Europarådet	39
3.4 USA	42
3.4.1 Gällande praxis	42
3.4.2 Lagstiftning	43

3.5	Kanada	44
3.6	Australien	46
4	<i>Kartläggning av inseminationsverksamheten i Sverige</i>	47
4.1	Socialstyrelsens undersökning	47
4.2	Inseminationspars upplevelser efter givarinsemination vid Östra sjukhuset i Göteborg	47
4.3	Inseminationsutredningens undersökningar	48
4.3.1	Metod	48
4.3.2	Sammanställning av undersökningarna om inseminationer under åren 1980–1981	49
4.3.3	Några slutsatser	53
5	<i>Allmänna överväganden</i>	55
5.1	Inledning	55
5.2	En jämförelse adoption–insemination	55
5.3	Överväganden	57
5.4	Behov av forskning	58
6	<i>Allmänt om makeinsemination</i>	61
6.1	Nuvarande ordning	61
6.2	Direktiven	62
6.3	Inseminationsutredningen	62
6.3.1	Allmänt	62
6.3.2	Makeinsemination på en gift kvinna	63
6.3.3	Makeinsemination på en ogift kvinna	63
7	<i>Allmänt om givarinsemination</i>	65
7.1	Nuvarande ordning	65
7.2	Direktiven	67
7.3	Inseminationsutredningen	67
7.3.1	Allmänt	67
7.3.2	Vem bör få tillgång till givarinsemination?	68
7.3.3	Givarinsemination på en gift kvinna	71
7.3.4	Givarinsemination på en ogift samboende kvinna	75
7.3.5	Rättsverkan av givarinsemination	76
8	<i>Medicinska krav m. m. vid inseminationer</i>	79
8.1	Nuvarande ordning	79
8.1.1	Allmänt	79
8.1.2	Krav vid makeinsemination	79
8.1.3	Krav vid givarinsemination	79
8.1.4	Medicinska undersökningar	80
8.2	Direktiven	80
8.3	Inseminationsutredningen	81
8.3.1	Allmänna synpunkter	81
8.3.2	Medicinska krav vid makeinsemination	81
8.3.3	Medicinska krav vid givarinsemination	81
8.3.4	Kompetenskrav för utförande av inseminationer	83

9	<i>Psyko-sociala krav vid inseminationer</i>	85
9.1	Nuvarande ordning	85
9.2	En jämförelse med förhållandena i Kanada	85
9.3	Inseminationsutredningen	86
9.3.1	Allmänt	86
9.3.2	Psyko-sociala krav i fråga om inseminationsparet vid givarinsemination	87
9.3.3	Frågan om psyko-sociala krav m. m. beträffande givaren	88
10	<i>Psyko-social rådgivning och utredning vid givarinsemination</i>	91
10.1	Nuvarande ordning	91
10.2	En jämförelse med utrednings- och rådgivningsförfarandet vid adoption	91
10.3	Direktiven	93
10.4	Inseminationsutredningen	93
10.4.1	Allmänna synpunkter	93
10.4.2	Rådgivning och utredning vid givarinsemination	94
10.4.3	Kompetenskrav för utförande av psyko-social rådgivning och utredning	96
11	<i>Handläggning av ett inseminationsärende</i>	99
11.1	Nuvarande ordning	99
11.2	En jämförelse med handläggningen av ett adoptionsärende	99
11.3	Inseminationsutredningen	100
11.3.1	Allmänna synpunkter	100
11.3.2	Beslutande instanser vid givarinsemination	100
11.3.3	Ett ärendes gång vid givarinsemination	102
12	<i>Samtycke till insemination</i>	103
12.1	Nuvarande ordning	103
12.2	Direktiven	103
12.3	Inseminationsutredningen	103
12.3.1	Frågan om samtycke vid makeinsemination	103
12.3.2	Samtycke vid givarinsemination	104
12.3.3	Förvaring och återkallelse av samtycke	106
13	<i>Frågan om barnets rätt att få veta sitt ursprung och andra sekretessfrågor</i>	109
13.1	Direktiven m. m.	109
13.2	En jämförelse med adoptioner	109
13.2.1	Inledning	109
13.2.2	Forskning kring adoptivbarns behov av att få kunskap om sitt ursprung	110
13.3	Uttalanden om inseminationsbarns behov av att få kunskap om sitt ursprung	114
13.4	Inseminationsutredningen	115
13.4.1	Allmänt	115
13.4.2	Ett inseminationsbarns rätt att få reda på hur det kommit till	116

13.4.3	Frågan om bevarande av uppgifter om ett inseminationsbarns biologiska ursprung	118
13.4.4	Frågan om ett inseminationsbarns rätt att få uppgifter angående det biologiska ursprunget	119
13.4.5	Frågan om ett inseminationsbarns rätt att få veta vem den biologiske fadern är	119
13.5	Bevarande av journaler m. m.	125
14	<i>Insemination med sperma från en avliden man</i>	127
14.1	Nuvarande ordning	127
14.2	Direktiven	127
14.3	Inseminationsutredningen	127
14.3.1	Sperma från en avliden man vid makeinsemination	127
14.3.2	Sperma från en avliden man vid givarinsemination	128
15	<i>Talan om fastställande av faderskap</i>	129
15.1	Nuvarande ordning	129
15.2	Inseminationsutredningen	129
16	<i>Socialnämnds medverkan vid fastställande av faderskap m. m.</i>	133
16.1	Nuvarande ordning	133
16.2	Inseminationsutredningen	133
17	<i>Användning av fryst sperma vid insemination</i>	135
17.1	Nuvarande ordning	135
17.2	Inseminationsutredningen	135
17.2.1	Användning av fryst sperma vid makeinsemination	135
17.2.2	Användning av fryst sperma vid givarinsemination	136
17.2.3	Förvaring av sperma i fryst tillstånd	137
18	<i>Straffrättsligt ansvar vid insemination</i>	139
18.1	Nuvarande ordning m. m.	139
18.2	Inseminationsutredningen	139
19	<i>Övrigt</i>	141
19.1	Allmänt	141
19.2	Fråga om blandning av sperma	141
19.3	Ekonomisk gottgörelse till givaren	142
19.4	Gräns för antalet graviditeter beträffande en givare	142
19.5	Önskemål om kvalifikationer och egenskaper hos givaren	143
19.6	Fråga om införsel till riket av fryst sperma	144
19.7	Fråga om bidragsförskott i vissa fall vid givarinsemination	144
19.8	Registrering av uppgift om barns ursprung hos pastorsämbetet	145
19.8.1	Nuvarande ordning	145
19.8.2	Inseminationsutredningen	146
20	<i>Kostnader för reformen</i>	149
20.1	Nuvarande ordning	149
20.2	Direktiven	149

20.3 Inseminationsutredningen	149
20.3.1 Allmänt	149
20.3.2 Kostnader för hälso- och sjukvården	150
20.3.3 Kostnader för socialtjänsten m. m.	151
20.3.4 Nya uppgifter för socialstyrelsen	152
21 <i>Införande av de nya lagbestämmelserna</i>	153
22 <i>Specialmotivering</i>	155
22.1 Förslaget till lag om ändring i föräldrabalken	155
22.2 Förslaget till lag om inseminationer	159
22.3 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)	165
22.4 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)	166
<i>Särskilt yttrande av Marc Bygdeman</i>	167
Bilaga 1 <i>Resultat av enkäten till kvinnoklinikerna</i>	171
Bilaga 2 <i>Resultat av enkäten till privatpraktiserande gynekologer</i>	181
Bilaga 3 <i>Etiska synpunkter på inseminationerna</i> av Holsten Fagerberg	187
Bilaga 4 <i>Summary</i>	201
<i>Litteratur</i>	221

100.000000
100.000000
100.000000
100.000000
100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

100.000000

Förkortningar

FL	= förvaltningslagen
FB	= föräldrabalken
SoL	= socialtjänstlagen (1980:620)
SekrL	= sekretesslagen (1980:100)
SOU	= statens offentliga utredningar
SvJT	= Svensk Juristtidning
NIA	= Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor
NJA	= Nytt Juridiskt Arkiv

Sammanfattning

Allmänt

Inseminationsutredningen tar i detta betänkande upp frågor av juridisk, etisk, medicinsk och psyko-social art som rör inseminationer. Med insemination förstås i detta betänkande införande av sperma i en kvinnas slida på konstlad väg. I ett senare sammanhang kommer utredningen att ta upp andra frågor som har anknytning till befruktning på konstlad väg, till exempel frågor rörande provrörsbefruktning och surrogatmödrar.

När det talas om inseminationer avses såväl makeinsemination som givarinsemination. Med makeinsemination menas insemination med sperma från kvinnans make eller sambo. Med givarinsemination menas insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo.

Makeinsemination har i utlandet förekommit sedan 1860-talet. I Sverige har givarinsemination förekommit sedan i vart fall 1920-talet. Verksamheten var till en början blygsam. En undersökning, gjord av dåvarande medicinalstyrelsen, visar att under åren 1945–1949 föddes i Sverige endast sju barn efter givarinsemination.

En statlig utredning lade år 1953 fram ett förslag angående givarinsemination (SOU 1953:9). Förslaget ledde emellertid inte till någon lagstiftning.

Under 1960- och 1970-talen ökade inseminationsverksamheten successivt i Sverige. En undersökning, som utfördes av socialstyrelsen år 1980, visar att år 1975 föddes omkring 100 barn varje år efter givarinsemination i Sverige. En undersökning som inseminationsutredningen utfört visar att denna siffra mer än fördubblats under en femårsperiod. För närvarande föds minst 230 barn varje år efter givarinsemination i Sverige.

I utlandet har verksamheten med givarinsemination stor utbredning. Man räknar med att det varje år i Europa föds minst 2 000 barn och i USA minst 10 000 barn som avlats genom givarinsemination.

Trots den utbredning som verksamheten har i stora delar av världen är lagstiftning till skydd för inseminationsbarnen sällsynt. I Sverige – liksom hela Västeuropa – saknas över huvud taget lagstiftning på området. I vissa delstater i USA och Kanada har däremot de senaste åren införts vissa lagbestämmelser för att säkra inseminationsbarnets rättsliga ställning.

Utredningens allmänna utgångspunkt

Enligt utredningens uppfattning är *makeinsemination* att anse som en gynecologisk åtgärd bland andra för att avhjälpa ofrivillig barnlöshet hos ett

par. I huvudsak täcker det nuvarande rättsskyddet för barn även barn som avlats på detta sätt.

Föräldrar till ett barn som avlats genom *givarinsemination* befinner sig i ungefär samma situation som adoptivföräldrar. I båda fallen rör det sig om att åtminstone en av föräldrarna inte är biologisk förälder till barnet med de problem som detta kan medföra. Utredningen anser att starka skäl talar för att man – när det gäller samhällets syn – i största möjliga utsträckning skall dra paralleller mellan adoption och insemination. För närvarande är synsättet emellertid mycket olika beroende på vilket alternativ – adoption eller insemination – det barnlösa paret valt.

I fråga om adoption har en organiserad verksamhet byggts upp genom samhällets försorg samt lagregler och normer fastställt för att så långt möjligt skydda adoptivbarnet.

Vid *givarinsemination* förekommer ingen motsvarande samhällsorganiserad verksamhet. Insemination utförs så gott som uteslutande utifrån medicinska utgångspunkter. Något särskilt skydd för inseminationsbarnet i rättsligt eller annat hänseende finns inte.

Enligt utredningens uppfattning kan samhällets nuvarande inställning till verksamheten med *givarinseminationer* inte längre godtas. En självklar förutsättning för att *givarinsemination* skall få utföras bör – liksom vid adoption – vara att det blivande barnets behov och intresse tillgodoses på ett tillfredsställande sätt.

Om samhällets syn på *givarinseminationer* ändras samt vissa ändringar i och tillägg till nuvarande lagstiftning görs så att barnets bästa blir ledstjärnan bör verksamheten kunna fortsätta. Utredningen lämnar i detta betänkande en rad förslag av lagstiftnings- och normgivningskaraktär för att verksamheten skall få denna inriktning.

Makeinsemination

Verksamheten med *makeinseminationer* bedrivs för närvarande vid 27 av landets 56 kvinnokliniker samt av minst 26 privatpraktiserande gynekologer. Ungefär 40 barn föds för närvarande varje år i Sverige efter *makeinsemination*. Utredningen föreslår att *makeinsemination* tillåts på såväl gift kvinna som ogift samboende kvinna.

I fråga om *makeinsemination* på en gift kvinna är nuvarande bestämmelser i FB tillräckliga för att säkra barnets börd.

När det gäller *makeinsemination* på en ogift samboende kvinna föreslås ett tillägg till nuvarande bestämmelse om fästställelse av faderskap enligt 1 kap. 5 § FB. Tillägget går ut på att bestämmelsen skall vara tillämplig – förutom när mannen haft samlag med kvinnan – även när insemination förekommit med sperma från den man som kvinnan sambor med.

Makeinsemination får enligt utredningens förslag endast utföras om mannen, som tillhandahåller sperma, är i livet och har lämnat sitt samtycke till åtgärden. Några formkrav i detta hänseende har inte ansetts behövas så länge färsk sperma kommer till användning. Skälet till detta är att spermagivningen i sådant fall i princip måste ske i tidsmässig anslutning till inseminationen. Kommer fryst sperma till användning – vilket utredningen i

och för sig avråder från – måste dock enligt utredningen ett formbundet samtycke inhämtas från mannen.

Givarinsemination

Givarinsemination utförs för närvarande vid nio kvinnokliniker och av fem privatpraktiserande gynekologer i Sverige. Sammanlagt föds minst 230 barn efter givarinsemination i Sverige.

Utredningen föreslår att givarinsemination tillåts på både gifta kvinnor och ogifta kvinnor som sambor med en man. Däremot föreslås att givarinsemination på en ensamstående kvinna eller en kvinna, som lever i ett lesbiskt förhållande, inte skall vara tillåtet. Detta ställningstagande grundas på att ett barn enligt utredningens uppfattning behöver både en faders- och en modersgestalt för att ha de bästa förutsättningarna att växa upp under goda förhållanden.

När det gäller givarinsemination på en gift kvinna finns enligt nuvarande ordning inga lagbestämmelser som reglerar eller tar hänsyn till de tvistefrågor som kan uppkomma i fråga om faderskapet.

Enligt den så kallade faderskapspresumtionen anses mannen i äktenskapet vara far till ett barn som fötts i äktenskapet. Ett i mars 1983 avgjort rättsfall visar emellertid att i fråga om ett barn som avlats genom givarinsemination kan kvinnans make utan tidsbegränsning föra talan om att han inte är far till barnet. En sådan talan måste alltid bifallas eftersom mannen ju faktiskt inte är barnets far.

Enligt utredningens förslag skall givarinsemination få utföras endast om kvinnans make skriftligen samtyckt till inseminationen och samtycket godkänts av kvinnan. Har mannen lämnat samtycke till givarinsemination på sin hustru skall han därmed vara att anse som rättslig far till ett barn som tillkommer genom inseminationen. Utredningen föreslår därför ett tillägg till nuvarande bestämmelse om förklaring angående faderskapet enligt 1 kap 2 § FB. Tillägget går ut på att om ett barn avlats genom givarinsemination med samtycke från kvinnans make får rätten inte bifalla en talan om att maken inte är far till barnet. Om barnet avlats på annat sätt – genom att hustrun under konceptionstiden haft samlag med en annan man – bör kvinnans make emellertid ha möjlighet att föra talan angående faderskapet.

I fråga om givarinsemination på en ogift kvinna föreslås att kvinnans sambo skall lämna skriftligt samtycke till inseminationen. Har mannen lämnat samtycke är han att anse som rättslig far till ett barn som avlas genom inseminationen.

Givarinseminationen anses i rättsligt hänseende jämförbar med att det gifta eller samboende paret haft samlag och att barnet avlats därvid. I konsekvens med detta skall mannen enligt förslaget kunna erkänna faderskapet. Det föreslås därför ett tillägg till 1 kap. 4 § FB som gör det möjligt för socialnämnden att godkänna ett faderskapserkännande även i det fallet att barnet med samtycke från mannen avlats genom givarinsemination.

Om mannen inte vill erkänna faderskapet – t.ex. på grund av att han misstänker att kvinnan under tid då barnet kan vara avlat haft samlag med en annan man – får faderskapet fastställas på vanligt sätt genom faderskapsut-

redning samt erkännande eller dom. Visar faderskapsutredningen att barnet avlats genom givarinsemination skall den man, som lämnat samtycke till inseminationen, anses som rättslig far till barnet. En sådan förklaring av rätten görs möjlig genom ett tillägg till bestämmelsen om faderskapsfastställelse genom dom i 1 kap. 5 § FB.

När det gäller medicinska krav på inseminationsparet och spermagivaren redovisar utredningen vilka krav som enligt nuvarande praxis ställs av den ansvarige läkaren. I fråga om kvinnan krävs att hon är kroppsligt och själsligt frisk samt fruktsam. På vissa håll förekommer även en viss åldersgräns (högst 35 eller 40 år). När det gäller kvinnans make eller sambo ställs ofta kravet – förutom att han är ofruktsam – att han är vid god psykisk hälsa och att han inte har någon sjukdom som påverkar hans livslängd. I fråga om spermagivaren krävs vanligen att han är kroppsligt och själsligt frisk, att han har normal intelligens, att hans sperma är av god kvalitet samt att han inte har någon påvisbar ärftlig sjukdom.

Utredningen överlämnar i förslaget åt läkaren att utifrån sitt läkaransvar göra de medicinska bedömningarna av de inblandade parterna.

När det gäller frågan om vilka psyko-sociala krav som bör ställas på ett inseminationspar är utredningens grundinställning att givarinsemination bör få utföras endast om de blivande föräldrarnas psyko-sociala förhållanden är sådana att inseminationsbarnet kan antas växa upp under goda förhållanden. Utredningen anser att paralleller kan dras mellan adoption och insemination i detta hänseende. Liksom vid adoption bör en psyko-social rådgivning och utredning äga rum även vid insemination. Denna rådgivnings- och utredningsverksamhet bör bedrivas vid socialnämnden i den kommun där inseminationsparet är bosatt. Sådana gruppsamtal som bedrivs inför adoption i vissa kommuner bör enligt utredningens uppfattning vara ändamålsenliga även inför insemination.

Utredningen föreslår att det skall vara socialnämnden som gör den psyko-sociala bedömningen av inseminationsparet. Denna ärendetyp bör lämpligen kunna delegeras till en grupp av förtroendevalda. Socialnämndens beslut om avslag föreslås kunna överklagas till länsrätt.

Som förutsättning för att givarinsemination skall få utföras föreslår utredningen att kvinnans make eller sambo skall vara i livet samt ha lämnat sitt samtycke till åtgärden. Samtycket skall – som ovan omtalats – vara skriftligt samt bevitnat och godkänt av kvinnan. Samtycke skall inhämtas före behandlingens början. Det ankommer på mannen att skriftligen återkalla samtycket om han inte vill stå fast vid det. Har ett barn avlats genom givarinsemination med stöd av samtycket är mannen oåterkalleligen bunden vid faderskapet till barnet.

Samtyckeshandlingen skall enligt förslaget förvaras hos socialnämnden och får – i likhet med till exempel faderskapserkännanden – inte gallras ut. Under själva inseminationsbehandlingen föreslås emellertid att samtycket förvaras i sjukhusets journal, bland annat för att återkallelse skall kunna ske direkt till läkaren.

När det gäller den känsliga frågan om ett inseminationsbarns rätt att få kunskap om sitt ursprung konstaterar utredningen att det redan i förarbetena till 1971 års lagändringar i fråga om adoption framhölls att ett adoptivbarn kan anses ha ett berättigat intresse av att vinna klarhet om sin härstamning.

Utredningen har – i brist på forskning i fråga om inseminationsbarn – tagit starkt intryck av den forskning som bedrivits i fråga om adoptivbarns behov och intresse i detta hänseende. När det gäller adoptivbarn visar den forskning som bedrivits framför allt i USA, Kanada och Storbritannien att ett adoptivbarn har ett mycket stort behov av att få kunskap om sitt ursprung och att möjligheterna att få sådan kunskap har stor betydelse för barnets utveckling.

Utredningen slår till en början fast att en ärlig och öppen attityd från föräldrarnas sida i ursprungsfrågan är viktig för ett nära och förtroendefullt förhållande mellan föräldrar och barn. Utredningen betonar därför starkt vikten av att inseminationsföräldrar – så tidigt som möjligt och därefter fortlöpande – talar med barnet om hur det kommit till. Det överlämnas åt i första hand läkare, kuratorer och socialarbetare som kommer i kontakt med föräldrarna att understryka vikten av denna öppenhet gentemot barnet.

Vidare betonar utredningen vikten av att uppgifter om barnets biologiska ursprung bevaras för framtiden. För detta krävs att sjukhusjournalerna förs på ett sådant sätt att det av dem går att få fram vem som är biologisk far till ett inseminationsbarn. Det överlämnas åt socialstyrelsen att utfärda närmare föreskrifter i detta hänseende. Det föreslås vidare att riksarkivet ändrar i sina råd om gallring i vissa medicinska arkiv.

Frågan om ett inseminationsbarns rätt att få veta vem den biologiske fadern är har visat sig mycket svårbedömd. Bland en del läkare har uttryckts farhågor för att inseminationsverksamheten vid sjukhusen i praktiken skulle upphöra om inseminationsbarnen fick en ovillkorlig rätt att få veta givarens identitet. Detta skulle i sin tur leda till att en icke samhällskontrollerad inseminationsverksamhet uppstår. Skälet till detta skulle vara att det inte skulle gå att få tag på lämpliga spermagivare, villiga att ställa upp om de riskerar att deras identitet avslöjas. Enligt utredningens uppfattning är dessa farhågor emellertid överdrivna. Däremot kan det tänkas att antalet givare – i vart fall under en övergångstid – minskar.

Ett annat skäl som anförts emot en ovillkorlig rätt för barnet att få reda på sitt ursprung är att man inte tar hänsyn till givaren och dennes situation när det eventuellt blir aktuellt att avslöja hans identitet för barnet,

Utredningen har också i fråga om inseminationsbarnets rätt till sitt ursprung i sina resonemang utgått från barnets bästa. Utredningen har därvid kommit till slutsatsen att det är av stor vikt för ett inseminationsbarns utveckling att ha tillgång till sitt ursprung. Utredningen föreslår därför att ett inseminationsbarn – sedan det uppnått myndig ålder – skall ha en principiell rätt att få uppgift om vem som är dess biologiske far. Uppgiften föreslås bli förmedlad genom social myndighets försorg. Avsikten därmed är att ett inseminationsbarn som söker sitt ursprung skall få möjlighet att i första hand bearbeta de känslor som finns i sammanhanget tillsammans med en lämplig person. Erfarenheter från adoptionsförhållanden visar att sådana samtal är tillräckliga för de flesta barn som söker sitt ursprung. Det blir därför sannolikt endast ett fåtal barn som går vidare och eventuellt söker upp den biologiske fadern. Utredningens förhoppning är att inseminationsverksamheten genom en sådan öppenhet gentemot barnet på sikt kommer att få en inriktning som gagnar samtliga inblandade.

Övriga frågor

Utredningen tar i delbetänkandet upp en rad andra frågor som har anknytning till inseminationer.

När det gäller *förvaring av sperma i fryst tillstånd* föreslås att sådan förvaring bara bör få äga rum av sperma för givarinsemination. Förvaringen bör främst ha syftet att underlätta verksamheten. En förvaring mer än några månader kan i allmänhet inte anses motiverad för detta syfte. Utredningen föreslår att sperma skall få försvaras i högst ett år för givarinsemination.

Utredningen föreslår införandet av *en straffbestämmelse* för inseminationsverksamhet som bedrivs under otillåtna former. Bestämmelsen riktar sig mot den som vanemässigt eller för vinnings skull utför inseminationer eller tillhandahåller sperma i strid mot vad som föreskrivits om verksamheten. Även medhjälp skall kunna bestraffas.

Bland övriga förslag kan nämnas följande. Utredningen vill inte tillåta *blandning av sperma* mellan olika givare på sådant sätt att identifiering av vem som är biologisk far till barnet försvåras. *Den ekonomiska ersättningen* till spermagivarna bör bekostas av respektive landsting. Förslag lämnas om *förbud mot införsel* till Sverige av fryst sperma från utlandet. Det föreslås också att uppgift om att ett barn tillkommit genom givarinsemination skall införas i personakten och födelse- och dopboken hos *pastorsämbetet*.

Utredningens förslag innebär att väsentliga uppgifter läggs på socialstyrelsen både i fråga om utfärdande av allmänna råd och föreskrifter för inseminationsverksamheten och i fråga om tillsyn över verksamheten. I övrigt bedöms förslagen innebära endast marginella extra *kostnader* för samhället.

När det gäller *införandet* av de nya lagbestämmelserna föreslås att de nya bestämmelserna inte skall tillämpas på förhållanden som inträffat före ikraftträdandet. De nya lagbestämmelserna omfattar sålunda inte barn som avlats genom givarinsemination före bestämmelsernas ikraftträdande. Utredningen föreslår emellertid en övergångsbestämelsen i fråga om dessa barn. Bestämmelsen innebär att en man som vill avsäga sig faderskapet beträffande ett barn som avlats genom givarinsemination före ikraftträdandet måste väcka talan om detta inom ett år efter ikraftträdandet. Väcks inte faderskapstalan inom denna tid kan mannen inte därefter avsäga sig faderskapet.

Författningsförslag

Förslag till Lag om ändring i föräldrabalken

Härigenom föreskrivs i fråga om föräldrabalken *dels* att 1 kap. 2, 4 och 5 §§ skall ha nedan angivna lydelse
dels att i 1 kap. skall införas nya paragrafer 6–8 §§.

1 Kap. Om faderskapet till barn

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Rätten skall förklara att mannen i äktenskapet ej är fader till barnet, om

1. det är utrett att modern har haft samlag med annan än mannen under tid då barnet kan vara avlat och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats av den andre,
2. det på grund av barnets arvsanlag eller annan särskild omständighet kan hållas för visst att mannen ej är barnets fader, eller
3. barnet har avlats före äktenskapet eller under det att makarna levde åtskilda och det ej är sannolikt att makarna ha haft samlag med varandra under tid då barnet kan vara avlat.

Talan om förklaring enligt första stycket får inte bifallas om modern med samtycke från mannen i äktenskapet fått insemination med sperma från en annan man och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet avlats genom inseminationen.

Godkänner mannen i äktenskapet skriftligen annan mans erkännande av faderskapet och har i fråga om erkännandet iakttagits bestämmelserna i 4 §, skall därigenom anses fastställt att mannen i äktenskapet ej är barnets fader. Erkännandet skall dock i detta fall alltid vara skriftligen godkänt av modern.

Nuvarande lydelse

Erkännande av faderskap sker skriftligen och skall bevitnas av två personer. Erkännandet skall skriftligen godkännas av socialnämnden och av modern eller särskilt förordnad förmyndare för barnet. Har barnet uppnått myndig ålder, skall erkännandet i stället godkännas av barnet självt. Socialnämnden får lämna sitt godkännande endast om det kan antagas att mannen är fader till barnet.

Erkännande kan ske även före barnets födelse.

Visas senare att den som lämnat erkännande ej är fader till barnet skall rätten förklara att erkännandet saknar verkan mot honom.

Skall faderskapet fastställas genom dom skall rätten förklara en man vara fader om det är utrett att han har haft samlag med barnets mor under tid då barnet kan vara avlat och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet avlats av honom.

Föreslagen lydelse

4 §

Erkännande av faderskap sker skriftligen och skall bevitnas av två personer. Erkännandet skall skriftligen godkännas av socialnämnden och av modern eller särskilt förordnad förmyndare för barnet. Har barnet uppnått myndig ålder, skall erkännandet i stället godkännas av barnet självt. Socialnämnden får lämna sitt godkännande endast om det kan antagas att mannen är fader till barnet *eller, att barnet, med samtycke från mannen, avlats genom insemination med sperma från en annan man.*

Visas senare att den som lämnat erkännande ej är *eller efter insemination skall anses som* fader till barnet, skall rätten förklara att erkännandet saknar verkan mot honom.

5 §

Skall faderskapet fastställas genom dom, skall rätten förklara en man vara fader om det är utrett att han har haft samlag med barnets mor *eller att insemination med hans sperma förekommit* under tid då barnet kan vara avlat och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet avlats av honom.

Rätten skall också förklara en man vara fader om det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet avlats genom insemination med sperma från en annan man och den man mot vilken talan väckts samtyckt till inseminationen.

6 §

Har ett barn avlats genom insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo får talan inte väckas om fastställande av att spermagivaren är barnets far.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

7 §

Samtycke till insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo sker skriftligen och skall bevittnas av två personer. Samtycket skall skriftligen godkännas av kvinnan.

Återkallelse av samtycke sker skriftligen.

8 §

Vid tillämpning av bestämmelse i lag eller annan författning som tillägger släktskap eller svägerlag rättslig betydelse skall ett barn, som avlats genom insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo, anses som kvinnans och hennes makes eller sambos gemensamma barn och inte som barn till sin biologiske far.

Första stycket gäller inte om annat är föreskrivet eller följer av rättsförhållandets natur.

-
- 1 Denna lag träder i kraft den
 - 2 I fråga om barn, som före ikraftträdande av denna lag, avlats genom insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo, gäller inte de nya bestämmelserna i 1 kap 2 § andra stycket, 4 § första och tredje styckena samt 5–8 §§.
 - 3 Talan enligt 1 kap. 2 § första stycket får i fråga om barn, som avses i 2., inte äga rum efter utgången av (ett år efter lagens ikraftträdande) om kvinnans make samtyckt till inseminationen.
 - 4 Talan enligt 1 kap. 4 § tredje stycket får i fråga om barn, som avses i 2., inte äga rum efter utgången av (ett år efter lagens ikraftträdande) om en man samtyckt till inseminationen och erkänt barnet som sitt.

**Förslag till
Lag (1984:000) om inseminationer**

Allmänna bestämmelser

1 § Med insemination förstås i denna lag införande av sperma i en kvinnas slida på konstlad väg.

2 § Insemination får utföras endast på en gift eller samboende kvinna med sperma från maken eller sambon (makeinsemination) eller från en annan man (givarinsemination).

3 § Insemination får inte utföras med mindre maken eller sambon samtyckt till inseminationen och är i livet.

Särskilda bestämmelser om givarinsemination

4 § Givarinsemination får efter tillstånd av socialstyrelsen utföras endast på ett sjukhus under överinseende av en läkare med specialistutbildning i gynekologi och obstetrik.

5 § Givarinsemination får med godkännande av socialnämnd och ansvarig läkare utföras om kvinnan och hennes make eller sambo fyllt tjugofem år.

6 § Läkaren skall pröva om det med hänsyn till makarnas eller de samboendes medicinska förhållanden är lämpligt att insemination äger rum.

7 § Socialnämnden i den kommun där makarna eller de samboende är kyrkobokförda skall pröva om det med hänsyn till makarnas eller de samboendes psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att insemination äger rum. Socialnämnden får lämna sitt godkännande endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.

Socialnämndens beslut får överklagas hos länsrätten genom besvär.

8 § Det ankommer på ansvarig läkare att utse lämplig spermagivare.

9 § Den som avlats genom insemination och som fyllt arton år har rätt att få uppgift om vem som är hans biologiske far.

Begäran att få uppgift enligt första stycket görs hos socialnämnd.

10 § Begär någon som avlats genom insemination och som fyllt arton år uppgift om vem som är hans biologiske far är hälso- och sjukvårdsmyndigheten skyldig att genom socialnämnden lämna ut uppgiften till den som begärt denna.

Begär någon som avlats genom insemination men inte fyllt arton år uppgift enligt första stycket skall hälso- och sjukvårdsmyndigheten lämna ut uppgiften till socialnämnden. Uppgiften får därefter lämnas ut till den som begärt denna endast om den biologiske fadern samtycker till det.

Övrigt

11 § Sperma från en man får i fryst tillstånd inte införas till riket.

12 § Den som vanemässigt eller för att bereda sig vinning utför insemination eller tillhandahåller sperma för insemination i strid mot denna lag döms till böter eller fängelse i högst sex månader om inte gärningen är belagd med straff i annan lag eller författning.

Har flera medverkat till gärningen, äger 23 kap. 4 och 5 §§ brottsbalken motsvarande tillämpning.

Denna lag träder i kraft den

Förslag till Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 1 och 3 §§ sekretesslagen (1980:100) skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap. *Sekretess med hänsyn främst till skyddet för enskilds personliga förhållanden*

1 §

Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 §, inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men.

Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, såsom rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastrering och åtgärder mot smittsamma sjukdomar, samt i verksamhet som avser omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.

Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, såsom rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, *insemination*, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastrering och åtgärder mot smittsamma sjukdomar, samt i verksamhet som avser omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.

Sekretess enligt första stycket gäller också i sådan verksamhet hos myndighet som innefattar omprövning av beslut i eller särskild tillsyn över allmän eller enskild hälso- och sjukvård.

I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

3 §

Sekretessen enligt 1 § gäller också i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv i fråga om uppgift om hans hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom.

Sekretessen enligt 1 § gäller också i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv i fråga

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

om uppgift om spermagivaren vid insemination.

Utan hinder av sekretessen i 1 § får uppgift lämnas till någon som avlats genom insemination enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:000) om inseminationer.

Denna lag träder i kraft den

**Förslag till
Lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)**

Häriigenom föreskrivs att 62 § socialtjänstlagen (1982:620) skall ha nedan angivna lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

62 §

Originalhandlingar som rör utredning om att fastställa faderskap eller om underhåll får inte gallras med stöd av bestämmelserna i 60 §.

Originalhandlingar som rör utredning om att fastställa faderskap, om underhåll *eller om insemination* får inte gallras med stöd av bestämmelserna i 60 §.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får föreskriva andra undantag från gallringsskyldigheten.

Denna lag träder i kraft den

1 Utredningsuppdraget och arbetets bedrivande

1.1 Utredningens direktiv

I direktiven (Dir 1981:72) för inseminationsutredningen anförde chefen för justitiedepartementet, statsrådet Petri – efter en redogörelse för bakgrunden till utredningsuppdraget – följande till ledning för utredningens arbete.

Allmänt om uppdraget

Artificiell insemination görs i första hand med sperma från en anonym givare, s.k. givarinsemination. I mer begränsad omfattning används artificiell insemination med sperma från den mottagande kvinnans make, s.k. makeinsemination.

Utredaren bör i den utsträckning som det är möjligt kartlägga omfattningen av och formerna för artificiella inseminationer i Sverige. Med denna kartläggning som underlag bör utredaren ta ställning till om det behövs en reglering för själva verksamheten som sådan och hur en sådan reglering i så fall bör utformas. Av betydelse för detta ställningstagande är bl.a. de synpunkter av etisk och medicinsk natur som kan anläggas på en verksamhet av detta slag. Utredaren bör vidare undersöka i vilken utsträckning de familjerättsliga regler som gäller i dag bör ändras, främst för att skydda de barn som har kommit till genom artificiell insemination. En allmän utgångspunkt bör vara att artificiell insemination får ske endast om barnet kan antas komma att växa upp under goda förhållanden. Utredaren bör också överväga vilka regler som kan behövas av hänsyn till givaren, kvinnan och i förekommande fall hennes make eller sambo.

Makeinseminationer o.d.

Om en gift kvinna föder ett barn, anses hennes make som far till barnet (1 kap. 1 § första meningen föräldrabalken). I fråga om makeinsemination är den rättsliga situationen därför förhållandevis oproblematisht. Det är sålunda klart att kvinnans make blir att betrakta som far även i rättslig mening till det barn som blivit följden av inseminationen. Problem med faderskapet uppstår dock, om mannens sperma har förvarats i en s.k. spermabank och används först efter hans död. Är kvinnan änka när barnet föds anses nämligen enligt lagen den avlidne maken som barnets far endast om barnet föds inom en sådan tid efter hans död att barnet kan vara avlat dessförinnan (1 kap. 1 § andra meningen föräldrabalken). Utredaren bör överväga om insemination

med sperma från en avliden make över huvud taget bör få förekomma och hur i så fall de rättsliga problem som kan uppkomma bör lösas.

Den faktiska situationen för män och kvinnor som utan att vara gifta med varandra sammanlever under äktenskapsliknande förhållanden är i stort sett densamma som för gifta makar. Det finns därför skäl att överväga om inte artificiell insemination bör få förekomma också för en ogift kvinna med sperma från den man som hon bor tillsammans med. Den rättsliga situationen för ett barn vars mor inte är gift skiljer sig dock från den som gäller för ett barn till gifta föräldrar. Bl.a. måste faderskapet fastställas i en särskild ordning (1 kap. 3 § föräldrabalken). Med dagens regler är det dock oklart om det biologiska faderskap som är ett resultat av en artificiell insemination kan bekräftas juridiskt. En förutsättning för att artificiell insemination skall få ske i fråga om samboende par där mannen själv är givare bör vara att denne rättsligt anses som far till barnet.

Givarinseminationer

De problem som möter givarinsemination är delvis olika beroende på om kvinnan är gift eller ogift.

Är *kvinnan* gift bör en förutsättning för insemination vara att den äkta mannen har samtyckt till att åtgärden vidtas och till att han skall betraktas som far till barnet. Starka skäl talar för att den som har lämnat ett sådant samtycke inte skall kunna avsäga sig faderskapet till ett barn som har kommit till genom inseminationen. Den möjlighet som en gift man i dag har att föra talan om att han inte är far till ett barn som har fötts i äktenskapet bör därför inte finnas i fall då det är klart att barnet har avlats genom en insemination som den gifte mannen har samtyckt till. En talan om att denne inte är far får i dag föras också av barnet. Utredaren bör överväga om barnet bör ha kvar denna rätt. Frågan hänger delvis samman med frågan i vilken utsträckning uppgiften om att insemination har förekommit och de närmare omständigheterna kring den bör vara sekretessbelagda och i så fall i förhållande till vem. Jag återkommer till den frågan i ett följande avsnitt.

Ett alternativ kan vara att som krav för artificiell insemination ställa upp att kvinnans make före inseminationen adopterar det blivande barnet. En sådan lösning kräver ändring i de nuvarande adoptionsbestämmelserna, eftersom de inte tillåter adoption av ett ofött barn.

Är *kvinnan* ogift kan barnets ställning bli mera osäker. Frågan huruvida artificiell insemination bör få äga rum på en ogift kvinna bör därför bli föremål för särskilda överväganden.

Om kvinnan lever under äktenskapsliknande former tillsammans med en man kan det ligga nära till hands att tillåta artificiell insemination under förutsättning att den samboende mannen med bindande verkan tar på sig det juridiska ansvaret som far för barnet. En tänkbar möjlighet även i dessa fall är att kräva att mannen före inseminationen adopterar det blivande barnet, utan att modern för den skull förlorar sin rättsliga ställning som förälder till barnet.

Om kvinnan däremot lever ensam är det mera tveksamt om insemination bör tillåtas. Utredaren bör pröva denna fråga utifrån vad som kan antas vara förenligt med barnets bästa.

Sekretessfrågor

I dag förekommer insemination med en känd givare om denne är gift med kvinnan eller bor tillsammans med henne under äktenskapsliknande förhållanden. I övriga fall torde givaren i allmänhet vara anonym. En omdiskuterad fråga är om ett sekretesskydd bör finnas för uppgifter om honom och om det förhållandet att en insemination har ägt rum. Utredaren bör närmare analysera de skäl som kan anföras för och emot ett anonymitetsskydd och föreslå de åtgärder som kan finnas påkallade.

När det särskilt gäller frågan om sekretess i förhållande till barnet talar mycket för att barnet bör ha rätt att åtminstone få veta att det har kommit till genom artificiell insemination. Huruvida barnet också bör ha kunskap om vem som är givare är mera svårbedömt. Det finns en risk för att en sådan kunskap skulle störa relationerna mellan barnet och den rättslige fadern. Dessutom kan det kanske bli svårt att finna lämpliga givare, om de riskerar att deras identitet avslöjas.

Om utredaren kommer fram till att givaren – i vissa fall eller generellt – bör vara känd, får också övervägas hur faderskapet till barnet då bör regleras. Av lagstiftningen bör tydligt framgå att givaren inte rättsligt skall anses som barnets far, om någon annan har tagit på sig faderskapet med bindande verkan.

Medicinska aspekter m.m. på artificiell insemination

Ett ingrepp av typen artificiell insemination innefattar vissa risker för infektion eller andra komplikationer för kvinnan vilka även kan få konsekvenser för det blivande barnet. Metoden bör därför självfallet användas först efter sakkunnig prövning och under betryggande former. Det bör undersökas om särskilda kompetenskrav bör ställas upp för en rätt att utföra artificiella inseminationer. Vidare bör övervägas om åtgärden skall få utföras endast på sjukhus eller därmed jämförlig anstalt.

En annan fråga är vilken hänsyn som bör tas till släktskapsförhållandet mellan givaren och kvinnan. Klart är att insemination inte bör få förekomma med sperma från en släkting i rätt upp- eller nedstigande led eller från syskon till kvinnan. Utredaren bör överväga om det därutöver finns några medicinska, etiska eller andra liknande synpunkter som bör ha betydelse i sammanhanget, t.ex. arvsegenskaperna hos givaren och de blivande föräldrarna.

Övrigt om utredningsuppdraget

En viktig fråga är vem som bör göra den sociala bedömningen av de blivande föräldrarnas lämplighet. Ett alternativ är att lägga denna uppgift på den som är ansvarig för inseminationen. Om utredaren väljer att ställa upp krav på att det blivande barnet adopteras, ligger det dock närmare till hands att prövningen görs av domstolar och socialnämnder. Oavsett vilken lösning som väljs är det angeläget att de blivande föräldrarna genom samhällets försorg förbereds på de sociala och psykologiska synpunkter som kan läggas på en artificiell insemination.

Andra frågor av mer administrativt slag är vilka formkrav som bör ställas

på samtycken och andra handlingar som rör en artificiell insemination och var dessa lämpligen bör förvaras.

Utredaren bör redovisa kostnaderna för en reglerad inseminationsverksamhet och ge förslag till hur verksamheten skall finansieras. En utgångspunkt bör vara att kostnaderna skall betalas av dem som anlitar tjänsterna.

Utredaren bör kunna ta upp också andra frågor än dem jag nu har berört, t.ex. sådana som rör spermabanker, blandning av sperma från flera givare och ekonomisk gottgörelse till givaren.

En viss anknytning till de artificiella inseminationerna har metoden att befrukta ägg utanför livmodern och därefter plantera in ägget i en annan kvinna. I den mån en sådan eller liknande verksamhet börjar förekomma i vårt land reser det ytterligare problem vid sidan av dem som tidigare har angetts, bl.a. av etisk art. Utredaren bör vara oförhindrad att i detta sammanhang behandla också frågor av detta slag.

1.2 Utredningens arbete

Intresset hos ofrivilligt barnlösa par att få barn genom insemination¹ har de senaste åren ökat kraftigt. Sålunda har antalet barn som här i landet föds efter insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo fördubblats de senaste fem åren.

Samtidigt har press, radio och television det senaste året ägnat ett förhållandevis stort utrymme åt frågor rörande möjligheterna att avla barn på konstlad väg. Detta har uppenbarligen också lett till ett ökat intresse hos allmänheten. Ett i mars 1983 avgjort rättsfall, vilket visade nuvarande lagstiftnings otillräcklighet när det gäller att skydda barn som föds efter insemination, torde ytterligare ha bidragit till den ökade uppmärksamheten när det gäller dessa frågor.

Verksamheten med inseminationer är för närvarande oreglerad. Något rättsligt skydd för de barn som tillkommer genom insemination finns i princip inte. Några allmänna etiska, medicinska eller sociala normer när det gäller verksamhetens bedrivande finns inte heller. Ändå föds varje år i Sverige minst 230 barn efter insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo.

Vi anser det angeläget att verksamheten med inseminationer snarast blir föremål för rättslig reglering för att skydda de barn som kommer till på detta sätt. Det är också enligt vår uppfattning av vikt att medicinska, psyko-sociala och etiska normer skapas för verksamheten.

Med hänsyn till det anförda har vi bedrivit arbetet med skyndsamhet för att snabbt kunna lägga fram våra förslag.

Av bland annat tidsskäl har vi i detta betänkande inriktat oss helt på frågor kring inseminationer. Frågor om så kallad provrörsbefruktning m.m. avser vi återkomma till i ett senare sammanhang.

Detta betänkande avser alltså insemination. Vi lämnar förslag om ändrade och nya lagbestämmelser, till vilka vi ger en allmänmotivering och en specialmotivering. Vidare lägger vi fast medicinska, psyko-sociala och etiska normer som vi anser bör gälla för verksamheten. Dessa normer lämpar sig

¹Se 1.3.

enligt vårt förmenande inte för lagreglering men bör bli föremål för föreskrifter eller allmänna råd från socialstyrelsen.

Trots att vi arbetat under tidspress har vi strävat efter att få ett så brett underlag som möjligt för våra förslag.

För att få en överblick över inseminationsverksamhetens omfattning och tillämpning gick vi under sommaren 1982 ut med förfrågningar till samtliga 56 kvinnokliniker i landet och till sammanlagt 420 gynekologer som kunde tänkas ha privat verksamhet. Vi har också gjort en förfrågan bland spermagivare på Karolinska sjukhuset.

Utredningsmannen och sekreteraren har haft personliga sammanträffanden med de läkare vid Karolinska sjukhuset, Malmö allmänna sjukhus, Östra sjukhuset i Göteborg samt regionsjukhuset i Linköping, som är ansvariga för inseminationsverksamheten där. Vidare har överläggningar förekommit med representanter för bland annat justitieministerierna och socialstyrelserna i Norge och Finland samt representanter för Adoptionscentrum och socialförvaltningarna i Stockholm och Göteborg. Diskussioner har också förts med Statens rättskemiska laboratorium, Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) och riksskatteverket. Med hjälp av bland annat utrikesdepartementets rättsavdelning har lagstiftningen i utlandet inhämtats. Slutligen har utredningen fått del av erfarenheter och synpunkter genom många brev och förfrågningar från allmänheten och intresseorganisationer samt genom vad som förekommit i tidningar, radio och television.

1.3 Terminologi

I direktiven anges att utredningsuppdraget avser "artificiella inseminationer (befruktning på konstlad väg)". Begreppet "artificiell insemination" har utländskt ursprung. Det är det uttryck som används i bl.a. engelskan (artificial insemination) och franskan (insemination artificielle). På andra håll - t.ex. i Västtyskland - används i stället beteckningen konstgjord befruktning (künstliche Befruchtung).

I Sverige har begreppen "artificiell insemination", "konstgjord befruktning", "befruktning på konstlad väg" och även "provvrörsbarn" använts för ifrågavarande verksamhet.

Vi har övervägt vilket begrepp som för en större allmänhet bäst skulle belysa vad verksamheten går ut på. Nära till hands kan ligga att använda ett svenskt begrepp. Något lämpligt sådant har vi emellertid inte kunnat finna.

Begreppet "konstgjord befruktning" anser vi direkt missvisande eftersom själva befruktningen - dvs. sammansmältningen av sädescell och ägg - inte är konstgjord även om själva införandet av sperman inte skett på naturligt sätt.

Begreppet "befruktning på konstlad väg" belyser inte heller till fullo vad verksamheten egentligen går ut på. Med artificiell insemination menas att mannens sperma på konstlat sätt förs in i kvinnans slida. Ett sådant införande behöver ju dock inte med nödvändighet innebära att befruktning kommer till stånd. I själva verket behövs statistiskt sett ungefär nio inseminationer för att åstadkomma en befruktning.

I ett medicinskt uppslagsverk¹ anges begreppet "insemination" som "införande av säden i en vagina, särskilt sådan på artificiell väg". Enligt denna begreppsbestämning torde ordet "artificiell" kunna uteslutas.

Vid övervägande av de olika möjligheter som står till buds har vi valt uttrycket "insemination" för att ange verksamheten. Detta begrepp har fördelen av att vara kort och nära anknyta till de engelska och franska begreppen. Det senare är särskilt värdefullt med hänsyn till den stora internationella utbredning som verksamheten har.

När vi talar om *insemination* avses i princip såväl *makeinsemination* som *givarinsemination*.

Med *makeinsemination* avses införande på konstlad väg i kvinnans slida av sperma från kvinnans make eller sambo.

Med *givarinsemination* avses införande på konstlad väg i kvinnans slida av sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo.

¹ B. Lindskog och B. Zetterberg: Medicinsk terminologi lexikon, Nordiska Bokhandelns Förlag, 1981.

2 Historik

2.1 Den tidiga utvecklingen av inseminationer

Insemination på djur har sannolikt förekommit sedan antiken. Vetenskapligt fastslogs verksamheten på 1780-talet av italienaren Spallanzani. Han utförde sina experiment på hundar. I början av 1900-talet hade inseminationsbehandling på får, nötkreatur och hästar utvecklats vid institutet för befruktningfysiologi i Moskva. Metoden spred sig snabbt till många länder och kom även till Sverige.

Den första uppgiften om att insemination prövats på människor härrör från år 1799, då en engelsk läkare vid namn Hunter skulle ha använt tekniken. Det har dock ifrågasatts om uppgiften är riktig. Från år 1834 finns en säker uppgift om att ett barn fötts efter inseminationsbehandling. Redan på 1860-talet togs insemination upp bland läkare i USA och Frankrike som en tänkt behandlingsform. Det var då i första hand fråga om makeinsemination. Givarinsemination har förekommit i Sverige sedan i vart fall 1920-talet.

Fram till 1950-talet skedde en ökning av antalet inseminationer i Sverige. Dåvarande medicinalstyrelsen gjorde en undersökning för tiden juli 1945 – juni 1948 angående inseminationsverksamhetens omfattning. Av undersökningen framgår att det under den tidsperioden utfördes 95 inseminationer i Sverige. Dessa resulterade i 7 graviditeter.

I förslaget till ny föräldrabalk (SOU 1946:49) uttalade ärvdabalkssakkunniga att insemination förekom i så ringa utsträckning att man inte behövde ta hänsyn till dessa fall i lagstiftningen. De sakkunniga ansåg att eventuella tvistefrågor kunde avgöras genom rättspraxis utan stöd av särskilda lagbestämmelser. I fråga om det fallet att hustrun i äktenskapet med mannens samtycke genomgått "konstgjord befruktning" menade de sakkunniga att man kunde hämta ledning i stadgandet i 2 kap. 2 § andra stycket i förslaget (motsvarar 2 kap. 1 § andra stycket FB i dess lydelse före den 1 januari 1977). Enligt detta lagrum kunde mannen inte väcka talan om han, sedan han fått veta att modern haft samlag med annan man, efter barnets födelse erkänt barnet som sitt. De sakkunniga menade att mannens samtycke till konstgjord befruktning fick betraktas som ett medgivande till att det barn som kunde bli frukten av denna skulle anses ha äktenskaplig börd.

I sitt yttrande över ärvdabalkssakkunnigas förslag hävdade dåvarande medicinalstyrelsen att en rättslig reglering borde genomföras och att denna borde avse dels rätten att utföra insemination och dels frågan om barnets börd. Sedan medicinalstyrelsen senare i skrivelse närmare utvecklat skälen

för detta tillsattes år 1947 en utredning som antog namnet inseminationskommittén.

Ämnet var också föremål för diskussion vid 1951 års nordiska juristmöte i Stockholm. Professor O.A. Borum från Köpenhamn höll därvid ett anförande och sa bl.a. följande.

Insemination är i de nordiska länderna för närvarande fritt tillåten. En lagstiftning synes behövlig dels för att bestämma rättsverkningarna, dels för att reglera rätten därtill. Insemination av ogift kvinna bör, då barnet rättsligen icke får någon fader – om icke ”donor” undantagsvis påtager sig faderskapet – ”kun kunne ske under ganske saerlige betingelser, der såvidt muligt sikrer at kvinden alene vil vaere i stand til på fuldt forsvarlig måde at opdrage og forsorge barnet”. Insemination på gift kvinna – vilken liksom hennes make bör vara minst 25 år gammel – bör icke heller ske ”når kvinden og aegtemanden efter laegens skøn savner forudsætningerne for at opdrage og forsørge barnet”.

2.2 1953 års lagförslag

Inseminationskommittén avgav år 1955 ett betänkande (SOU 1953:9). Betänkandet avhandlade bara givarinsemination. Förslaget utgår enligt den tidens synsätt från att kvinnan vill och skall föda barn och att detta skall ske inom äktenskapet. Kommittén var inte odelat positiv till insemination och förordade en restriktiv lagtolkning.

Kommittén föreslog att en särskild lag skulle införas angående inseminationer. Här följer en sammanfattning av lagförslaget.

1 § *Denna lag äger tillämpning å sädesöverföring (insemination) som läkare utför på gift kvinna med säd från annan än maken.*

Lagen skulle bara gälla givarinsemination på gifta kvinnor. Beträffande makeinsemination ansågs inte behövas någon lagstiftning då barnet där intar samma rättsliga ställning som om befruktning skett på naturlig väg, eftersom makens sperma använts. Någon nedre åldersgräns för insemination nämns inte i lagförslaget men kommittén ansåg att makarna borde vara över 25 år. I lagförslaget definierades inte begreppet insemination. Om fråga uppkom om tolkning hänvisades till rättspraxis. Kommittén avsåg med begreppet insemination sädesöverföring från man till kvinna på annat sätt än genom samlag.

2 § *Insemination må utföras endast å lasarett, därmed jämförlig allmän anstalt eller sjukstuga av där anställd läkare med specialutbildning i gynekologi. Utan hinder härav må dock medicinalstyrelsen medgiva viss läkare att utföra insemination å anstalt som nyss sagts eller å annan anstalt. Vid sådant medgivande äger medicinalstyrelsen fästa de villkor som prövas erforderliga.*

Insemination skulle enligt förslaget utföras av läkare med specialistutbildning inom gynekologi enligt 1915 års lag om behörighet att utöva läkarkonsten. Om medicinalstyrelsen medgav annan att utföra insemination fick vissa villkor sättas. Kommittén ansåg att rätten att utföra insemination borde begränsas till vissa läkare. Bakgrunden till detta var att insemination inte skulle ske i olämpliga fall och att läkarna skulle vinna erfarenhet vid de

speciella problem som uppstod vid givarinsemination. Kommittén ansåg därför att det i 1915 års lag borde intas ett förbud för annan än läkare att utföra givarinsemination. Om kvinna utfört givarinsemination på sig själv ansågs dock detta inte straffbart. Hade donator verkställt ingreppet skulle omständigheterna i det enskilda fallet avgöra om det var straffbart eller inte. Lagen om givarinsemination föreslogs inte gälla i dessa fall.

3 § *Insemination må ej äga rum, med mindre maken samtyckt därtill.*

Läkarpraxis ansågs förutsätta att makarna gemensamt samtyckt till givarinseminationen. Läkaren borde också övertyga sig om att båda makarna övervägt beslutet noga. I vilken form makes samtycke skulle lämnas överläts till läkaren att besluta om, dock rekommenderades skriftlig form. Om samtycke skett skriftligt borde detta tillfogas den specialjournal som förordades. I annat fall skulle anteckningar göras i den ordinarie sjukjournalen.

4 § *Det ankommer på läkaren att utse lämplig sädesgivare. Till sädesgivare må utses någon, som makarna anvisar, om han samtyckt därtill. I annat fall åligger det läkaren att vidtaga lämpliga åtgärder för att hindra att makarna får vetskap om vem sädgivaren är samt att denne får vetskap om vem kvinnan är.*

Läkaren skulle enligt förslaget vara skyldig att utse lämplig givare med goda fysiska och psykiska egenskaper. Anskaffandet skulle ske med "omdöme, takt och diskretion". Samma sädesgivare fick inte anlitas i alltför många fall, bl.a. med tanke på dolda sjukdomar och framtida oavsiktliga halvsyskonäktenskap. Läkaren skulle pröva lämpligheten hos givaren även om denne utsetts av makarna.

Kommittén förordade att valet av givare borde ske med försiktighet med tanke på de risker som var förknippade med det. Risker som nämndes var att kvinnan känslomässigt kunde känna sig dragen till givaren och att denne kunde röja inseminationen för utomstående. Givarens fysiska och psykiska läggning borde likna makarnas. Läkaren skulle avgöra om han ansåg att givaren borde ha uppnått viss ålder, vara gift och/eller ha egna barn. Läkaren borde också kontrollera att givaren inte var släkt med kvinnan i rakt upp- eller nedstigande led, eller var hennes bror eller halvbror. Läkarens skyldighet att hemlighålla de berörda parternas identitet för varandra avsåg inte att bevara anonymiteten om inte båda parterna ville det.

5 § *Mot sädgivaren må icke väckas talan om faderskap till barn som avlats med säden.*

Om barnet föddes inom äktenskapet gällde faderskapspresumtionen, vilket innebar att maken automatiskt räknades som far till barnet. Kommittén menade att om makarna gemensamt ansökt om givarinsemination borde båda ansvara för barnet. Maken skulle därför inte kunna väcka talan om faderskapet.

Givaren hade vid donationen utgått från att maken samtyckt till givarinseminationen och att denne därmed påtagit sig faderskapet. Därför skulle givaren inte kunna förklaras vara far vid ett eventuellt faderskapsmål. Den ende som skulle kunna väcka talan om faderskapet var barnet. Om barnet förklarades sakna äktenskaplig börd skulle givaren kunna frivilligt erkänna barnet som sitt.

6 § *Läkare, vilken utför insemination i strid med denna lag eller bryter mot*

vad i 4 § andra stycket andra punkten stadgas, dömes, där ej förseelsen eljest är belagd med strängare straff, till dagsböter.

Läkarens tystnadsplikt var underordnad andra straffbud. Läkaren var underkastad ämbetsansvar och skulle därmed kunna dömas enligt strafflagen.

7 § Konungen eller den myndighet Konungen förordnar äger meddela erforderliga bestämmelser angående tillämpningen av denna lag.

Denna paragraf föreslogs vara en ventil om behov skulle uppkomma som man inte tänkt på i lagen eller inte ansett det nödvändigt att meddela lagbestämmelser om.

Förslaget ledde inte till någon lagstiftning. Vad som var orsaken till detta går inte att få någon säker uppfattning om. Det kan ha berott på att man från departementshåll ansåg att det förekom för få inseminationer i Sverige för att en lagreglering skulle vara motiverad. En annan orsak kan ha varit att starka intressegrupper motsatte sig en legalisering. Förmodligen bidrog även det förhållandet att det fanns svenska barn att adoptera.

2.3 Den fortsatta utvecklingen

Intresset för insemination har sedan 1950-talet och framför allt under det senaste årtiondet ökat alltmer både i Sverige och i utlandet. Som framgår av den undersökning som vi utfört (se kap. 4) föds det i Sverige för närvarande minst 230 barn varje år som avlats efter givarinsemination. I hela Europa lär varje år födas minst 2 000 barn och i USA minst 10 000 barn. De senaste årens utveckling tyder på att efterfrågan på insemination som en metod att avhjälpa barnlöshet kommer att fortsätta att öka de närmaste åren.

Trots den förhållandevis stora utbredningen av inseminationsverksamheten i världen saknas i de flesta länder - däribland i hela Västeuropa - över huvud taget rättslig reglering och samhällskontroll av verksamheten. Detta framgår närmare av redogörelsen i nästa kapitel om utländska förhållanden i fråga om inseminationer.

3 Verksamhet och rättslig reglering i fråga om inseminationer i utlandet

3.1 De nordiska länderna

3.1.1 Finland

I Finland har barnlöshetsproblem under senare år allt oftare lösts genom insemination. Det finns för närvarande ingen lagstiftning som rättsligt reglerar verksamheten. År 1955 avgav en statlig kommitte ett betänkande med förslag till rättslig reglering av inseminationsverksamheten. Vid den tidpunkten ansågs emellertid inte att det förelåg något behov av att lägga fram en proposition i saken. Nu anses behovet av lagstiftning på området uppenbart.

Medicinalstyrelsen i Finland tillsatte i december 1982 en arbetsgrupp med representanter från bl.a. socialstyrelsen och justitieministeriet för att utreda förekomsten av och praxis i fråga om inseminationer i Finland samt vilka problem av juridisk, medicinsk, social och etisk art som kan finnas. Arbetsgruppen skall med utgångspunkt i vad man får fram närmare analysera behovet av lagstiftning. Arbetet skall vara slutfört i juni 1984.

I Finland föds för närvarande 50-100 barn efter givarinsemination. Insemination utförs huvudsakligen av sjukhusläkare i deras fritidspraktik. 10-20 läkare sysslar med insemination i Finland.

Givarna utses vanligen genom kontakter som läkaren har. Blandning av sperma från olika givare eller från givaren och kvinnans make eller sambo förekommer inte. Vanligtvis erhåller givaren ingen ersättning för donationen. I Åbo får givaren dock cirka 150 kr. för varje spermagivning.

Givarinsemination utförs på både gifta kvinnor och kvinnor som sambor med en man. Däremot får ensamstående kvinnor inte insemination.

Det är vanligt att läkaren försöker tillmötesgå inseminationsparet i fråga om utseende och egenskaper hos givaren. Läkaren garanterar absolut sekretess i alla avseenden vid inseminationen.

Anordningar för frysning av sperma finns i Helsingfors och Åbo.

3.1.2 Norge

Verksamheten med insemination har de senaste åren tilldragit sig ett allt större intresse och förekommer nu vid fem regionsjukhus i Norge. Huruvida privatpraktiserande gynekologer sysslar med sådan verksamhet finns inga uppgifter om.

Man räknar med att det för närvarande föds 120–150 barn efter givarinsemination i Norge. De flesta givare är medicine studerande. Givarinsemination förekommer såvitt känt bara på gifta par. Givarinseminationen tillgår så att kvinnan behandlas med sperma från fyra olika givare i varje menstruationscykel. Detta gör att möjligheterna att identifiera den biologiske fadern i efterhand är mycket små. Givaren får 100 kr. för varje donation. Beloppet avses täcka utgifter och betalas av sjukhuset. I kvinnans journal finns inga upplysningar om inseminationsbehandlingen. Uppgifter om denna och om givarna har bara den ansvarige läkaren och dennes sekreterare tillgång till.

Givaren och kvinnan garanteras fullständig sekretess. Man rekommenderar inseminationsparet att hålla hemligt för barnet hur det kommit till.

Någon social utredning av inseminationsparet förekommer inte på annat sätt än att den ansvarige läkaren har ett samtal med de inblandade.

En anordning för frysning av sperma finns i Norge. Den har hittills bara använts för att frysa ner sperma från cancerpatienter som skall genomgå strålbehandling och därmed sannolikt bli sterila. Avsikten är att sperman skall kunna användas för makeinsemination.

I Norge finns inga lagbestämmelser i fråga om inseminationer. Bestämmelserna om faderskapet till barn överensstämmer i huvudsak med motsvarande svenska bestämmelser. En skillnad är emellertid att ett faderskapserkännande inte behöver godkännas av någon myndighet för att bli giltigt samt att det i princip inte går att föra talan om hävande av erkännandet. En annan avvikelse är att faderskapstalan måste väckas inom tre år från barnets födelse.¹

Justitieministern i Norge har på fråga i folketinget an gående lagreglering i fråga om inseminationer som sin uppfattning uttalat att de nuvarande bestämmelserna om barnets börd är tillräckliga för att skydda även ett inseminationsbarn. Han kommer att ta ställning till frågan om utredning av denna sak sedan den svenska utredningen avgett sina förslag i ämnet.

3.1.3 Danmark

Danmark är enligt uppgift det land i Norden som har den mest omfattande verksamheten med givarinsemination. Det finns uppgifter om att ungefär 450 kvinnor insemineras varje år i Danmark, de flesta vid sjukhus.

Inte heller i Danmark finns någon lagstiftning i fråga om inseminationer. Ett lagförslag från år 1953 ledde inte till någon lagstiftning.

Man anser på ansvarigt håll i Danmark att det för närvarande inte finns något behov av att närmare utreda frågan om lagstiftning i fråga om inseminationer. Bestämmelserna om barnets börd – som mycket liknar de svenska bördreglerna – anses vara tillräckliga som skydd för ett barn som tillkommit genom insemination.

¹ Jfr. den svenska preklusionsregeln före år 1977.

3.2 Europa

3.2.1 Västtyskland

Insemination (såväl givarinsemination som makeinsemination) förekommer vid vissa universitetskliniker och hos några privatpraktiserande läkare.

Det finns inga särskilda lagbestämmelser som rör insemination. Enligt förbundsregeringens uppfattning ankommer det på den mottagande kvinnans make att avgöra om givarinsemination skall få komma till stånd. Likaså ankommer det på den ifrågavarande läkaren och givaren att avgöra om de vill medverka vid en givarinsemination.

Enligt gällande bestämmelser om barns börd anses ett barn som föds i ett äktenskap eller inom 302 dagar efter dess upplösning som barn till kvinnans make även om mannen inte avlat barnet. Mannen är emellertid behörig att bestrida faderskapet. I litteraturen är det en omstridd fråga om en man kan bestrida ett faderskap om barnet avlats genom givarinsemination och mannen samtyckt till inseminationen. Något rättsfall om detta förekommer såvitt känt inte. Även barnet kan bestrida ett faderskap i vissa fall t.ex. när moderns äktenskap är upplöst. Såvitt känt förekommer inte något rättsfall där ett barn bestritt sin äktenskapliga börd på grund av att det avlats genom givarinsemination.

En läkare som medverkat vid givarinsemination har tystnadsplikt. Han är dock gentemot barnet skyldig att lämna erforderliga upplysningar angående inseminationen om syftet därmed är att barnet skall kunna få kunskap om sitt biologiska ursprung. En förutsättning är att barnet gör gällande att det har ett berättigat intresse av att få sitt biologiska ursprung fastställt.

Från rättsmedicinskt håll rekommenderas de läkare som sysslar med givarinsemination att endast använda sperma från en givare vid varje behandling, att ge de inblandade information om det gällande rättsläget i fråga om insemination samt dokumentera behandlingen på ett invändningsfritt sätt.

Sjukförsäkring gäller i Västtyskland endast i fråga om åtgärd för att bota eller lindra en sjukdom. Insemination anses inte som en åtgärd för att behandla en sjukdom.

Det föreligger för närvarande inga planer på att ändra nuvarande rättsregler.

3.2.2 Frankrike

Par som är ofrivilligt barnlösa har sedan många år haft möjlighet att få såväl makeinsemination som givarinsemination i Frankrike. Möjligheten att lagra sperma i s.k. spermabank har gett utökade möjligheter att bedriva inseminationsverksamhet. Detta teknikens framsteg har lett till upprättandet av medicinska inrättningar (s.k. C.E.C.O.S-centraler) som har status som föreningar. Vid dessa centraler följer man gemensamma riktlinjer. Man har också utformat en medicinsk etik kring insemination och då särskilt kring givarinsemination. Följande principer gäller: Donation utan ekonomisk

ersättning, strängt urval av givare, noggrann hälsokontroll av de inblandade samt absolut tystnadsplikt.

Möjligheten att frysa ner sperma har möjliggjort för män som löper risk att bli sterila genom behandling eller sjukdom att få sin sperma bevarad för senare insemination av hustrun.

Givarinsemination har fört med sig två juridiska frågor som skapat förvirring. Enligt ett rättsfall från år 1976 kan maken nämligen förneka barnet trots att han har gått med på att barnet avlats genom givarinsemination (jfr det så kallade Haparandafallet).¹ Enligt fransk rätt kan också släktskap fastställas mellan barnet och den biologiske fadern (givaren).

Andra problem som rör medicinsk etik uppkommer i takt med givarinseminationens utbredning. Nuvarande ordning i fråga om nerfrysning och utlämnande av sperma har lett till olika praxis mellan å ena sidan C.E.C.O.S., som följer bestämda regler och har en forskningsuppgift, och å andra sidan vissa andra organisationer som har mycket mildare regler för mottagande och utlämnande av sperma. Så t.ex. tillåter C.E.C.O.S. endast givarinsemination på gifta kvinnor. En annan organisation (C.E.F.E.R.H.) låter alla kvinnor som önskar – utan hänsyn till familjeförhållanden – bli befruktade på detta sätt.

En motion som antogs av senaten den 8 juni 1980 innehåller bl.a. följande förslag. Givarinsemination får endast utföras med makens skriftliga samtycke. Rätt att väcka talan om förnekande av faderskapet föreligger inte om maken gett sitt samtycke till givarinsemination. Rätt för barnet att väcka talan om faderskapet föreligger inte heller. Inget släktskap får fastställas mellan givaren och inseminationsbarnet.

Utlåtande från "La Commission des Affaires Sociales" (utskottet för sociala frågor) med anledning av motionen visar klart lagstiftarens vilja att förbehålla den gifta kvinnan rätten till givarinsemination.

Motionen hade ännu i september 1982 inte tagits upp till diskussion i Nationalförsamlingen.

3.2.3 Storbritannien

Insemination som en metod att avhjälpa ofrivillig barnlöshet har stor utbredning i Storbritannien. Det finns uppgifter om att upp till 2 000 barn tillkommer varje år genom givarinsemination.

Insemination utförs såvitt känt bara av privatpraktiserande läkare.

Givarna används i allmänhet obegränsat under ett år. De är garanterade fullständig anonymitet. En givare får 10-15 pund (100-150 kr.) för varje spermagivning.

Vanligtvis tycks inseminationsparet få betala följande avgifter för inseminationsbehandlingen: Motsvarande 400 kr. för den inledande rådgivningen, 450 kr. för vardera av de tre första behandlingarna samt 150 kr. för eventuella efterföljande behandlingar.¹

Det finns inga speciella lagregler i fråga om insemination i Storbritannien. Ett barn som tillkommer genom givarinsemination anses som utomäktenskapligt ("illegitimate"). Barnet registreras med "fader okänd". Att

¹ Se 7.1.

² Sifferuppgifterna härrör från år 1982.

registrera kvinnans make som rättslig far till ett sådant barn är att anse som ett brott mot bestämmelserna om barnets börd.

Några lagbestämmelser om rätt för ett barn att få kunskap om sitt ursprung finns inte.

Det har enligt uppgift nyligen tillsatts en statlig utredning i England med uppgift att utreda behovet av lagstiftning i fråga om inseminationer.

3.2.4 Nederländerna, Österrike och Schweiz

Några speciella lagbestämmelser om insemination finns inte i dessa länder.

3.2.5 Ungern

I en förordning utfärdad av hälsoministeriet i Ungern år 1981 finns föreskrifter av huvudsakligen följande innehåll.

Insemination får utföras på en ungersk kvinna som är under 40 år och som inte kan få ett friskt barn på naturligt sätt.

Insemination får utföras bland annat på gynekologiska kliniker vid medicinska universitet och – efter tillstånd av hälsoministeriet – vid andra hälsoinstitutioner.

Samtycke till insemination skall lämnas av båda makarna och godkännas av läkaren. Samtycket kan återkallas före inseminationen av båda makarna eller av kvinnan ensam.

Journalanteckningar rörande insemination skall vara sekretesskyddade och får inte förstöras.

Som spermagivare får endast användas en frisk man utan ärftlig sjukdom.

Läkaren och all övrig personal på sjukhuset är skyldiga hålla alla uppgifter om givaren och inseminationen hemliga.

3.2.6 Sovjetunionen

Det finns ingen lagstiftning om inseminationer i Sovjetunionen.

3.3 Europarådet

Frågor med anknytning till insemination har de senaste åren behandlats inom Europarådet. Sålunda utarbetades inom dess kommitté för rättsligt samarbete¹ i december 1978 ett förslag till rekommendation i ämnet. Förslaget innehöll i huvudsak följande bestämmelser.

1. Bestämmelserna gäller bara givarinsemination.
2. Givarinsemination får bara äga rum om det föreligger tillfredsställande förhållanden för att säkra det blivande barnets välfärd. Givarinsemination får bara utföras på ansvar av en läkare.

¹ European Committee on Legal Co-operation (CDCJ).

3. Ingen mans sperma får användas för givarinsemination utan givarens samtycke. Samtycke från kvinnan och, om hon är gift, från hennes make, måste finnas för att givarinsemination skall få komma till stånd. Det ankommer på den ansvarige läkaren att se till att uttryckliga samtycken lämnats.

4. En läkare eller medicinsk inrättning som tar emot sperma för givarinsemination måste göra erforderliga medicinska undersökningar i syfte att undvika överföring från en givare av en ärftlig eller smittosam sjukdom eller annan faktor som kan medföra fara för kvinnans eller det blivande barnets hälsa. Dessutom måste den ansvarige läkaren vidta alla nödvändiga åtgärder i övrigt för att undvika fara för kvinnans eller det blivande barnets hälsa.

5. Den läkare eller den medicinska inrättning som mottar sperma likaväl som den ansvarige läkaren måste hålla givarens identitet hemlig. Beroende på rättegångsbestämmelsernas krav skall även kvinnans och, om hon är gift, makens identitet hållas hemliga likaväl som det faktum att insemination förekommit. Läkaren skall inte utföra insemination om det finns skäl befara att sekretessen inte kan bevaras.

6. Inget arvode skall ges för donation av sperma. Dock skall möjlighet finnas att få ersättning för förlorad arbetsförtjänst, resor och andra kostnader som direkt förorsakats av donationen. En person eller en offentlig eller privat organisation som erbjuder sperma för insemination får inte göra det för förtjänstens skull.

7. När givarinsemination ägt rum med makes samtycke skall barnet anses som fött i äktenskapet mellan kvinnan och hennes make och ingen skall kunna bestrida den äktenskapliga bördens bara på den grunden att barnet avlats genom insemination. Givaren får inte genom faderskapsfastställelse förklaras som far till barnet. Inga processer om underhållsbidrag för barnet får föras mot givaren eller av givaren mot barnet.

CDCJ:s rekommendationsförslag antogs inte av Europarådets ministerkommitté.

Frågor kring inseminationer har också diskuterats inom Europarådets parlamentariska församling. Kommittén för rättsliga frågor inom denna församling uttalade efter överläggningar i september 1981 i huvudsak följande åsikter angående inseminationer.

Det föreligger ett visst rättsligt vakuum i fråga om inseminationer i Europarådets medlemsstater liksom i andra länder över hela världen. Det är svårt att internationellt komma överens om några huvudprinciper på området med hänsyn till de stora skillnaderna mellan staterna i t.ex. religiöst, kulturellt och socialt hänseende.

När man diskuterar insemination bör i första hand inseminationsbarnets intressen beaktas. Barnet är den av de inblandade som har minsta möjligheten att kunna uttrycka någon åsikt i saken. Ändå är det barnet som sannolikt mest berörs av saken. Därför bör bestämmelser om insemination göras så klara som möjligt. Vidare bör samtycken från föräldrarna och givarna vara så bindande som möjligt.

Det bör övervägas om annan än rent medicinsk expertis (t.ex. psykiatrer) bör medverka vid beslut om att ge insemination.

Liksom vid adoption skulle vissa villkor för insemination kunna diskuteras.

ras. Måste det t.ex. vara ett par med en man och en kvinna som begär insemination? Skall mannen och kvinnan vara gifta eller räcker det med att de lever i ett stadigvarande förhållande? Skall paret vara lyckligt, socialt välfungerande, ha god ekonomi, ha en viss men inte för hög ålder?

När det gäller att välja ut en givare får hänsyn tas både till barnets intresse (barnet bör inte vara alltför olik sin rättslige far) och till att det inte får finnas något rasförädlade syfte.

Givarens behov av att få vara anonym kan i viss utsträckning ifrågasättas om man ser till barnets bästa. Om läkaren bevarar viss information om givarens identitet t.ex. givarens medicinska journal (vilket kan vara tillrådligt) kan det vara svårt att inte följa den allmänna tendens som finns i dag i samhället om rätt för en person att få veta vad samhället känner till om honom eller henne (jfr t.ex. information om personuppgifter från dataregister).

En grundläggande förutsättning för insemination bör vara att behandling- en är ett botemedel i en situation där en man och en kvinna på grund av ofruktsamhet eller ärftlig sjukdom hos mannen eller av annan orsak inte kan eller bör få barn tillsammans på ett naturligt sätt. Ett sådant synsätt leder till vissa logiska slutsatser. En av dessa är att en ensamstående kvinna eller ett lesbiskt par kommer att uteslutas från möjligheten att få givarinsemination. I dessa fall finns inga naturliga förutsättningar för avlande av ett barn. En annan konsekvens av detta resonemang är att en man och en kvinna som under många år försökt att få barn utan resultat är i en sådan situation där det ifrågavarande botemedlet behövs. Det är teoretiskt utan betydelse om mannen och kvinnan är gifta med varandra eller inte eller om de har varit gifta. Det är en politisk fråga om bestämmelser om insemination skulle kunna innefatta sådana konsekvenser. Varje rekommendation från Europarådet skulle sannolikt behöva lämna denna fråga åt den nationella lagstiftningen.

Det finns ett stort behov av klara regler när det gäller samtycke från de inblandade och när det gäller barnets börd. Om ytterligare villkor bör krävas i sammanhanget har i stort att göra med frågan om vilken hänsyn som bör tas till barnets välfärd. Kommittén varnar starkt för villkor som på ekonomiska, sociala, geografiska eller etniska grunder diskriminerar grupper av föräldrar. Här är en svår balansgång när det gäller att lagstifta om och administrera en verksamhet med insemination. Kanske kan viss ledning – särskilt i fråga om givarinsemination – hämtas från adoptionsförfarandet.

Fasta regler måste eftersträvas när det gäller hanteringen av sperma och andra medicinska aspekter. Allvarlig ärftlig sjukdom måste undvikas. Men bortsett från detta bör rasförädlade syften med givarinsemination förbjudas. Ett sådant förbud bör inte utesluta önskemål vid givarinsemination om att få ett barn som bl.a. utseendemässigt liknar sina rättsliga föräldrar så mycket som möjligt.

En särskild fråga som bör diskuteras rör användningen av fryst sperma. En dag kommer tekniken att vara så perfekt och ha funnits så länge att en givare kan bli biologisk far långt efter sin död. Detta skapar helt klart svåra etiska problem. Om det i sammanhanget finns andra problem av medicinsk eller biologisk art återstår att se. Det förefaller emellertid lämpligt att överväga en gräns för hur lång tid – dock längst till givarens död – som en givares sperma

skall få bevaras.

Givaren är – som ordet anger – en som ger. Hans rättigheter är få och gottgörelsen för hans tjänster är och bör vara liten. Utgångspunkten måste vara att hans motiv att ställa upp som givare är ideellt och att han därför måste vara beredd att låta andras intressen gå före. Hans säkerhet ligger i att ett samtycke från honom krävs för användande av hans sperma samt att hans personliga anonymitet respekteras. Å andra sidan måste han inse att han inte har någon rätt att få reda på hur många inseminationsbarn han varit upphov till, var och hur dessa barn lever etc. – En dag kommer det kanske att bli mycket svårt att finna givare.

Kommittén kom efter dessa uttalanden till slutsatsen att det torde vara ogenomförbart för Europarådet att rekommendera allmänna regler i syfte att få till stånd lagstiftning på detta område i de olika medlemsstaterna.

Enligt uppgift ligger arbetet med utarbetande av en rekommendation för närvarande nere i Europarådet såväl vid dess ministerkommitté som dess parlamentariska församling.

3.4 USA

3.4.1 Gällande praxis

Under 1977-1978 gjordes en undersökning¹ angående gällande praxis i fråga om givarinseminationer i USA. I undersökningen, som byggde på en enkät till 711 gynekologer i USA, framkom bl.a. följande.

Mellan 6 000 och 10 000 barn föddes i USA under år 1977 efter givarinsemination. Givarna, som till övervägande del var medicine studeranden eller universitetsstuderanden, valdes vanligen ut av den ansvarige läkaren. De flesta läkare eftersträvade likhet mellan kvinnans make och givaren. Avgiften för kvinnan för varje behandling låg motsvarande mellan 150 och 250 kr.

En tredjedel av läkarna använde sig av fryst sperma. De flesta förvarade den frysta sperman i högst tre månader. Endast ett fåtal förvarade sperman mer än 24 månader.

Merparten av läkarna gjorde två inseminationsbehandlingar per menstruationscykel. Genomsnittligt blev den behandlade kvinnan gravid efter drygt tre månaders behandling. Som regel avbröts behandlingen om inte kvinnan blivit gravid efter sex månader.

Hälften av läkarna använde samma givare inom en och samma menstruationscykel men olika givare för varje ny cykel. Bara två läkare blandade sperma från givaren med sperma från kvinnans make.

De flesta läkarna använde aldrig samma givare för mer än sex graviditeter.

Nästan alla läkare (92 %) behöll anteckningar angående insemination beträffande kvinnan. Endast en minoritet (37 % respektive 30 %) behöll däremot anteckningar om barnet respektive givaren.

Hela 83 % av läkarna motsatte sig en lagstiftning om att behålla anteckningar om barnet eller givaren. Anledningen till detta var dels att man ville försäkra sig om privatlivets helgd och dels att man ville skydda givarens anonymitet.

¹ Martin Curie Cohen, Lesleigh Luthell och Sandor Shapiro: Current practice of artificial insemination by donor in the United States, The New England Journal of Medicine, March 15, 1979, Vol. 300, No. 11.

3.4.2 Lagstiftning

I 14 delstater¹ finns för närvarande lagbestämmelser om insemination. I det följande lämnas en kortfattad redogörelse för lagstiftningen i dessa stater.

Lagstiftningen i *Kalifornien* begränsar sig till att behandla dels det rättsliga förhållandet mellan den inseminerade kvinnans make och barnet som fötts efter givarinsemination och dels förhållandet mellan givaren och barnet. De ifrågavarande bestämmelserna antogs år 1975. Enligt dessa bestämmelser får maken och barnet samma rättsliga ställning i förhållande till varandra som om barnet avlats på naturlig väg i äktenskapet. Givaren anses i rättslig mening inte vara far till barnet. Formellt uppställs som krav att det är en legitimerad läkare som övervakar förfarandet samt att maken skriftligen samtycker till inseminationen. Samtycket skall undertecknas av mannen och hustrun. Läkaren skall bevittna deras namnteckningar samt bevara samtycket som en del av den medicinska journalen. Dokumentation skall hållas hemlig och får endast lämnas ut efter domstolsutslag.

Det råder osäkerhet i *Kalifornien* om lagen skall tolkas så att den även tillåter givarinsemination på ogifta kvinnor.

Den nuvarande lagstiftningen i *Kalifornien* föregicks av ett prejudicerande rättsfall på detta område.¹ Avgörandet av *California Supreme Court* i detta mål är helt i linje med senare lagstiftning, innebärande att maken, i förhållande till ett barn som fötts efter givarinsemination, har samma ekonomiska skyldigheter som åvilar en far i förhållande till ett barn som fötts i äktenskap.

Liksom i svensk lagstiftning finns i *Kalifornien* en bestämmelse om s.k. faderskapspresumtion vid äktenskap innebärande att om ett barn föds inom ett äktenskap skall kvinnans make i princip anses som far till barnet. Om det däremot kan visas att mannen inte är far till barnet finns möjlighet att föra talan om saken. Sådan talan skall enligt kalifornisk rätt föras inom två år från barnets födelse. Har barnet fötts efter givarinsemination med samtycke från maken får sådan talan emellertid inte föras.

Delstaten *Oregon* har i fråga om insemination den mest ingående och klagörande lagstiftningen av de amerikanska delstaterna. Begreppet insemination definieras som "införande av sperma i en kvinnas slida eller livmoder med hjälp av ett instrument eller på annat konstlat sätt". Endast legitimerad läkare får utföra inseminationen och välja ut givare. Insemination får inte genomföras utan kvinnans skriftliga begäran och medgivande. Om hon är gift krävs även skriftlig begäran och godkännande av maken. Givarinsemination tillåts alltså uttryckligt också på ogifta kvinnor i *Oregon*.

Liksom i *Kalifornien* skall läkaren bevittna begäran och godkännandet. Denna dokumentation skall hemligstämplas och får endast lämnas ut efter domstolsutslag.

När det gäller bestämmelserna om rättigheter och skyldigheter för barnet och givaren är innehållet detsamma som i den kaliforniska lagstiftningen.

I delstaten *Washington* kan givaren anses som far till barnet om givaren och kvinnan i fråga skriftligt samtycker till att denne skall vara far. I övrigt innehåller lagen samma bestämmelser som *Kalifornien* och *Oregon* i fråga om det rättsliga förhållandet mellan barnet och kvinnans make samt mellan

¹ Alaska, Arkansas, Kalifornien, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, New York, North Carolina, Oklahoma, Oregon, Texas, Virginia och Washington.

¹ *People v. Sorenson* (1968).

barnet och givaren.

Övriga 11 delstater med lagstiftning om insemination har någon eller ett par bestämmelser om rättsförhållandet mellan kvinnans make och barnet efter samma mönster som Kalifornien och Oregon. I *Oklahoma* tillkommer en bestämmelse om att även den domare, som handlägger adoptionsfrågor i distriktet, skall godkänna kvinnans och hennes makes samtycken.

3.5 Kanada

Frågor som rör barnets börd m.m. regleras i Kanada huvudsakligen genom lagstiftning i de olika delstaterna. Det finns emellertid ett federalt organ som strävar efter att göra lagstiftningen i de olika delstaterna så enhetlig som möjligt.

År 1977 tillsatte den nationelle hälsovårdsministern en kommitté med uppgift att lämna förslag till departementet angående lagring och utnyttjande av mänsklig sperma. Kommittén avgav en rapport i maj 1982.¹

I en delstat, Quebec, har en lag om barnets börd vid insemination trätt i kraft under år 1982. I en annan delstat, Saskatchewan, föreligger sedan november 1981 ett lagförslag om insemination.² Förslaget har såvitt känt ännu inte lett till lagstiftning.

Den rådgivande kommitténs rapport till hälsovårdsministern innehåller i huvudsak följande förslag i fråga om givarinsemination.

1. Delstatslagar bör tillskapas för att tillförsäkra att ett barn som tillkommit genom gvarinsemination anses som fött i äktenskapet mellan modern och hennes make under förutsättning att maken samtyckt till insemination.
2. Federal lagstiftning, som ger normer i fråga om förvärv, förvaring och import av mänsklig sperma, bör tillskapas.

a) Normerna när det gäller sperma från en anonym givare bör så långt möjligt säkerställa att sperman inte är smittosam, att givaren inte har någon överföringsbar sjukdom, att spermaprovet har samlats in på lämpligt sätt och att förvaringsförhållandena inte onödigtvis försämrar kvaliteten hos spermaprovet.

b) För att minska risken för överföring av ärftlig sjukdom bör en noggrann genetisk undersökning göras av den tilltänkte givaren.

c) Det bör fastställas gränsvärden i fråga om givarspermans kvalitet.

d) En gräns bör fastställas för hur många graviditeter en och samma givare bör få vara upphov till.

e) Import av sperma från affärsmässigt drivna spermabanker bör vara förbjuden. Ingen ny spermabank bör få upprättas utanför universiteten eller annan statlig myndighet.

f) Långtidsstudier bör göras för att skapa ett bättre underlag för framtida riktlinjer i fråga om utväljandet av tilltänkta givare för insemination.

3. Gvarinseminationer bör tillåtas bara om det finns riktlinjer som skyddar givaren, mottagaren och barnet.

a) Journalanteckningar innehållande all viktig och tillgänglig information om givaren bör bevaras. I en särskild journal bör dokumenteras medicinsk historia, uppgifter om fysisk hälsa samt anteckningar angående laboratorie-

¹ Storage and utilization of human sperm. Advisory committee to the Minister of National Health and Welfare, Canada, 1981.

² Tentative proposals for a human artificial insemination act.

tester och efterbehandlingar i fråga om det mottagande paret och barnet.

b) Givaren bör genom lagstiftningen skyddas mot att bli utsatt för obehövliga rättsliga åtgärder. I sådana fall där det finns lagstiftning som skyddar givaren rekommenderas att det bevaras en länk mellan givarens och mottagarens journal.

c) Rådgivningen till det mottagande paret i fråga om givarinsemination bör innefatta en ingående diskussion om medicinska, etiska och rättsliga frågor samt familjefrågor.

d) De kliniker som erbjuder givarinsemination bör ha formulär rörande samtycke från givaren och det mottagande paret. Formuläret bör vara avfattat på ett begripligt språk och bör beskriva de risker och det ansvar som innefattas i verksamheten.

e) Blandning av sperma från olika givare bör undvikas.

Lagförslaget i Saskatchewan innehåller i huvudsak följande förslag i fråga om givarinsemination.

1. Endast läkare eller medicinsk personal som handlar under direkt kontroll av läkare får utföra insemination.

2. Varje givare skall lämna upplysningar till den undersökande läkaren – och om han känner till vem den tilltänkta mottagaren är, till henne – om varje sjukdom, genetisk defekt eller medicinska förhållanden hos honom eller hans nära släktingar, vare sig de är levande eller döda, som han känner till och som sannolikt gör honom olämplig som givare. Om givaren undanhåller sådana upplysningar kan den mottagande kvinnan och/eller barnet få rätt till skadestånd.

3. Alla läkare som utför insemination skall bevara journalanteckningarna från behandlingen.

4. Ingen person får i princip avslöja givarens, mottagarens eller barnets identitet. Om en sådan person avslöjas avsiktligt eller av oaktsamhet kan den avslöjade personen få rätt till skadestånd för bl.a. psykiskt lidande.

5. Journalanteckningar om insemination får inte användas som bevismaterial i en rättegång.

6. Om givaren är någon annan än kvinnans make har han inga rättigheter i förhållande till barnet. Han har inte heller några rättsliga skyldigheter gentemot barnet (t.ex. underhållsskyldighet). Han skall i rättslig mening inte anses som barnets far.

7. Ett barn som tillkommit genom givarinsemination skall i alla avseenden anses som moderns och hennes makes biologiska barn (t.ex. i fråga om arv, underhåll, vårdnad och förmynderskap).

8. Om en givare i samförstånd med den mottagande kvinnan lämnat sperma för insemination anses han vara far till inseminationsbarnet under förutsättning antingen att kvinnan var ogift eller levde skild från sin make eller att kvinnan var gift och hennes make inte hade samtyckt till inseminationen.

Lagen om barnets börd i Quebec innehåller bl.a. följande bestämmelser av betydelse vid givarinsemination.

1. Barn som föds inom äktenskapet eller inom 200 dagar efter dess upplösning eller ogiltighetsförklaring antas ha moderns make till far.

2. Om faderskapet inte kan fastställas med tillämpning av faderskapspresumtionen kan barnets börd också fastställas genom frivilligt erkännande.

Faderskapserkännandet sker genom att mannen anmäler att han är far till barnet.

3. Den presumerade fadern kan väcka talan om att han inte är far till barnet. Han måste väcka talan inom ett år från det han fått vetskap om barnets födelse.

4. Överklagande i fråga om bestridande av faderskap tas inte upp av domstol om barnet avlats genom insemination vare sig det gäller makeinsemination eller givarinsemination som skett med båda makarnas samtycke.

5. Alla berörda parter, fadern eller modern inbegripen, kan när som helst bestrida bördens hos den person vars "yttre omständigheter" inte överensstämmer med födelseattesten. Emellertid kan ingen bestrida en persons börd på den grund att denna avlats genom insemination.

3.6 Australien

Före år 1970 fanns ingen rapporterad inseminationsverksamhet av betydelse i Australien. Därefter har man på allt fler medicinska kliniker börjat utföra givarinseminationer. Man räknar med att ungefär 600 kvinnor fick givarinsemination vid sammanlagt 14 kliniker under år 1982. Det kan beräknas att det för närvarande föds mellan 300 och 400 barn årligen efter givarinsemination i Australien. Sammanlagt anses det finnas upp emot 10 000 inseminationsbarn i Australien.

Det finns i Australien över huvud taget inte någon lagstiftning i fråga om inseminationer. Enligt uppgift utreds emellertid för närvarande behovet av lagstiftning.

4 Kartläggning av inseminationsverksamheten i Sverige

4.1 Socialstyrelsens undersökning

Professor Per Bergman utförde år 1980 åt socialstyrelsen en undersökning angående givarinsemination vid svenska kvinnokliniker under åren 1975-1979. Av undersökningen framgår bl.a. följande.

Givarinsemination förekom under perioden vid tio kvinnokliniker. Under perioden utfördes vid dessa sammanlagt 7 004 givarinseminationer som resulterade i 663 barn. Under de två sista åren av undersökningsperioden föddes sammanlagt 305 barn.

Två gynekologer bedrev enligt undersökningen verksamhet med givarinseminationer i privat regi, den ene sedan 1976 och den andre sedan 1977. De redovisade 12 graviditeter var under perioden.

Givarinsemination tillämpades när kvinnas make/sambo var absolut eller i det närmaste helt steril och detta förhållande inte gick att behandla.

Fyra kliniker behandlade såväl gifta som ogifta kvinnor under förutsättning att de levde i ett stabilt parförhållande. Ingen klinik gav givarinsemination till en ensamstående kvinna.

Sperma togs från fysiskt och psykiskt friska män utan arvet belastning. Vid en klinik krävdes att givaren hade egna barn.

Givarinsemination föregicks alltid av ingående samtal mellan den ansvarige läkaren och inseminationsparet angående behandlingens innebörd samt dess praktiska och juridiska konsekvenser.

Samtliga kliniker använde färsk sperma. Två kliniker använde dessutom fryst sperma.

Vid sex av de tio klinikerna tillrättades makarna att hålla frågan om barnets ursprung hemlig.

Samtliga kliniker rapporterade enbart positiva erfarenheter av inseminationsverksamheten. Alla i landet verksamma läkare med erfarenhet av givarinsemination var oreserverat positiva till denna behandlingsform. Ingen av berörda läkare hade erfarit några problem när ett par fått ett inseminationsbarn.

4.2 Inseminationspars upplevelser efter givarinsemination vid Östra sjukhuset i Göteborg

Under åren 1976-1978 lämnades frågeformulär till 95 makar som återkom för att få ett andra inseminationsbarn. Kvinnan och mannen fick var sitt

formulär. Svaren avgavs anonymt. Sammanlagt 92 makar besvarade enkäten.

Samtliga var oreserverat positiva till givarinsemination och ansåg sig vilja rekommendera givarinsemination till andra makar i motsvarande situation. Hälften av makarna omvittnade att förhållandena i äktenskapet var lika goda nu som före barnsbörden. Den andra hälften ansåg att banden ytterligare stärkts och att makarna kommit varandra mycket närmare. Samtliga berättade att den andra kontrahenten glatt sig mycket åt graviditet och förlossning. Alla tyckte att maken/makan hade mycket god kontakt med barnet. Den "sociale" fadern syntes ägna mer tid åt barnen än flertalet biologiska fäder. Av dem som utfrågades 1978 hade 30 procent tagit ut föräldraledighet mot 12 procent som medelsiffra för landet i dess helhet. I 15 procent av fallen hade någon eller båda makarna informerat annan person om faderskapet till barnet. Vanligen rörde det sig om släktingar, främst mor- och farföräldrar. Samtliga par utom ett avsåg att bevara hemligheten om faderskapet. Det par som inte avsåg att bevara hemligheten upplevde insemination som en naturlig lösning på sitt sterilitetsproblem. Därför fanns det enligt deras uppfattning ingen anledning att dölja detta. Makarna ansåg det vara lika naturligt att berätta för barnet om insemination som om adoption.

Två par ansåg givarinsemination och adoption likvärdiga, övriga menade att givarinsemination utgjorde en bättre lösning. Följande skäl åberopades.

- hälften av arvsmassan hänför sig till familjen
- kvinnan får fullgöra sin biologiska mission
- båda makarna upplever graviditet och förlossning
- det verkliga faderskapet hemligstämplas.

I 26 av de 92 äktenskapen ansåg makarna att inseminationsbarnet var mer utvecklat än andra jämnåriga barn. Övriga tyckte att barnet visade samma utvecklingsgrad som andra jämnåriga. Den stora majoriteten var nöjd med handläggningen av sterilitetsproblemet och inseminationsbehandlingen. Två par anförde kritik över bristen på sekretess hos remitterande hemortslasarett.

4.3 Inseminationsutredningens undersökningar

4.3.1 Metod

Socialstyrelsens undersökning visar en fortgående utveckling av inseminationsverksamheten i Sverige under slutet av 1970-talet. Sålunda ökade antalet graviditeter som en följd av givarinsemination med mer än 50 % från år 1975 till 1979.¹

Enligt direktiven har utredningen till uppgift att i den utsträckning som det är möjligt kartlägga omfattningen av och formerna för inseminationer i Sverige. Med denna kartläggning som underlag bör utredningen ta ställning till om det behövs en reglering av själva verksamheten som sådan och hur en sådan reglering i så fall bör utformas.

¹ 164 graviditeter år 1979
mot 103 graviditeter år
1975.

Vi har ansett det angeläget att kartlägga inseminationsverksamhetens utveckling och utbredning efter den tid som socialstyrelsens undersökning avser. I detta syfte gick vi under sommaren 1982 ut med två enkäter. Den ena skickades till landets samtliga kvinnokliniker, sammanlagt 56 sjukhus. Den andra enkäten sändes till sammanlagt 420 läkare med angiven specialitet "kvinnosjukdomar och förlossningar" som bedömdes ha verksamhet utanför sjukhusens ram. I denna grupp ingick sålunda även gynekologer som hade sin huvudsakliga tjänstgöring på sjukhus men som därutöver bedrev så kallad fritidspraktik. Påminnelsebrev skickades ut till de sjukhus och gynekologer som inte hade svarat inom den begärda tiden.

Frågeformuläret till kvinnoklinikerna innehöll 55 frågor uppdelade på åtta avdelningar. För kliniker som inte sysslade med inseminationer räckte det att första avdelningen frågor besvarades.

Frågeformuläret till gynekologer, som bedrev verksamhet utanför sjukhusen, innehöll 41 frågor uppdelade på åtta avdelningar. De flesta frågor kunde besvaras genom ikryssning av rutor för alternativt ja eller nej. För gynekologer som inte höll på med inseminationer räckte det att första avdelningens frågor besvarades.

I båda frågeformulären lämnades utrymme för egna synpunkter på inseminationsverksamheten.

4.3.2 Sammanställning av undersökningarna om inseminationer under åren 1980-1981

I detta avsnitt sammanfattas de enkätsvar som lämnades. En utförlig redogörelse och siffermässig sammanställning av enkätsvaren lämnas i bilagorna 1 och 2.

Undersökningarna visar att insemination som en metod att avhjälpa barnlöshet har stor spridning i landet. Av landets 56 kvinnokliniker sysslar hälften (28 kliniker) med inseminationer. Fyra ytterligare kliniker avser att inom en nära framtid börja med inseminationsverksamhet. Av de kliniker som sysslar med inseminationer sysslar en med enbart givarinseminationer, nio¹ med både givar- och makeinseminationer samt 18 med enbart makeinseminationer.

Under åren 1980 och 1981 utfördes enligt förfrågningen hos landets kvinnokliniker sammanlagt 3 569 givarinseminationer. Dessa resulterade i cirka 420 barn. Man kan alltså genomsnittligt räkna med att det behövs nästan nio givarinseminationer för att åstadkomma en graviditet. Dessa resultat kan jämföras med socialstyrelsens undersökning för åren 1978 och 1979. Enligt den undersökningen föddes sammanlagt 305 barn under nämnda tidsperiod efter sammanlagt 3 285 givarinseminationer. Det har sålunda skett en mer än 30-procentig ökning av antalet barn födda efter givarinsemination på sjukhus jämfört med närmast föregående år. Jämfört med åren 1975 och 1976 är ökningen nästan 100 procent².

När det gäller de privatpraktiserande gynekologernas verksamhet med givarinseminationer finns ingen jämförande statistik. Vår undersökning tyder dock på att flera gynekologer börjat ägna sig åt verksamheten. Under åren 1980 och 1981 utförde sålunda fem gynekologer sammanlagt 408

¹ Kliniken vid Helsingborgs sjukhus har emellertid bara utfört två givarinseminationer under perioden.

² 213 barn föddes åren 1975-76 efter givarinsemination.

givarinseminationer som resulterade i 46 barn. Detta kan jämföras med socialstyrelsens undersökning enligt vilken två privatpraktiserande gynekologer under åren 1976-79 ansvarade för att sammanlagt 24 barn föddes efter givarinsemination.

Sammanlagt kan man alltså räkna med att det för närvarande varje år föds minst 230 barn efter givarinsemination i Sverige.

Makeinsemination som en metod att avhjälpa barnlöshet tycks ha stor utbredning i landet. Sålunda sysslar – som ovan nämnts – ungefär hälften av landets kvinnokliniker och åtminstone 26 privatpraktiserande gynekologer med sådan verksamhet. Omfattningen och utbytet av denna verksamhet tycks dock inte alls vara desamma som vid givarinsemination. Sålunda utfördes åren 1980 och 1981 sammanlagt 763 makeinseminationer vid kvinnokliniker och 422 makeinseminationer av privatpraktiserande gynekologer. Dessa behandlingar resulterade i 40 respektive 38 barn, alltså sammanlagt 78 barn.

Det är vanligt både vid kvinnokliniker och bland privatpraktiserande gynekologer, som inte sysslar med inseminationer själva, att de remitterar det barnlösa paret till en kvinnoklinik som sysslar med verksamheten.

Av svaren från kvinnoklinikerna som sysslar med givarinseminationer, framgår att det föreligger en förhållandevis stor efterfrågan hos inseminationsföräldrar att få ett helsyskon till inseminationsbarnet.

Givaren (vid givarinsemination)

Undersökningarna ger vid handen att det genomgående ställs vissa medicinska krav på givaren för att hans sperma skall användas för givarinsemination. Den medicinska undersökning som görs på givaren tycks dock mestadels vara ganska ytlig. Ofta tillfrågas givaren om sitt fysiska och psykiska tillstånd samt eventuella ärftliga sjukdomar vid ett samtal. Själva den medicinska undersökningen inskränker sig högst till en undersökning av sperman, en blodgruppsbestämning samt en kromosomanalys.

Någon egentlig psyko-social undersökning av givaren - förutom samtalet med den ansvarige läkaren - förekommer knappast.

Rekrytering av givare tycks vara ett allmänt problem både vid kvinnoklinikerna och hos de privatpraktiserande gynekologerna. Personliga kontakter tycks spela en stor roll i sammanhanget. Vissa kliniker rekryterar givare även utanför denna krets men det är påtagligt hur diskret man i allmänhet går tillväga. En vanlig kategori av givare tycks vara medicine studerande. Vid en klinik används befälselever vid ett regemente som givare.

Eftersom de flesta kliniker och privatpraktiserande gynekologer av ärftlighetsskäl sätter en gräns för hur många barn, som en givare får vara upphov till, räcker antalet givare inte till. Det vanligaste är att en givare får vara upphov till högst 4-6 barn.

Blandning av sperma är relativt ovanligt i Sverige och förekommer bara i den formen att sperman från givaren blandas med sperma från kvinnans make/sambo.

När det gäller ersättningen till givaren är en genomgående praxis att kvinnan genom förmedling av kvinnokliniken eller den privatpraktiserande gynekologen betalar givaren för dennes utlägg i form av resa, förlorad

arbetsförtjänst etc. Ersättningen är schabloniserad och uppgår vanligtvis till 200 kr. En klinik svarar själv för ersättningen och kvinnan betalar bara vanlig klinikavgift. En privatpraktiserande gynekolog har uppgett att ersättningen hos honom är "mycket stor".

Av svaren från såväl sjukhusen som de privatpraktiserande gynekologerna framgår att det genomgående föreligger en strävan att åstadkomma så stor likhet som möjligt mellan givaren och kvinnans make/sambo i fråga om ögonfärg, hårfärg och kroppsbyggnad. Krav i övrigt från inseminationsparet i fråga om givaren tillmötesgår inte.

Kvinnan

Vid såväl givar- som makeinsemination är ett genomgående krav att kvinnan är fruktbar, kroppsligt frisk samt har en normal och regelbunden ägglossning. Några mer ingående medicinska eller psyko-sociala undersökningar förutom fertilitetsutredning tycks inte förekomma.

Kvinnans make/sambo

Beträffande maken/sambon ställs huvudsakligen vissa medicinska krav som att han skall vara helt ofruktbar samt vid god fysisk och psykisk hälsa. Någon närmare undersökning utöver fertilitetsutredning och samtal med honom tycks inte förekomma.

Sekretess

Journalföringen vid givarinsemination är genomgående mer eller mindre ofullständig både vid kvinnoklinikerna och hos de privatpraktiserande gynekologerna. Vanligtvis förs några slags journalanteckningar angående inseminationsbehandlingen vid sidan av den vanliga journalföringen. Till dessa särskilda journalanteckningar har endast den ansvarige läkaren och möjligen hans assistent tillgång. Givaren kan i de flesta fall identifieras under längre eller kortare tid genom ett kodsysteem. Bara läkaren och assistenten har nyckeln till kodsysteem.

Hos de privatpraktiserande gynekologerna tycks journalföringen vara än mer ofullständig och godtycklig.

Rådgivning och utredning

Vid såväl kvinnoklinikerna som hos de privatpraktiserande gynekologerna tycks givarinsemination alltid föregås av ett eller flera samtal mellan den ansvarige läkaren och inseminationsparet. Vid dessa samtal diskuteras bl.a. de medicinska, etiska, juridiska och sociala aspekterna på insemination. Någon utredning – förutom de ovan nämnda medicinska undersökningarna – tycks i allmänhet inte förekomma för att utröna inseminationsparets lämplighet.

De flesta kliniker och privatpraktiserande gynekologer lämnar även någon form av rådgivning till givaren.

Det är synnerligen ovanligt att man gör någon uppföljande studie av hur det går för inseminationsfamiljerna efter barnets födelse. Två kliniker men

ingen privatpraktiserande gynekolog uppger sig ha gjort någon sådan undersökning.

Förvaring av fryst sperma

Tre kliniker använder sig av fryst sperma vid givarinsemination.

Fryst sperma används vid givarinsemination dels för att få möjlighet att öka tillgången på sperma för donation och dels av praktiska skäl. Fryst sperma för makeinsemination förekommer inte.

Övrigt

Väntetiderna för att få givarinsemination på sjukhus varierar från två månader till tre år beroende på klinik. Vid de flesta kliniker uppgår väntetiden till minst ett år.

När det gäller makeinsemination förekommer inga mera betydande väntetider.

Det förekommer mycket olika praxis vid olika sjukhus och bland de privatpraktiserande gynekologerna när det gäller frågan om avbrytande av en inseminationsbehandling som inte ger resultat. Det vanligaste tycks vara att behandlingen vid givarinsemination avbryts efter sex till nio behandlingar och vid makeinsemination efter tre till sex behandlingar. De privatpraktiserande gynekologerna har en tendens att fortsätta behandlingen så länge kvinnan vill.

Inseminationsbehandlingen vid sjukhusen tycks vid de flesta kliniker uppta en inte oväsentlig del av läkares och annan personals tid. Sålunda redovisar flera kliniker en tidsåtgång för den ansvarige läkaren mellan 200 och 400 timmar om året för inseminationsverksamheten. Motsvarande tid för övrig sjukhuspersonal är mellan 240 och 800 timmar om året.

Det tycks vara vanligt att det förekommer störningar i ägglossningsfunktionen hos kvinnor som får givarinsemination. Samtliga kliniker tillgriper därvid vid behov behandling som stimulerar ägglossningen. Det är i sammanhanget att märka att de kvinnor, som kommer i fråga för insemination, före behandlingen har en normal och regelbunden ägglossning.

Inga vittnesbörd, varken från kliniker eller från privatpraktiserande gynekologer, finns om att utvecklingen för en inseminationsfamilj inte skulle vara positiv efter barnets födelse. Däremot uppger flera kliniker att de får många bevis på motsatsen.

Synpunkter från kliniker och privatpraktiserande gynekologer

När det gäller makeinsemination föreligger genomgående den uppfattningen att det är en från etiska, sociala och juridiska synpunkter okontroversiell metod för att lösa ett barnlöshetsproblem för en begränsad grupp ofrivilligt barnlösa.

I fråga om givarinsemination går uppfattningarna mer i sär. Bland dem som själva sysslar med verksamheten upplevs den som positiv. Behovet av en rättslig reglering – inte minst i fråga om barnets rättsliga ställning – betonas dock. Samtidigt uttrycks farhågor för att en alltför öppen verksamhet med

givarinsemination, bestående t.ex. i offentlig registrering av givaren och en möjlighet för barnet att få reda på vem som är dess biologiska far, skulle medföra att verksamheten skulle inskränkas avsevärt och kanske helt upphöra.

Flera kliniker och privatpraktiserande gynekologer betonar att verksamheten med givarinsemination är så känslig att den bör bedrivas endast vid de större sjukhusen som har en samlad kompetens av läkare, psykologer, kuratorer och genetiker.

Några kliniker, som bara sysslar med makeinseminationer, ifrågasätter med hänsyn till barnet hela verksamheten med givarinsemination som sådan.

4.3.3 Några slutsatser

Våra undersökningar visar att inseminationsverksamheten får en allt större omfattning och utbredning. Många kvinnokliniker och privatpraktiserande gynekologer sysslar med någon form av insemination för att hjälpa ofrivilligt barnlösa par.

När det gäller makeinsemination föreligger inga särskilda problem av juridisk, etisk eller psyko-social natur så länge endast färsk sperma används. Så tycks för närvarande vara fallet i Sverige. En användning av fryst sperma vid makeinsemination skulle däremot kunna innebära komplikationer av inte minst juridisk och psyko-social art i sådana fall där maken/sambon avlidit innan sperman kommer till användning. Denna fråga utvecklas vidare i kapitel 14.

En verksamhet med givarinsemination inrymmer däremot i sig en rad problem av medicinsk, juridisk, etisk och psyko-social natur. En analys av våra undersökningar visar att dessa problem beaktats i alltför liten utsträckning av dem som utövar verksamheten. Sålunda tycks t.ex. urvalet av givare vara så begränsat att några alltför stränga krav inte kan ställas på dem. En yttlig medicinsk undersökning och ett samtal mellan den ansvarige läkaren och givaren tycks vara det vanligen förekommande. Själva utväljandet av givare tycks också i många fall ske relativt slumpmässigt.

När det gäller inseminationsparet tycks huvudsaklig vikt läggas vid de medicinska aspekterna. Någon närmare psyko-social undersökning för att bedöma inseminationsparets möjligheter att ikläda sig den komplicerade rollen som föräldrar till ett inseminationsbarn görs inte. Hur det på sikt går för inseminationsfamiljerna finns inga bredare studier om.

Det kan konstateras att någon verksamhet för avlande av "elitbarn" av sådant slag som bedrivs t.ex. i USA ännu inte tycks förekomma i Sverige. Dock föreligger hos alla som sysslar med givarinseminationer en strävan efter att inseminationsbarnet utseendemässigt blir så likt sin "sociale" far som möjligt. Meningen med detta är att barnet inte skall kunna misstänka det rätta förhållandet utan i allt betrakta den "sociale" fadern som sin biologiska förälder. Det tycks i dag vara det vanligaste synsättet bland läkare som sysslar med givarinseminationer att barnet mår bäst av att inte få reda på det verkliga förhållandet. Något vetenskapligt belägg för detta synsätt finns emellertid inte. Däremot förekommer många vittnesbörd om motsatsen.

Det förhållandet att många kvinnor, som normalt har en regelbunden

ägglossning, får rubbningar i denna i samband med behandling med givarinsemination kan tyda på att kvinnan själsligt inte är beredd att skaffa barn genom denna konstlade metod. Ingen klinik som sysslar med givarinsemination tycks dock avhålla sig från att ge kvinnan behandling som stimulerar ägglossningen i sådana fall. Det kan tyckas anmärkningsvärt att man inte ägnar den psykologiska sidan någon uppmärksamhet i detta sammanhang.

När det gäller den sekretess som omgärdar inseminationsverksamheten tycks en genomgående strävan vara att hålla samtliga uppgifter om givaren så hemliga som möjligt. Detta har lett till att journalföringen vid givarinsemination avsiktligt är mycket ofullständig. En viktig orsak till detta är med all sannolikhet att det i dag saknas ett rättsligt skydd för givaren mot anspråk från barnet i fråga om faderskap, underhåll och arv. En annan orsak är säkerligen den strävan som föreligger att för barnet hålla hemligt att det tillkommit genom givarinsemination.

Sammanfattningsvis ger undersökningsresultaten intryck av att verksamheten med givarinsemination i dag bedrivs huvudsakligen med det barnlösa paretts bästa för ögonen. Det blivande barnets framtid tas uppenbarligen inte så stor hänsyn till. Det verkar som man från läkarhåll närmast är benägen att se på givarinsemination som en befruktningsmetod jämförbar med naturlig befruktning och inte beaktar de speciella psykologiska och etiska problem som verksamheten innefattar.

5 Allmänna överväganden

5.1 Inledning

Mellan 10 och 15 procent av gifta eller under liknande förhållanden samboende par i västvärlden anses vara ofrivilligt barnlösa. Det finns tecken som tyder på att denna procentsats ökar. Bland annat söker allt fler barnlösa par hjälp för sin barnlöshet. Orsakerna till att ofrivillig barnlöshet bland människor skulle öka vet forskarna mycket litet om men det antas att den fysiska och psykiska miljöpåverkan som människor dagligen utsätts för har en inverkan på fruktsamheten.

Samtidigt som antalet icke fruktsamma par ökar, minskar möjligheterna att få barn genom adoption. Tillgången på adoptivbarn från västvärlden är numera mycket liten. Detta gäller inte minst i Sverige. Orsaken står att finna i att det på grund av de alltmer utvecklade preventivmedlen och möjligheterna till abort inte längre föds så många oönskade barn. Dessutom gör den sociala välfärden i västvärlden och samhällets ändrade syn på ensamstående kvinnor med barn att allt fler kvinnor i dag vill och har ekonomiska möjligheter att behålla sitt barn. Det har därför det senaste årtiondet blivit allt vanligare att ofrivilligt barnlösa föräldrar vänder sig till utvecklingsländerna för att skaffa sig ett adoptivbarn. Detta är ett dyrt och tidskrävande sätt att få barn. Dessutom börjar även utvecklingsländerna att i större utsträckning försöka ta hand om sina barn själva.

Den beskrivna utvecklingen har lett till att insemination alltmer kommit i blickfånget som en metod att avhjälpa barnlöshet.

5.2 En jämförelse adoption – insemination

För människor som är ofrivilligt barnlösa kan insemination alltså vara en utväg att få det efterlängttade barnet. Är det fråga om makeinsemination kan åtgärden jämföras med andra gynekologiska ingrepp för att på medicinsk väg lösa ett barnlöshetsproblem. Några särskilda etiska betänkligheter torde i allmänhet knappast uppkomma.

När det gäller givarinsemination ställer sig saken emellertid annorlunda. Ett barn som blir följden av en sådan insemination har i praktiken en biologisk förälder (modern) och en "social" förälder (moderns make/sambo). Den andra biologiska föräldern (givaren) förutsätts ju inte finnas

med i bilden. För maken eller sambon blir barnet närmast att anse som ett adoptivbarn.

Det kan därför synas naturligt att paralleller dras mellan barn tillkomna genom givarinsemination och barn som adopterats. Enligt nuvarande ordning är emellertid samhällets syn på adoptivbarn respektive inseminationsbarn mycket olika.

Vid adoption utgår man från ett redan existerande barns situation, dess behov och dess rätt. Adoptionens huvudsyfte får sägas vara att hjälpa barn som behöver en familj. En utredning görs angående de blivande adoptivföräldrarnas förhållanden och en adoption tillåts inte med mindre den är till fördel för barnet. De blivande föräldrarna förbereds på de särskilda svårigheter som det oftast innebär att vara adoptivförälder. Bland annat uppmanas de blivande föräldrarna att så tidigt som möjligt berätta för barnet om adoptionen. De uppmanas också att samla och arkivera alla tillgängliga uppgifter om barnets ursprung för att barnet, om det så önskar, som vuxet skall kunna ha tillgång till dessa. Barnet har även rätt att få de uppgifter, som finns i olika myndighetsregister, om sina biologiska föräldrar. Med det nu beskrivna synsättet blir barnets behov och intresse det centrala.

Vid insemination utgår man däremot från det barnlösa paret intresse. Det gäller att på medicinsk väg lösa paret barnlöshetsproblem. Någon egentlig psyko-social utredning angående de blivande inseminationsföräldrarna görs inte. Sedan kvinnan blivit gravid ägnas inget eller ringa intresse från samhällets sida åt det blivande barnets och dess föräldrars speciella situation. Detta kan kanske synas naturligt vid makeinsemination, som i rättsligt, etiskt och socialt hänseende närmast får liknas vid naturlig befruktning.

Situationen är dock annorlunda vid givarinsemination. De problem som inseminationsparet utsätts för sedan barnet fötts borde i mångt och mycket likna adoptivföräldrarnas. En svårighet som tillkommer för inseminationsparet är dessutom att en av föräldrarna är biologisk förälder medan den andra inte har denna relation till barnet. Detta skapar ett ojämnt utgångsläge för föräldrarna i förhållande till barnet.

I vilken mån barnets biologiska ursprung har betydelse för föräldrarnas förhållande till barnet är en omtvistad fråga. I de fall inseminationsföräldrarna lever i ett harmoniskt förhållande och barnet utvecklas på ett gynnsamt sätt skall man kanske inte överskatta det biologiska ursprungets betydelse. Men man kan troligen inte bortse från att ursprunget kan få betydelse om barnet föds handikappat eller utvecklas ogynnsamt eller om föräldrarnas relationer till varandra försämras.

Vid givarinsemination är utgångspunkten i dag att barnets biologiska ursprung skall mörkläggas. Sålunda uppmanas vanligtvis de blivande föräldrarna att inte berätta något för barnet eller dess omgivning om barnets verkliga ursprung. Vidare eftersträvas ofta att givaren är så lik den blivande sociale fadern som möjligt. Alla handlingar rörande inseminationen förstörs eller görs otillgängliga för andra än den ansvarige läkaren och eventuellt hans assistent. Barnets möjligheter att få reda på att det är tillkommet genom insemination och vem som är dess biologiske far är därför oftast mycket små. Detta strider mot den svenska rättsutveckling som pågått under hela 1900-talet i fråga om vikten av att faderskap fastställs och att barnet skall ha rätt att få veta sitt ursprung. Vid givarinsemination godtas alltså från

samhällets sida – i motsats till vad som gäller t.ex. i fråga om adoption – att faderskapet grundas på en livslögn.

I rättsligt hänseende är adoptivbarn likställda med biologiska barn.

Ett inseminationsbarns rättsliga ställning kan däremot vara mycket osäker om det avlats genom givarinsemination. Barnet kan genom en rättslig process bli berövat sin "sociale" far och den biologiske fadern förutsätts ju inte vara känd¹. Är inseminationsföräldrarna inte gifta med varandra kan den sociale fadern för övrigt i rättsligt hänseende aldrig anses som far till barnet.² Risken finns alltså att ett inseminationsbarn blir helt faderlöst, både rättsligt och socialt.

Är barnet däremot fött efter makeinsemination är det ju parets biologiska barn och behandlas också rättsligt som ett sådant.

5.3 Överväganden

Ofrivillig barnlöshet är i dag något som drabbar många människor. För dem som drabbas upplevs det ofta som ett stort problem. Om detta vittnar inte minst den under senare år ökade efterfrågan på adoptivbarn och på inseminationer.

Samhället har hittills behandlat problemet mycket olika beroende på vilken lösning det barnlösa paret valt för att avhjälpa sin barnlöshet.

Vid adoption har en organiserad verksamhet byggts upp genom samhällets försorg samt lagregler och normer fastställts för att så långt möjligt skydda adoptivbarnet.

I fråga om insemination förekommer ingen motsvarande samhällsorganiserad verksamhet. Verksamheten bedrivs så gott som uteslutande utifrån medicinska utgångspunkter. Något särskilt skydd för inseminationsbarnen i rättsligt eller annat hänseende finns inte. Man har uppenbarligen ansett att inseminationsverksamheten hittills haft så begränsad omfattning att det inte varit påkallat att särskilt skydda dessa barn. En annan bidragande orsak har troligen varit att man inte insett vilka konsekvenser det bristande rättsskyddet kan få för ett inseminationsbarn.

Bristen på rättslig särreglering av verksamheten inger inga större betänkligheter när det gäller makeinsemination. I huvudsak täcker det nuvarande rättsskyddet för barn även barn som avlats på detta sätt. Barnets bästa får därför redan med nuvarande lagstiftning huvudsakligen anses tillgodosett vid makeinsemination.

I fråga om givarinsemination kan däremot enligt vår uppfattning samhällets nuvarande inställning inte längre godtas. Att betrakta givarinsemination som enbart en medicinsk metod att lösa ett barnlöshetsproblem anser vi vara alltför snävt. Vi menar att en självklar förutsättning för att givarinsemination skall få bedrivas – liksom vid adoption – är att det blivande barnets behov och intresse tillgodoses på ett tillfredsställande sätt. Detta har uppenbarligen också varit uppfattningen vid avfattandet av utredningens direktiv. Sålunda sägs i direktiven att en allmän utgångspunkt bör vara att insemination får ske endast om barnet kan antas komma att växa upp under goda förhållanden.

¹ Se vidare kapitel 7.

² Se vidare kapitel 7.

Vi anser alltså att frågan om och i vilken utsträckning givarinseminationer skall få utföras i Sverige måste prövas utifrån barnets bästa. Kan man inte skapa från barnets synpunkt godtagbara rättsliga, sociala och medicinska förutsättningar för verksamheten bör den inte tillåtas.

Utgångsläget för ett inseminationsbarn får väl dock i allmänhet anses vara ganska gott. Barnet är i högsta grad önskat och planerat. Anledningen till att paret valt givarinsemination i stället för t. ex. adoption är ofta att kvinnan vill föda barn men samtidigt behålla sin manlige partner, som alltså är ofruktsam.

Enligt vår uppfattning bör det också gå att ge ett barn som tillkommit genom givarinsemination godtagbara förutsättningar. Detta kräver dock ett ändrat synsätt från samhällets sida samt vissa ändringar i och tillägg till nuvarande lagstiftning. En sådan ändrad inställning från samhällets sida i fråga om inseminationsbarn skulle väl harmoniera med den syn som lagstiftaren i övrigt har i fråga om barn.

Med hänsyn till vad som sagts och till att verksamheten med givarinsemination fått så stor utbredning – inte bara i Sverige utan även i utlandet – anser vi att man inte bör förbjuda den. Ett förbud skulle för övrigt sannolikt få den effekten att verksamheten – om än i mindre omfattning än för närvarande – ändå skulle fortsätta men under okontrollerbara former. Dessutom skulle det fortfarande vara möjligt att få givarinsemination utomlands.

Verksamheten med inseminationer – särskilt givarinsemination – har hittills utövats i det fördolda. En viktig förutsättning har varit att så få människor som möjligt varit inblandade samt att det vid givarinsemination utåt – även i förhållande till barnet – framstått som om kvinnans make eller sambo varit barnets biologiske far. Vi anser att denna inställning till verksamheten inte längre kan godtas. En strävan från samhällets sida måste i stället bli att hemlighetsmakeriet kring verksamheten försvinner. Samma grad av öppenhet som i dag präglar adoptionsverksamheten bör vara en målsättning även vid givarinsemination. Detta bör på sikt gagna samtliga inblandade och inte minst inseminationsbarnen.

Vi anser sammanfattningsvis att insemination bör tillåtas men bara i den mån som verksamheten kan förenas med vad som är till det blivande barnets bästa. Detta är utgångspunkten för våra fortsatta ställningstaganden.

5.4 Behov av forskning

Vi vet i dag mycket litet om hur ett inseminationsbarns förhållanden på sikt utvecklas och vilka särskilda svårigheter och problem som kan uppkomma för det under uppväxttiden. Forskningen på detta område har – såväl i Sverige som i utlandet – varit ytterst bristfällig. När det gäller adoptivbarns utveckling har däremot flera undersökningar gjorts. Även om viktiga slutsatser kan dras av denna forskning anser vi det angeläget att liknande forskning bedrivs även i fråga om inseminationsbarn. Några säkra hållpunkter på ett inseminationsbarns möjligheter att växa upp under goda förhållanden går annars inte att få.

En undersökning om inseminationsbarns förhållanden och utveckling

kräver emellertid avsevärd tid. Med den omfattning verksamheten redan har är det angeläget att snarast möjligt få den reglerad. Vi har ansett det mera angeläget att snabbt komma med förslag om en reglering av verksamheten än att först invänta att undersökningar görs. Vi finner dock – som framgår av det ovan anförda – det angeläget att sådana undersökningar snarast kommer till stånd.

Vi finner det också angeläget att man – inte minst i forskningens intresse – skapar någon form av rikstäckande statistik angående verksamheten. Det bör ankomma på statistiska centralbyrån att i samarbete med socialstyrelsen fastställa formerna för sådan statistik.

6 Allmänt om makeinsemination

6.1 Nuvarande ordning

Makeinsemination som en metod att avhjälpa barnlöshet hos framför allt äkta makar men även hos ogifta samboende par tycks förekomma på många håll i landet. Sålunda sysslar nära hälften av landets kvinnokliniker och minst 26 privatpraktiserande gynekologer med sådan verksamhet. I landet utförs för närvarande varje år ungefär 600 inseminationsbehandlingar med sperma från en kvinnas make eller sambo. Av dessa behandlingar resulterar ungefär 40 i att ett barn avlas. Utbytet av verksamheten får alltså sägas vara relativt litet.

I fråga om makeinsemination är den rättsliga situationen förhållandevis enkel när det gäller gifta par. I 1 kap. 1 § föräldrabalken (FB) stadgas att om modern är gift vid ett barns födelse, skall mannen i äktenskapet anses som barnets far (den s.k. faderskapspresumtionen). Rätten kan dock enligt 2 § förklara att mannen i äktenskapet inte är far till barnet

1. om det är utrett att modern haft samlag med annan än mannen under tid då barnet kan vara avlat och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats av den andre,

2. om det på grund av barnets arvsanlag eller annan särskild omständighet kan hållas för visst att mannen inte är barnets far, eller

3. om barnet har avlats före äktenskapet eller under det att makarna levde åtskilda och det inte är sannolikt att makarna har haft samlag med varandra under tid då barnet kan vara avlat.

Det kan alltså inte råda någon tvekan om att kvinnans make rättsligt sett befinner sig i samma situation i förhållande till ett barn vare sig hans sperma på naturligt sätt eller genom insemination införts i kvinnan och gett upphov till barnet.

När det gäller insemination på en ogift kvinna med sperma från hennes sambo är rättsläget mera komplicerat. Detta gäller även i det fallet att två makar skilts innan barnet är fött. I sådant fall anses barnet fött av föräldrar som inte är gifta med varandra. Enligt 1 kap. 3 § FB skall faderskapet fastställas genom erkännande eller dom i sådana fall där faderskapspresumtionen enligt 1 § inte gäller eller där rätten meddelat förklaring enligt 2 § att mannen i äktenskapet inte är far till barnet. I 4 § samma kapitel föreskrivs att faderskapserkännandet skall vara skriftligt och bevittnat av två personer. Erkännandet skall skriftligen godkännas av socialnämnden och av modern eller särskilt förordnad förmyndare för barnet. Har barnet uppnått myndig

ålder, skall erkännandet i stället godkännas av barnet självt. Socialnämnden får lämna sitt godkännande endast om det kan antas att mannen är far till barnet.

Om faderskapet skall fastställas genom dom föreskrivs i 1 kap. 5 § FB att rätten skall förklara en man vara far till ett barn om det är utrett att han har haft samlag med barnets mor under tid då barnet kan vara avlat och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats av honom.

Under förutsättning att sambon erkänner faderskapet i enlighet med 1 kap. 4 § FB torde enligt nuvarande ordning inga rättsliga problem uppkomma. Socialnämnden kan lämna sitt godkännande eftersom det kan antas att mannen är far till barnet.

Skulle mannen däremot vägra erkänna faderskapet uppkommer frågan om rätten kan förklara mannen vara far enligt 1 kap. 5 § FB. En av förutsättningarna för fastställelse är ju att mannen haft samlag med barnets mor under tid då barnet kan vara avlat. Huruvida insemination i rättslig mening kan jämföras med samlag får anses oklart enligt nuvarande ordning.

6.2 Direktiven

Eftersom den faktiska situationen för män och kvinnor som utan att vara gifta med varandra sammanlever under äktenskapsliknande förhållanden är i stort sett densamma som för gifta makar finns det enligt direktiven skäl att överväga om inte makeinsemination bör få förekomma – förutom beträffande en gift kvinna – också beträffande en ogift kvinna med sperma från den man som hon bor tillsammans med. En förutsättning för att insemination skall få ske i fråga om samboende par där mannen själv är givare bör vara att denne rättsligt anses som far till barnet.

6.3 Inseminationsutredningen

6.3.1 Allmänt

Det kan konstateras att verksamheten med makeinsemination i dag inte innefattar några stora problem i Sverige. Verksamheten berör ett fåtal människor och utbytet av den är litet. De allra flesta av det 40-talet barn, som varje år tillkommer i Sverige efter makeinsemination, föds inom äktenskap. Det får emellertid antas att makeinsemination på ogifta samboende kvinnor kommer att bli vanligare i framtiden.

Makeinsemination kan enligt vår uppfattning jämföras med andra gynekologiska åtgärder för att avhjälpa barnlöshet. Från det blivande barnets synpunkt torde det sakna betydelse om det tillkommit på naturlig väg eller genom insemination, så länge det är den gifte mannen eller sambon som är spermagivare. Några skäl att ifrågasätta denna verksamhet som sådan kan

vi inte finna. Med denna utgångspunkt anser vi det också sakna betydelse om de blivande föräldrarna är gifta med varandra eller samboende utan att vara gifta.

Vi föreslår alltså att makeinsemination – under nedan angivna förutsättningar – skall tillåtas på såväl gift som ogift samboende kvinna.

6.3.2 Makeinsemination på en gift kvinna

För barn som föds efter insemination på en gift kvinna med sperma från kvinnans make är den rättsliga situationen enligt nuvarande ordning klar. I och med att barnet fötts i äktenskapet anses den äkta mannen vara far till barnet (1 kap. 1 § FB). Någon möjlighet för mannen att vinna förklaring att han inte är far finns inte eftersom ingen av de angivna förutsättningarna i 1 kap. 2 § FB för sådan förklarig¹ är tillämplig i detta fall.

Enligt vår bedömning är alltså nuvarande bestämmelser tillräckliga för att säkra barnets börd i dessa fall.

6.3.3 Makeinsemination på en ogift kvinna

För barn som föds efter makeinsemination i ett samboförhållande är situationen – som framgår av den inledande rättsöversikten – oklar. Erkänner kvinnans sambo – vars sperma ju använts vid inseminationen – faderskapet uppstår inga speciella rättsliga problem. Sedan barnets mor och socialnämnden godkänt erkännandet betraktas mannen som rättslig far till barnet. Det får väl förutsättas att den man som godtagit att hans sambo fått insemination med hans sperma i de allra flesta fall kommer att godkänna faderskapet.

Om mannen av någon anledning skulle vägra att erkänna faderskapet uppkommer emellertid rättsliga problem. Det kan t.ex. vara så att mannen misstänker att kvinnan under tid, då barnet kan vara avlat, haft samlag med någon annan man och att denne man är far till barnet. Faderskapstalan får då föras i vanlig ordning. Om det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet avlats av den andre mannen kan fastställelse av faderskapet ske enligt 1 kap. 5 § FB. Om utredningen däremot ger vid handen att barnet avlats av kvinnans sambo är det osäkert om faderskapet kan fastställas enligt 1 kap. 5 § FB. Barnet har ju visserligen avlats av mannen men avlelsen har inte skett genom samlag.

I syfte att undanröja den oklarhet som kan uppstå i detta hänseende föreslår vi ett tillägg till 1 kap. 5 § FB. Genom detta tillägg bör det klart framgå att rätten skall förklara en man vara far till ett barn – förutom i huvudfallet – även i det fallet att barnet avlats genom makeinsemination med sperma från kvinnans sambo.

¹ Se 6.1.

7 Allmänt om givarinsemination

7.1 Nuvarande ordning

Givarinsemination som en metod att avhjälpa barnlöshet hos ofrivilligt barnlösa par har på senare år blivit allt vanligare. Under den senaste femårsperioden har sålunda antalet barn som tillkommit genom givarinsemination ökat med mer än 100 procent och man kan nu räkna med att minst 230 barn föds varje år efter sådan behandling. Verksamheten är i huvudsak koncentrerad till ett fåtal större sjukhus. Några privatpraktiserande gynekologer sysslar också med givarinsemination.

Våra undersökningar ger vid handen att givarinsemination numera förekommer både beträffande gifta och ogifta samboende par. Däremot tycks givarinsemination på kvinnor som inte lever i ett parförhållande med en man vara mycket ovanligt och förekommer endast hos någon enstaka privatpraktiserande gynekolog.

Den rättsliga situationen för ett barn som föds efter givarinsemination är olika beroende på om modern vid barnets födelse är gift eller inte. Här blir samma regler som redogjorts för i föregående kapitel tillämpliga.

Enligt 1 kap. 1 § FB skall alltså, om modern är gift vid ett barns födelse, mannen i äktenskapet i princip anses som barnets far (den s.k. faderskaps-presumtionen).

Lagen uppställer enligt huvudregeln inte något krav på att kvinnans make verkligen skall ha avlat barnet för att han skall anses som rättslig far till det. Rätten kan emellertid, som tidigare nämnts, enligt 1 kap. 2 § FB förklara att mannen i äktenskapet inte är far till barnet

1. om det är utrett att modern haft samlag med annan än mannen under tid då barnet kan vara avlat och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats av den andre,

2. det på grund av barnets arvsanlag eller annan särskild omständighet kan hållas för visst att mannen inte är barnets far, eller

3. barnet har avlats före äktenskapet eller under det att makarna levde åtskilda och det inte är sannolikt att makarna har haft samlag med varandra under tid då barnet kan vara avlat.

Även om kvinnans make sålunda enligt huvudregeln anses som rättslig far till ett barn som tillkommit genom givarinsemination torde han enligt nuvarande ordning utan begränsning i tiden hos domstol kunna begära och få förklaring att han inte är far till barnet i allt fall om barnet är fött efter 1976 (3 kap. 1 § FB).¹ Härigenom frikopplas han i princip från alla rättigheter och

¹ HD:s dom DT 13/1983 i fortsättningen kallat "Haparandafallet"

skyldigheter i förhållande till barnet. Även barnet har möjlighet att väcka sådan talan (3 kap. 2 § FB).

När det gäller givarinsemination på en ogift kvinna är det rättsliga skyddet för barnet mycket svagt. Enligt 1 kap. 3 § FB skall ju faderskapet fastställas genom erkännande eller dom i sådana fall där faderskapspresumtionen enligt 1 § inte gäller eller där rätten meddelat förklaring enligt 2 § att mannen i äktenskapet inte är far till barnet. I 4 § samma kapitel föreskrivs att ett faderskaps erkännande skall vara skriftligt och bevittnat av två personer. Erkännandet skall skriftligen godkännas av socialnämnden och av modern eller särskilt förordnad förmyndare för barnet. Har barnet uppnått myndig ålder, skall erkännandet i stället godkännas av barnet självt. Socialnämnden får lämna sitt godkännande endast om det kan antas att mannen är far till barnet. Erkännandet kan ske även före barnets födelse. Visas senare att den som har lämnat ett erkännande inte är far till barnet skall rätten förklara att erkännandet saknar verkan mot honom.

Om faderskapet skall fastställas genom dom föreskrivs i 1 kap. 5 § FB att rätten skall förklara en man vara far om det är utrett att han har haft samlag med barnets mor under tid då barnet kan vara avlat och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats av honom.

Ett erkännande av faderskapet av kvinnans sambo torde enligt lagens nuvarande ordalydelse inte kunna bli rättsligen giltigt, om barnet avlats genom givarinsemination. Ett erkännande är ju för sig giltighet beroende av att socialnämnden godkänner det. Eftersom socialnämnden får lämna sitt godkännande endast om det kan antas att mannen i fråga är far till barnet torde socialnämnden vid givarinsemination vara förhindrad att godkänna ett erkännande som kvinnans sambo lämnat.

Inte heller torde domstol enligt nuvarande ordning kunna fastställa att sambon är far till barnet. En sådan fastställelse förutsätter ju att mannen haft samlag med barnets mor och att det är sannolikt att barnet avlats av honom.

Enda möjligheten att rättsligt binda mannen vid barnet torde enligt nuvarande ordning vara att mannen adopterar barnet.

I fråga om adoption gäller att en man eller en kvinna, som fyllt 25 år, med rättens tillstånd får anta ett adoptivbarn (4 kap. 1 § FB). Makar får inte adoptera på annat sätt är gemensamt. Dock får ena maken bl.a. med den andres samtycke adoptera dennes barn eller adoptivbarn. Maken får också adoptera eget barn (4 kap. 3 § FB). Andra än makar får inte gemensamt anta ett adoptivbarn (4 kap. 4 § FB). Om en make adopterat den andre makens barn skall barnet anses som makarnas gemensamma (4 kap. 8 § FB).

Enligt nuvarande ordning kan en man som inte är gift alltså inte adoptera ett barn utan att moderns rätt till barnet utsläcks.

Sammanfattningsvis – när det gäller barn som tillkommit genom givarinsemination på en ogift kvinna – kan fastslås att något faderskap i själva verket inte kan fastställas för barnet, eftersom kvinnans sambo enligt lagens ordalydelse inte kan bli rättslig far för barnet och givaren förutsatts vara anonym.

7.2 Direktiven

En förutsättning för givarinsemination på en gift kvinna bör enligt utredningens direktiv vara att den äkta maken samtyckt till att åtgärden vidtas och till att han betraktas som far till barnet. Starka skäl talar för att den som har lämnat ett sådant samtycke inte skall kunna avsäga sig faderskapet till ett barn som har tillkommit genom insemination. Den möjlighet som en gift man i dag har att föra talan om att han inte är far till ett barn, som har fötts i äktenskapet, bör inte finnas i fall då det är klart att barnet har avlats genom en insemination som den gifte mannen har samtyckt till. En talan om att denne inte är far får i dag föras också av barnet. Utredaren bör enligt direktiven överväga om barnet bör ha kvar denna rätt. Frågan hänger delvis samman med frågan i vilken utsträckning uppgiften om att inseminationen har förekommit och de närmare omständigheterna kring den bör vara sekretessbelagda och i så fall i förhållande till vem.

Ett alternativ kan enligt direktiven vara att som krav för givarinsemination ställa upp att kvinnans make före inseminationen adopterar det blivande barnet. En sådan lösning kräver ändring i de nuvarande adoptionsbestämmelserna, eftersom de inte tillåter adoption av ett ofött barn.

Är kvinnan ogift kan – konstateras i direktiven – barnets ställning bli mera osäker. Frågan huruvida givarinsemination bör få äga rum på en ogift kvinna bör därför enligt direktiven bli föremål för särskilda överväganden.

Om kvinnan lever under äktenskapsliknande former tillsammans med en man kan det enligt direktiven ligga nära till hands att tillåta givarinsemination under förutsättning att den samboende mannen med bindande verkan tar på sig det juridiska ansvaret som far för barnet. En tänkbar möjlighet även i dessa fall är att kräva att mannen före inseminationen adopterar det blivande barnet utan att modern för den skull förlorar sin rättsliga ställning som förälder till barnet.

Om kvinnan däremot lever ensam är det enligt direktiven mera tveksamt om insemination bör tillåtas. Utredningen bör pröva denna fråga utifrån vad som kan antas vara förenligt med barnets bästa.

7.3 Inseminationsutredningen

7.3.1 Allmänt

Verksamheten med givarinsemination har de senaste åren blivit alltmer omfattande och får i dag sägas vara en i Sverige etablerad metod för att hjälpa ofrivilligt barnlösa par till ett barn. Även om de flesta kvinnor som får givarinsemination är gifta tycks det i dag bli allt vanligare att även ogifta samboende kvinnor får tillgång till behandlingen. Anledningen till att vissa läkare inte utför givarinsemination på ogifta kvinnor som sambor med en man uppges i första hand vara det svagare rättsskyddet för ett inseminationsbarn vars mor inte är gift.

Ensamstående kvinnor, som vill ha barn genom givarinsemination, tycks i princip inte kunna få hjälp i Sverige.

Insemination är en gynekologiskt enkel metod för att i vissa fall hjälpa ett barnlöst par. Men medan makeinsemination enligt vår uppfattning huvudsakligen kan jämföras med andra gynekologiska åtgärder för att avhjälpa barnlöshet¹ inrymmer givarinsemination därutöver en rad problem av juridisk, etisk, psyko-social och medicinsk natur. Många av problemen har man hittills i stor utsträckning inte beaktat när man bedrivit verksamheten.

Vår utgångspunkt är – som tidigare anförts² – att insemination bör tillåtas bara i den mån som verksamheten kan förenas med vad som är till det blivande barnets bästa. För att en verksamhet med givarinsemination skall kunna bedrivas i enlighet med denna princip krävs införandet av regler och normer till skydd för barnets intresse i sammanhanget.

I detta och följande kapitel lämnas förslag till sådana regler och normer.

7.3.2 Vem bör få tillgång till givarinsemination?

Givarinsemination är – som verksamheten i dag bedrivs i Sverige och i utlandet – i första hand en behandlingsmetod för att hjälpa ofrivilligt barnlösa män och kvinnor som lever i ett parförhållande. Däremot tycks det vara sällsynt att metoden används för att hjälpa ensamstående kvinnor eller kvinnor som lever i ett lesbiskt förhållande att få ett barn.

Enligt direktiven ligger det nära till hands att tillåta givarinsemination på gifta kvinnor och ogifta kvinnor som lever under äktenskapsliknande former tillsammans med en man. Däremot är det enligt direktiven mera tveksamt om givarinsemination bör tillåtas på kvinnor som lever ensamma.

Under de diskussioner som förts i Europarådet har givarinsemination bedömts som en metod för att hjälpa i en situation där en man och en kvinna på grund av ofruktsamhet eller ärftlig sjukdom hos mannen eller av annan orsak inte kan eller bör få barn tillsammans på ett naturligt sätt.

Utgår man från detta synsätt är det väsentliga att en man och en kvinna under många år utan resultat försökt att få barn tillsammans eller att de av annan medicinsk orsak avstått från att skaffa sig barn tillsammans. Behandlingen är alltså inte avsedd att användas som ett alternativ till en naturlig befruktning.

Det synsätt som man inom Europarådet gett uttryck för leder också till att kvinnor som inte lever i ett parförhållande med en man inte bör få tillgång till givarinsemination. I det fallet utgör inseminationen inget hjälpmedel för ett par som saknar de naturliga förutsättningarna att avla ett barn tillsammans.

Vi delar denna syn på problemet angående vilka som bör få tillgång till givarinsemination. Vi anser sålunda att en förutsättning för att givarinsemination skall få komma till stånd är att en man och en kvinna lever tillsammans under äktenskapsliknande förhållanden och att metoden verkligen är ett hjälpmedel mot en ofrivillig barnlöshet hos paret.

När det gäller frågan om äktenskapets betydelse i sammanhanget gör vi följande överväganden.

Samboende mellan ogifta godtas allmänt i vårt land. Sverige har världens

¹ Se 6.3.

² Se 5.3.

högsta samboendefrekvens utan äktenskap. Omkring en tredjedel av alla barn som föds varje år i Sverige har en ogift mor. Man kan utgå från att de allra flesta av dessa mödrar lever i ett samboförhållande.¹ Man får även för framtiden räkna med att en icke obetydlig del av dem som lever samman i ett parförhållande kommer att göra det utan att vara gifta med varandra.

Den beskrivna situationen har även påverkat lagstiftarna. Under det senaste årtiondet har lagändringar skett i syfte att t.ex. utmönstra skillnaderna mellan barn vars föräldrar är gifta med varandra och barn vars föräldrar inte är det. Det är numera självklart att ett barn skall ha samma rättigheter oavsett föräldrarnas civilstånd. Sålunda har bestämmelserna i fråga om vårdnad och förmynderskap av barn, underhåll och arv alltmer anpassats så att samma bestämmelser skall gälla oavsett om föräldrarna är gifta med varandra eller inte.

Det kan även nämnas att i fråga om egendomsgemenskap för samboende ogifta föreligger förslag till lagändringar för bättre överensstämmelse med de regler som gäller i detta hänseende för makar.²

På adoptionsområdet gäller emellertid olika bestämmelser beroende på om föräldrarna är gifta med varandra eller inte. Sålunda kan – som nämnts tidigare – bara makar gemensamt anta ett adoptivbarn. Bestämmelsen motiverades vid sin tillkomst med att, eftersom avsikten med en adoption är att skapa ett föräldraförhållande, det kan antas uppstå svårigheter om andra än makar gemensamt antar adoptivbarn.

Det är osäkert om det på andra håll i världen finns lagbestämmelser som gör det möjligt för ogifta att adoptera gemensamt. Övriga nordiska länders adoptionslagar möjliggör inte detta. Det kan i sammanhanget nämnas att en europeisk konvention från år 1967, till vilken Sverige anslutit sig, fastslår att endast makar får adoptera gemensamt.

De svenska adoptionsbestämmelserna har inte följt med i den senaste utvecklingen på familjelagstiftningens område. Utredningen om barnens rätt (Ju 1977:08) har i tilläggsdirektiv i maj 1982 (Dir. 1982:25) fått i uppdrag att se över adoptionslagstiftningen. Detta arbete har dock ännu inte påbörjats.

Även om flera paralleller kan dras mellan adoption och givarinsemination anser vi det inte nödvändigt att i nu ifrågavarande hänseende göra lagstiftningen likformig. Vi anser det i stället rimligt att lagstiftningen på ett realistiskt sätt överensstämmer med samhällets syn i fråga om mönstret för familjebildning. I konsekvens med detta bör godtas att såväl gifta som ogifta samboende kvinnor får tillgång till givarinsemination. Någon olägenhet från det blivande barnets synpunkt bör detta i princip inte vara, eftersom lagstiftningen i fråga om barns rättsskydd i dag inte skiljer på barn vars föräldrar är gifta med varandra och barn vars föräldrar inte är det. Av vikt för barnet är i stället andra omständigheter som t.ex. samboförhållandets stabilitet och varaktighet, till vilket vi återkommer.

Vi föreslår alltså att givarinsemination bör tillåtas både på gifta kvinnor och på ogifta kvinnor som sambor med en man under äktenskapsliknande former.

I fråga om givarinsemination på en kvinna som inte lever i ett parförhållande med en man gör vi följande överväganden.

I Sverige föds drygt 90 000 barn om året. Den övervägande delen av dessa

¹ Se vidare SOU 1978:55 Att sambo och gifta sig.

² Se SOU 1981:85 Äktenskapsbalk.

har vid födelsen en känd far. Vid givarinsemination på en ensamstående kvinna är det från början förutsatt att ett barn kommer att födas till världen utan att ha en fadersgestalt.

Det kan hävdas att tusentals barn ändå föds varje år utan att ha en känd far. Det är emellertid en annan sak om samhället medverkar till att barnet från början berövas en fadersgestalt.

Bland barnpsykiatrer och barnpsykologer betonas särskilt vikten för barnets utveckling att det har både en mor och en far. För ett barn som får växa upp med endast en förälder minskar med detta synsätt möjligheterna att utvecklas gynnsamt.

Tillåts givarinsemination på en ensamstående kvinna innebär det enligt vår uppfattning ett godtagande från samhällets sida att barn kommer till världen under dessa mindre gynnsamma betingelser. Vi anser det stridande mot den tidigare deklarerade principen om att givarinsemination bör godtas bara i den mån verksamheten kan förenas med det blivande barnets bästa.

Det kan mot detta hävdas att samhället vid adoption godtar att ensamstående får barn. Vi anser emellertid inte att situationen vid insemination och adoption är helt jämförbar i detta hänseende. En bärande tanke när det gäller att tillåta en ensamstående att adoptera har varit att det finns barn som behöver tas om hand. Denna situation föreligger inte vid insemination. Numera förekommer för övrigt mycket sällan att ensamstående adopterar vilket har att göra med dels att tillgången på adoptivbarn minskat och dels att de länder som har barn för adoption inte gärna lämnar dessa till ensamstående.

På anförda skäl anser vi att givarinsemination inte bör tillåtas på ensamstående kvinnor. I detta ligger även att givarinsemination inte bör få förekomma på en kvinna, vars man avlidit före inseminationen.

En särskild fråga i sammanhanget är om man bör tillåta insemination på en kvinna som lever i ett lesbiskt förhållande. Frågan har varit föremål för livlig debatt utomlands. Enligt uppgift förekommer insemination på lesbiska kvinnor i bl.a. Storbritannien och USA. Diskussionen på detta område har företrädesvis rört frågan om i vilken mån barnets utveckling kan komma att påverkas av de förebilder i fråga om samlevnad som det lesbiska paret utgör och den effekt på barnets utveckling som avsaknaden av en fadersgestalt kan ha.

I USA har några studier gjorts om barn till bl.a. lesbiska kvinnor.¹ Undersökningsresultaten ger inte belägg för att det skulle finnas några skillnader vad gäller dessa barns utveckling jämfört med hur barn till föräldrar som lever i ett heterosexuellt förhållande utvecklas.

¹ Se bland annat följande undersökningar:

a) Mandel, J.B., Hotvedt, M.E., Green, R. & Smith, L. (1979) The Lesbian Parent: Comparison of Heterosexual och Homosexual Mothers and their Children. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Sept. 4, New York.
b) Kirkpatrick, M., Roy, R. & Smith, K. (1976) A new look at lesbian mothers. Human Behavior, August, 60-61.
c) Green, R. (1978). Sexual identity of 37 children by homosexual and transsexual parents. American Journal of Psychiatry, 135, 692-697.

Vi ser givarinsemination som en metod för att i vissa fall hjälpa familjer som inte kan få barn på grund av mannens ofruktsamhet. Inseminationen skall vid avlande av ett barn ersätta samlaget. Medger man givarinsemination till kvinnor som lever i ett lesbiskt förhållande avviker man från denna grundläggande princip.

Frågan är om det finns skäl att göra avsteg från denna princip. Vad som skulle tala för ett sådant avsteg är de ovan nämnda undersökningresultaten om barns utveckling hos lesbiska mödrar. Ett annat skäl skulle vara en strävan efter likformig behandling av homosexuella och heterosexuella människor.

Som vi deklarerat i annat sammanhang ser vi inte givarinsemination som en allmän mänsklig rättighet. Metoden bör få användas endast om den är förenlig med det blivande barnets bästa. Enligt vår uppfattning behöver barnet i princip förebilder från både en faders- och en modersgestalt för att ha de bästa förutsättningarna att utvecklas gynnsamt. Vi anser att samhället inte bör medverka till en så känslig verksamhet som givarinsemination om inte bästa möjliga förutsättningar kan erbjudas för barnets utveckling. Enligt vår mening talar därför övervägande skäl för att man – av hänsyn till det blivande barnet – inte bör tillåta givarinsemination på kvinnor som lever i ett lesbiskt förhållande.

Sammanfattningsvis anser vi alltså att givarinsemination bör tillåtas beträffande kvinnor som lever i äktenskap eller sambor med en man under äktenskapsliknande förhållanden men att sådan insemination inte bör tillåtas i andra fall.

7.3.3 Givarinsemination på en gift kvinna

Inledande synpunkter

Den rättsliga situationen för ett barn som föds efter givarinsemination på en gift kvinna är från början klar. Genom den s.k. faderskapspresumtionen blir kvinnans make att anse som far till barnet (1 kap. 1 § FB). Eftersom mannen faktiskt inte är barnets biologiska far kan mannen emellertid enligt ordalydelsen i 1 kap. 2 § FB föra talan om förklaring att han inte är far till barnet.

Före år 1977 var talan angående äktenskaplig börd begränsad. Enligt då gällande 2 kap. 1 § FB skulle en man, som ville vinna förklaring att ett barn, som avses i 1 kap. 1 § FB, inte har äktenskaplig börd, i princip väcka talan inom tre år från det han fick kunskap om barnets födelse. Talan fick inte föras om mannen, sedan han fått kunskap om att modern haft samlag med annan under tid då barnet kunde vara avlat, efter barnets födelse erkänt barnet som sitt.

Genom 1976 års lagändring togs denna talerättsbegränsning bort. Numera kan talan om förklaring att mannen i äktenskapet inte är far till barnet sålunda föras av mannen och barnet utan begränsning i tiden.

Även mannens arvingar har talerätt. Enligt 3 kap. 1 § andra stycket FB kan arvingar väcka talan om mannen inte har varaktigt sambott med barnet och inte heller efter barnets födelse erkänt barnet som sitt.

Vill barnet vinna förklaring att viss man inte är dess far skall barnet väcka talan mot mannen eller, om han är död, hans arvingar (3 kap. 2 § FB).

Några lagbestämmelser som reglerar eller tar hänsyn till de tvistefrågor som kan uppkomma i fråga om faderskapet till barn vid givarinsemination finns sålunda för närvarande inte. Vad angår det fallet att hustrun i äktenskapet med mannens samtycke behandlats med insemination har viss ledning tidigare kunnat hämtas ur det före år 1977 gällande 2 kap. 1 § andra stycket FB (se ovan). Enligt f.d. justitierådet Gösta Walin¹ torde i anslutning till grunderna för denna bestämmelse i regel ett samtycke från mannens sida till insemination med annan mans sperma ha fått betraktas som ett medgivande att det barn som kunde bli frukten skulle anses ha äktenskaplig börd. Walin menar att ett sådant medgivande torde ha medfört att talan om bördens inte fick föras av mannen. Barnet däremot torde ha haft kvar sin talerätt.

Hur börd frågan skall behandlas efter 1976 års lagändring är mera ovisst. Enligt Walin föreligger utomordentligt starka skäl att vägra mannen talerätt om givarinseminationen skett på båda makarnas föranstaltande. Det får ju betraktas som uteslutet att talan om faderskap skulle kunna väckas mot givaren.

I det enda rättsfall som – såvitt känt – hittills förekommit i Sverige i saken fastslog högsta domstolen² emellertid att mannen har talerätt i fråga om faderskapet vid givarinsemination.³

I direktiven för vår utredning anförts att en förutsättning för inseminationen bör vara att den äkta mannen har samtyckt till att åtgärden vidtas och till att han betraktas som far till barnet. Enligt direktiven talar starka skäl för att den som har lämnat ett sådant samtycke inte skall kunna avsäga sig faderskapet till ett barn som har kommit till genom inseminationen. Direktiven pekar på två alternativa möjligheter att åstadkomma detta resultat.

Enligt det ena alternativet skulle mannen i äktenskapet inte ha talerätt i fråga om faderskapet i fall då det är klart att barnet har avlats genom en givarinsemination som mannen har samtyckt till.

Det andra alternativet går ut på att som krav för givarinsemination ställa att kvinnans make före inseminationen adopterar det blivande barnet.

Alternativet talerättsinskränkning

Kvinnans make får alltså för närvarande anses ha en oinskränkt rätt att väcka talan rörande faderskapet om barnet avlats genom givarinsemination. Följden av en sådan talan blir att barnet i praktiken berövas en rättslig far. En sådan ordning kan – om man ser det från barnets synpunkt – givetvis inte godtas.

En självklar förutsättning för att givarinsemination skall få komma till stånd bör vara att någon man oåterkalleligen tagit på sig det rättsliga ansvaret för det blivande barnet. Lika självklart får anses vara att det är mannen i äktenskapet som ikläder sig denna roll. Ett samtycke från denne till att insemination kommer till stånd bör vara liktydigt med att han betraktas som far i alla avseenden till det barn som tillkommer genom inseminationen.

¹ Se Walin: Kommentar till föräldrabalken, 3 uppl. 1979 s. 70

² "Haparandafallet".

³ I juni 1983 har ytterligare ett mål angående faderskapet vid insemination inletts.

Detta har också varit utgångspunkten i den amerikanska och kanadensiska lagstiftningen.

Å andra sidan menar vi att en man som samtyckt till givarinsemination på sin hustru bör ha samma rättsliga utgångsläge som vilken annan gift man som helst. Om kvinnan sålunda under pågående inseminationsbehandling har samlag med en annan man så bör maken vara bibehållen vid sin rätt att väcka talan om faderskapet. Mannen skall bara behöva ta ansvar för ett barn som tillkommit genom den åtgärd till vilken han samtyckt dvs. inseminationen.

Den i direktiven anvisade möjligheten att vägra mannen talerätt i fråga om ett faderskap i de fall han samtyckt till inseminationen överensstämmer med den konstruktion som man valt i USA och Kanada för att skydda barnet i fråga. En sådan lösning skulle emellertid kunna skapa problem i rättsligt hänseende. Har kvinnan haft samlag med en annan man under inseminationsbehandlingen går det ju inte att avgöra på vilket sätt barnet har tillkommit förrän blodundersökning företagits. Detta förutsätter självfallet att spermagivaren är känd. Vägrar den utpekade mannen att erkänna faderskapet eller att underkasta sig blodundersökning frivilligt måste talan om faderskapet kunna väckas vid domstol.

Enligt vår mening är det med hänsyn till det anförda rimligt att mannen har kvar sin talerätt oinskränkt. Detsamma bör anses gälla för mannens arvingar.

Även barnet har – som tidigare anförts – enligt nuvarande ordning talerätt i fråga om faderskapet. Någon anledning att inskränka denna rätt kan vi i konsekvens med vår inställning till mannens talerätt inte finna.

Frågan hur ett faderskapsmål skall hanteras av domstol i fall där givarinsemination förekommit behandlas nedan i kapitel 15.

Alternativet adoption

Enligt nuvarande ordning är det – som framgår av den tidigare beskrivningen av gällande rätt – i och för sig möjligt för en man att adoptera sitt eget barn och även sin hustrus barn. Därigenom blir barnet makarnas gemensamma barn. Eftersom en adoption inte kan hävas blir mannen därigenom oåterkalleligen rättslig far för barnet.

Om ett barn fötts i ett äktenskap anses kvinnans make redan enligt faderskapspresumtionen som far till barnet. För att i inseminationsfallet göra detta faderskap oåterkalleligt skulle man teoretiskt kunna tänka sig att mannen adopterade barnet.

Ett problem i sammanhanget är att adoption enligt nuvarande ordning kan komma till stånd endast beträffande framfödda barn. Behovet vid givarinsemination att oåterkalleligen kunna rättsligt binda kvinnans make vid barnet uppkommer däremot redan i och med inseminationen. Även om mannen vid inseminationen förbinder sig att adoptera det blivande barnet torde detta aldrig kunna skapa tillräckliga garantier för barnet. Mannen kan under graviditeten eller sedan barnet fötts av någon anledning ångra sig och vägra fullfölja sitt löfte. Några rättsliga medel för att tvinga mannen till adoption finns inte och kan enligt vår uppfattning inte heller komma i fråga.

För att effektivt kunna använda adoptionsinstitutet vid givarinsemination torde det därför krävas en ändring av nuvarande ordning på så sätt att möjlighet öppnas att "förhandsadoptera" ett barn. En sådan förhandsadoption måste i så fall – för att fylla sitt ändamål – äga rum innan inseminationsbehandlingen kommer i gång.

Vi anser det vara en mot adoptionsinstitutet stridande princip att införa en ordning som innebär att man adopterar ett ännu inte avlat barn. Enligt nuvarande ordning är ju adoptionens huvudsyfte att hjälpa redan existerande barn som behöver en familj.

Ett problem är också att en adoption enligt gällande rätt inte kan hävas. Denna princip är enligt vår uppfattning mycket välmotiverad när det gäller adoption av existerande barn. Den låter sig emellertid inte så väl förena med de principer som bör gälla vid givarinsemination. Sedan ett barn avlats genom givarinsemination bör det visserligen inte finnas någon möjlighet för kvinnans make att ta tillbaka ett samtycke till inseminationen som lämnats före behandlingen. Men innan befruktning kommit till stånd måste mannen rimligen – liksom varje annan man – ha möjlighet att ändra sig. Det kan t.ex. som "Haparandafallet" vara så att mannen före en inseminationsbehandling på grund av misshälligheter i äktenskapet eller annan orsak ångrar sig och inte vill ha barn med hustrun.

För att kunna använda adoptionsalternativet vid givarinseminationer torde alltså krävas två mot nuvarande principer stridande lagändringar. Det krävs sålunda att möjlighet öppnas dels att adoptera ett ännu inte avlat barn och dels att häva en adoption i vissa fall.

Mot bakgrund av det anförda vill vi inte förorda att adoptionsalternativet väljs för att rättsligt skydda ett barn som tillkommit genom givarinsemination.

Förslag

En naturlig utgångspunkt vid givarinsemination bör – som anförts tidigare – vara att den äkta mannen betraktas som rättslig far till ett barn som tillkommit genom inseminationen. I konsekvens med detta bör den man som bidragit med sin sperma inte i något avseende kunna bli juridiskt bunden vid barnet.¹

Kvinnans make bör alltså i rättsligt hänseende vid givarinsemination jämföras med en biologisk far. En självklar förutsättning för att han skall ikläda sig denna roll bör emellertid vara att han samtycker till att givarinsemination kommer till stånd och därigenom tar på sig det juridiska ansvaret för det barn som tillkommer genom åtgärden. Vi anser alltså att givarinsemination bör få komma till stånd endast under förutsättning att ett samtycke till åtgärden föreligger. Frågan om samtyckets form m.m. behandlas i kapitel 12.

Har mannen lämnat samtycke till givarinsemination på sin hustru skall han därmed enligt vår uppfattning oåterkalleligen vara att anse som rättslig far till ett barn som tillkommer genom inseminationen. Om hans hustru under inseminationsbehandlingen haft samlag med en annan man anser vi det emellertid rimligt att han – liksom varje annan man i äktenskap – får möjlighet att föra talan angående faderskapet.² Av detta skäl vill vi inte – som

¹ Se vidare kapitel 15.

² Angående sådan talan, se vidare kapitel 15.

framgår av det tidigare – förorda en talerättsinskränkning för mannen, hans arvingar eller barnet vid givarinsemination.

Vi anser i stället att en talan om förklaring att mannen i äktenskapet inte är far till barnet skall kunna tas upp till prövning på vanligt sätt vid domstol. För att en man, som samtyckt till givarinsemination, inte skall kunna komma från ansvaret för ett barn som tillkommit genom inseminationen krävs ett tillägg till nuvarande bestämmelse om förklaring angående faderskapet enligt 1 kap. 2 § FB. Vi föreslår det tillägget att om en kvinna med samtycke från sin make fått givarinsemination och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att ett barn avlats genom inseminationen får rätten inte bifalla en talan om förklaring att mannen i äktenskapet inte är far till barnet.

7.3.4 Givarinsemination på en ogift samboende kvinna

Som redovisats ovan föreslår vi att även en ogift kvinna under viasa förhållanden skall kunna få givarinsemination. För detta krävs att kvinnan sambor med en man under äktenskapsliknande former.

Vid givarinsemination på en ogift kvinna bör samma principer i fråga om faderskapet till barnet gälla som i fråga om insemination på en gift kvinna. Sålunda bör den samboende mannen – sedan han lämnat samtycke till behandlingen – vara att anse som rättslig far till det blivande barnet. Likaväl som en man i äktenskap bör han emellertid inte vara betagen möjlighet att föra talan angående faderskapet, om kvinnan haft samlag med en annan man.

Som framgår av inledningen till detta kapitel är det rättsliga skyddet för ett barn som fötts av en ogift kvinna svagare än för ett barn som fötts av en kvinna som är gift. Sålunda finns ingen faderskapspresumtion för ett barn som fötts av en ogift kvinna. Faderskapet fastställs i stället genom erkännande eller dom.

Vi har i fråga om inseminationsbarn som fötts av en gift kvinna lämnat förslag som innebär så litet ingrepp i gällande lagstiftning i fråga om faderskapet som möjligt. Vi anser det ändamålsenligt att följa denna princip även i fråga om inseminationsbarn som fötts av en ogift kvinna.

Till att börja med bör en förutsättning för givarinsemination på en ogift kvinna vara att kvinnans sambo lämnat sitt samtycke till åtgärden. Frågan om samtyckets form m.m. behandlas i kapitel 12.

Givarinseminationen får i rättsligt hänseende anses jämförbar med att det samboende paret har samlag med varandra. I konsekvens med detta bör den samboende mannen inte kunna frånträda sitt samtycke sedan befruktning genom inseminationen skett.

En ytterligare följd av detta bör vara att kvinnans sambo – liksom den biologiske fadern i normala fall – bör kunna erkänna faderskapet. Detta är, som framgår av det tidigare, emellertid inte möjligt i dag. Ett erkännande skall ju, för att bli giltigt, godkännas av bl.a. socialnämnden och sådant godkännande får endast ske om det kan antas att mannen i fråga är far till barnet.

Det är uppenbart att faderskapserkännanden ibland godkänns fastän mannen i fråga inte är far till barnet. Detta torde gälla bland annat i fråga om

barn som tillkommit genom givarinsemination på en ogift kvinna. Godkännandena har i dessa fall uppenbarligen skett på grundval av oriktiga uppgifter dvs. nämnden har inte fått uppgift om det rätta förhållandet.¹ Vi har vid våra undersökningar inte påträffat någon socialnämnd som vid godkännande av faderskap fått vetskap om att barnet i fråga tillkommit genom givarinsemination trots att det bevisligen förekommit givarinsemination på ogifta kvinnor inom kommunen.

Det kan inte anses tillfredsställande att faderskap fastställs på felaktiga grunder. Vi föreslår därför ett tillägg till nuvarande bestämmelse om faderskapserkännande. Tillägget innebär att socialnämnden skall kunna godkänna ett faderskapserkännande även i sådana fall då det kan antas att barnet tillkommit genom givarinsemination med samtycke från den man som erkänt faderskapet.

Enligt nuvarande ordning är det möjligt att utan tidsbegränsning föra talan om att faderskapserkännande skall sakna verkan. Visas det nämligen senare att den som lämnat erkännande inte är far till barnet skall rätten förklara att erkännandet saknar verkan mot honom. Eftersom enligt vårt synsätt avelsen genom givarinsemination - när det gäller den samboende mannens ansvar för barnet - är jämförbar med avelse genom naturlig befruktning bör det inte finnas möjlighet att häva erkännandet av ett faderskap som uppstått genom givarinsemination. Vi föreslår därför ett tillägg till nuvarande bestämmelse i 1 kap. 4 § andra stycket FB med detta innehåll.

De föreslagna lagändringarna kan emellertid inte anses tillräckliga för att få barnets börd fastställd på ett godtagbart sätt i alla fall. Den situationen kan nämligen uppkomma att mannen - trots lämnat samtycke - vägrar att erkänna faderskapet. Denna vägran kan ha sin grund i en misstanke om att kvinnan haft samlag med en annan man under tid då barnet kan vara avlat. I sådana fall bör liksom det gör för den gifte mannen - en möjlighet stå öppen att få faderskapsfrågan rättsligt prövad.

Enligt nuvarande ordning skall - om faderskapet skall fastställas genom dom - rätten förklara en man vara far om det är utrett att han har haft samlag med barnets mor under tid då barnet kan vara avlat och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet avlats av honom. Någon fastställelse av faderskapet kan sålunda inte ske om barnet avlats genom givarinsemination. Vi föreslår därför ett tillägg till nuvarande bestämmelse i 1 kap 5 § FB, innebärande att rätten kan förklara en man vara far - förutom enligt huvudregeln - även i det fallet att barnet avlats genom givarinsemination med samtycke från kvinnans sambo.²

¹ En undersökning som för vår räkning utförts bland ogifta samboende inseminationspar vid regionsjukhuset i Linköping visar att dessa par förfarit på detta sätt vid faderskapsfastställelsen.

² Angående faderskapstalan se vidare kapitel 15.

³ Jfr adoptionsförhållanden NJA II 1971 s. 589 ff.

7.3.5 Rättsverkan av givarinsemination

Som framhållits i det föregående ikläder sig kvinnans make eller sambo rollen av rättslig far till ett barn som avlats genom givarinsemination med hans samtycke. Ett inseminationsbarn kommer alltså med våra förslag att bli likställt med andra barn i familjerättsligt hänseende. Sålunda kommer barnet till exempel att ta arv efter kvinnans make eller sambo och inte efter spermagivaren. Denna likställighetsprincip bör - liksom beträffande adoptivbarn - gälla även annan lagstiftning än den familjerättsliga.³ Vi föreslår att

denna princip kommer till uttryck genom ett tillägg till bestämmelserna om faderskapet till barn i 1 kap. FB.

I vissa hänseenden i lagstiftningen kan rättsförhållandets natur motivera en avvikelse från huvudregeln. Det rör sådana fall där de rent biologiska banden är avgörande under det att den sociala samhörigheten inte skall tillmätas betydelse. Som exempel kan nämnas reglerna om fastställande av faderskap i FB, om äktenskapshinder på grund av släktskap i GB och om straff för otukt med avkomling eller syskon i BrB. Den föreslagna bestämmelsen bör förses med undantag för sådana fall.

8 Medicinska krav m.m. vid inseminationer

8.1 Nuvarande ordning

8.1.1 Allmänt

Det framgår av våra undersökningar att inseminationsverksamhet förekommer vid hälften av landets 56 kvinnokliniker. Av dessa 28 kliniker sysslar 18 med enbart makeinseminationer, 9 med både make- och givarinseminationer och 1 med enbart givarinseminationer.

Bland de privatpraktiserande gynekologer som svarade på vår enkät sysslade 31 med inseminationer. 26 av dessa svarade att de enbart ägnar sig åt makeinsemination och 5 att de ägnar sig åt både make- och givarinsemination.

I vilken utsträckning andra än läkare sysslar med inseminationer i Sverige finns inga säkra uppgifter om. Det är emellertid känt att i vart fall en privat organisation i Danmark erbjuder kvinnor (även svenska), som inte kan få givarinseminationer på annat sätt,¹ sperma för självinsemination. Vidare har förekommit uppgifter i pressen om en liknande verksamhet i Sverige.

8.1.2 Krav vid makeinsemination

Insemination med sperma från kvinnans make eller sambo förekommer huvudsakligen när mannen i och för sig är fruktsam men har en fysisk missbildning som förhindrar att hans sperma vid samlag deponeras i övre delen av slidan. Det kan också vara fråga om att mannen på grund av en skada eller av andra skäl inte kan genomföra ett samlag men ändå har förmåga att få utlösning. Makeinsemination kan slutligen vara aktuell då mannen eller kvinnan har ett fel som påverkar sädescellernas förmåga att ta sig fram till livmodern.

Våra undersökningar visar att det som krav för att makeinsemination skall utföras ofta ställs att mannen och kvinnan inte har någon allvarlig sjukdom som påverkar deras livslängd.

8.1.3 Krav vid givarinsemination

Insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo förekommer i huvudsak när kvinnans man är ofruktsam eller har så dålig

¹ T. ex. ensamstående eller lesbiska kvinnor.

spermakvalitet att befruktning med hans sperma kan bedömas som utesluten.

Givarinsemination kan också bli aktuell om mannens sperma i och för sig är av normal kvalitet men det finns en immunologisk orsak till att mannen och kvinnan inte kan få barn tillsammans. Ett annat skäl till givarinsemination kan vara att mannen lider av en ärftlig sjukdom som inte bör överföras på ett barn.

I fråga om *kvinnan* krävs i medicinskt hänseende att hon är kroppsligt och själsligt frisk samt fruktsam. På vissa håll ställs dessutom upp en viss åldersgräns (35 eller 40 år) eller krävs att hon inte lider av någon sjukdom som skulle innebära hinder för adoption eller medföra risk för henne vid graviditet eller förlossning.

När det gäller *kvinnans make* eller *sambo* ställs ofta det kravet att mannen är vid god psykisk hälsa och att han inte har någon sjukdom som påverkar hans livslängd.

I fråga om *givaren* krävs ofta att han är fysiskt och psykiskt frisk, att han har normal intelligens, att hans sperma är av god kvalitet samt att han inte har någon ärftlig sjukdom. På vissa håll ställs också kravet att mannen i fråga är under 40 år och gift samt att han har eget friskt barn.

8.1.4 Medicinska undersökningar

Vid *makeinsemination* utförs vanligtvis inte några särskilda medicinska undersökningar.

Bland de medicinska undersökningar som vid *givarinsemination* utförs på givaren är blodgruppsbestämning, undersökning av sperman, kromosomanalys samt genital undersökning de vanligaste. Vid någon klinik görs också en allmän medicinsk undersökning.

I fråga om kvinnan och hennes make/sambo har beslutet att ge kvinnan givarinsemination föregåtts av en ingående barnlöshetsutredning med därtill hörande medicinska undersökningar.

8.2 Direktiven

I direktiven görs följande uttalande i förevarande hänseende.

En behandling av typen insemination innefattar vissa risker för infektion eller andra komplikationer för kvinnan vilka även kan få konsekvenser för det blivande barnet. Metoden bör därför självfallet användas först efter sakkunnig prövning och under betryggande former. Det bör undersökas om särskilda kompetenskrav bör ställas upp för en rätt att utföra inseminationer. Vidare bör övervägas om åtgärden skall få utföras endast på sjukhus eller därmed jämförlig anstalt.

8.3 Inseminationsutredningen

8.3.1 Allmänna synpunkter

Utgångspunkten när det gäller frågan vilka medicinska krav som skall ställas på de inblandade vid insemination är inte helt densamma vid makeinsemination och givarinsemination.

Vid makeinsemination är det endast det gifta eller samboende paret som är inblandat. Inseminationen är att se som en gynekologisk åtgärd för att möjliggöra för paret att få ett biologiskt barn tillsammans. De medicinska krav som vanligtvis ställs är väl närmast motiverade för att skapa rimliga förutsättningar att få till stånd en graviditet som inte äventyrar det blivande barnets hälsa.

Vid givarinsemination kommer även en tredje person - givaren - in i bilden. Detta ställer vissa särskilda medicinska krav på de inblandade. Förutom att skapa förutsättningar för en graviditet är det också fråga om att se till att givaren inte överför någon sjukdom till barnet.

8.3.2 Medicinska krav vid makeinsemination

Vår principiella inställning till makeinsemination är – som tidigare anförts – att den är en gynekologisk åtgärd bland andra för att avhjälpa barnlöshet i vissa fall. Liksom vid annan medicinsk behandling¹ ankommer det på den ansvarige läkaren att bedöma om behandlingen är påkallad. Sålunda åligger det enligt 3 § läkarinstruktionen (1963:341) varje läkare, vare sig han i allmän tjänst eller enskilt utövar läkaryrket, att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patienten de råd och, såvitt möjligt, den behandling som patientens tillstånd fordrar.

Vi anser det inte motiverat att genom lagreglering fastställa de medicinska normer som bör gälla för att makeinsemination skall få komma till stånd. Det bör enligt vår uppfattning även i fortsättningen ankomma på den som utför behandlingen att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet bedöma om behandling skall ske och i så fall vad som är lämplig behandling i det enskilda fallet.

I det nu sagda ligger att det i första hand bör vara en läkare som är ansvarig för inseminationens utförande. Frågan om kompetenskrav för utförande av inseminationer behandlas i 8.3.4.

8.3.3 Medicinska krav vid givarinsemination

Insemination får enligt vår utgångspunkt endast förekomma om det kan antas att verksamheten är förenlig med det blivande barnets bästa. I fråga om givarinsemination ställer detta synsätt bl.a. krav på att de medicinska förhållandena vid inseminationen är sådana att de bästa förutsättningarna för avlande av ett friskt barn skapas.

En viktig faktor i detta sammanhang är att barnet inte ärver någon förutsebar sjukdom från sina föräldrar eller att andra medicinska förhållanden vid inseminationen äventyrar det blivande barnets hälsa. Detta ställer

¹ Angående benämningen "medicinsk behandling", se vidare 13.4.5

krav på att vissa medicinska undersökningar genomförs på spermagivaren och den mottagande kvinnan.

I fråga om givaren måste undersökning göras för att konstatera att sperman inte är infekterad, att givaren inte har någon överföringsbar sjukdom av kroppslig eller själslig art. Vidare måste sperman samlas in och förvaras på ett medicinskt godtagbart sätt.

Genom våra undersökningar angående förhållandena i Sverige har vi fått intrycket att de ansvariga läkarna i och för sig ställer de beskrivna kraven på givaren men att undersökningarna för att fastställa om dessa krav är uppfyllda många gånger är bristfälliga.

Vi anser det vara av vikt att enhetliga riktlinjer skapas för att så långt möjligt garantera att givaren inte är behäftad med någon av ovan angivna defekter. Enligt vår uppfattning torde ett uppfyllande av sådana garantier kräva samtal med givaren, en fysisk undersökning samt någon form av psykologisk bedömning. Det bör lämpligen ankomma på socialstyrelsen att utfärda föreskrifter i ämnet. Socialstyrelsen bör i detta sammanhang även ta ställning till huruvida någon genetisk undersökning behöver göras på spermagivaren.

Det bör också ligga på socialstyrelsen att utfärda allmänna råd om hur sperma skall insamlas och förvaras.

När det gäller utväljande av spermagivare handlar läkaren¹ i enlighet med sitt allmänna läkaransvar. Det är den ansvarige läkaren som själv – vanligtvis utan inblandning eller insyn av någon annan expertis – utser givaren. Inseminationsparet måste kunna lita på att läkaren – före användning av en givares sperma – gjort sådana undersökningar i fråga om givaren att det inte föreligger någon påvisbar fara för den mottagande kvinnans eller det blivande barnets hälsa att sperman används. Självfallet bör t.ex. givarinsemination inte få förekomma med sperma från en släkting i rätt upp- eller nedstigande led eller från syskon till kvinnan.²

Socialstyrelsen bör överväga utfärdandet av allmänna råd till läkarna när det gäller utväljandet av spermagivare. Sådana råd bör kunna bli till vägledning för läkarna i fråga om vilka kriterier som skall få gälla i sammanhanget. Enligt vår uppfattning bör de medicinska och psykologiska synpunkterna vara avgörande när det gäller att välja ut lämpliga givare. Rashygienska eller andra liknande synpunkter bör inte tillmätas betydelse.

När det gäller inseminationsparet har vi ingen anledning att ifrågasätta de medicinska normer som förekommer. Något behov av att genom lagreglering lägga fast dessa normer anser vi inte finnas. Det bör enligt vår uppfattning ankomma på den ansvarige läkaren att bedöma vad som är lämplig behandling i det enskilda fallet. För detta synsätt finns – som vi tidigare omtalat – redan i dag författningsstöd i 3 § läkarinstruktionen (1963:541).

Inseminationen får alltså ses som en medicinsk behandling för att avhjälpa barnlöshet. Liksom vid annan medicinsk behandling bör det ankomma på den ansvarige läkaren att bedöma om insemination av medicinska skäl lämpligen bör ske.

¹ Angående kompetenskrav vid inseminationer, se vidare 8.3.4.

² Angående handläggningen av ett inseminationsärende, se kapitel 11.

8.3.4 Kompetenskrav för utförande av inseminationer

Inledande synpunkter

Insemination är en tekniskt sett mycket enkel metod för att åstadkomma befruktning. Den kan i princip utföras av vem som helst som har de rätta tekniska hjälpmedlen. I och för sig är det alltså t.ex. fullt möjligt för kvinnan själv eller hennes make/sambo att utföra en insemination.

Som framgår av det tidigare anförda föreligger emellertid andra skäl för att inte låta vem som helst syssla med verksamheten. När det t.ex. gäller den medicinska sidan måste vissa krav ställas på de inblandade för att skapa bästa möjliga förutsättningar för det blivande barnet.

Kraven är – som ovan omtalats – av olika karaktär beroende på om det är fråga om make- eller givarinsemination. Gemensamt för båda slagen av insemination i detta hänseende är emellertid att det krävs medicinsk expertis för att bevaka att de medicinska kraven uppfylls. Enligt vår mening bör därför insemination utföras under en läkares ansvar.

Kompetenskrav vid makeinsemination

De medicinska undersökningar som föregår en makeinsemination är i första hand avsedda att bedöma möjligheterna till en graviditet. Sådana undersökningar torde i allmänhet kräva specialistutbildning i gynekologi. Tillgång till läkarexpertis för att utföra inseminationen torde emellertid i och för sig inte krävas. Av detta skäl och eftersom några särskilda etiska eller psyko-sociala krav inte gör sig gällande vid makeinsemination anser vi inte att det i lag eller författning behöver uppställas några särskilda krav för att få utföra makeinsemination.

Kompetenskrav vid givarinsemination

Verksamheten med givarinsemination inrymmer inte bara frågor av medicinsk art utan även frågor av etisk, juridisk och psyko-social natur finns med i bilden. De juridiska problemen har tidigare behandlats. De psyko-sociala frågorna tas upp i kapitel 9. När det gäller de medicinska och etiska inslagen är det bland annat fråga om – förutom att göra en medicinsk bedömning av kvinnans möjligheter att bli gravid – också att välja ut en givare på sådant sätt att kvinnans eller det blivande barnets hälsa inte äventyras. Detta val måste föregås av känsliga överväganden av inte minst medicinsk och etisk natur. Av dessa skäl bör givarinsemination endast få utföras under överinseende av en gynekolog.

När det gäller utväljandet av lämpliga givare bör detta – som tidigare anförts – ligga i händerna på den ansvarige läkaren. Det är han som utifrån sina undersökningar skall bedöma om en givare är lämplig. Läkaren bör vid behov kunna samråda med en sjukhuskurator el.dyl. angående psykologiska synpunkter vid valet av givare.¹ Det bör i och för sig inte vara uteslutet att inseminationsparet rekommenderar en givare - t.ex. en sväger till kvinnan – men det bör ankomma endast på läkaren att bedöma om givaren är lämplig. Några krav i fråga om givaren bör inte kunna uppställas av inseminationsparet.²

¹ Se vidare 9.3.3.

² Se också 19.5.

Hela verksamheten med givarinsemination innefattar även en hel del psykologiska problem för både givaren och inseminationsföräldrarna. Detta medför att det kan behövas tillgång till psykologisk hjälp.

Det är viktigt att verksamheten med givarinsemination anförtros åt läkare med stor erfarenhet av barnlöshetsutredningar. Det är också av vikt att det skapas garantier för att den bedrivs under etiskt godtagbara former.

Det kan med hänsyn till det anförda ifrågasättas vilka gynekologer som bör få syssla med givarinseminationer. Enligt vår uppfattning inrymmer verksamheten så känsliga inslag att den bör få bedrivas endast vid sjukhus av där anställd gynekolog. Fråga uppkommer då om alla sjukhus bör ha möjlighet att bedriva en verksamhet med givarinsemination. I dag bedrivs verksamheten vid nio sjukhus varav fem är regionsjukhus. Enligt vår uppfattning är det endast vid de större sjukhusen som tillräcklig kompetens finns att uppfylla de krav av medicinsk och etisk art som kan ställas i fråga om givarinsemination.

Vi föreslår att det för att få bedriva en verksamhet med givarinsemination skall krävas ett tillstånd av socialstyrelsen, vars uppgift blir att bedöma om det tillståndssökande sjukhuset har tillräcklig kompetens för att på ett medicinskt och etiskt godtagbart sätt bedriva verksamheten.

Det ankommer också på socialstyrelsen att i sin egenskap av tillsynsmyndighet se till att inseminationsverksamheten bedrivs på ett godtagbart sätt vid de sjukhus som fått tillstånd.

9 Psyko-sociala krav vid inseminationer

9.1 Nuvarande ordning

Insemination ses som en medicinsk metod för att avhjälpa ofrivillig barnlöshet. Det ligger helt i den ansvarige läkarens händer att besluta om insemination skall utföras i det enskilda fallet. Av detta följer att det huvudsakligen är de medicinska faktorerna som är avgörande. Någon ingående och enhetlig psyko-social¹ bedömning av dem som söker insemination förekommer inte.

När det gäller givaren ställs i allmänhet inget annat psyko-socialt krav än att denne har ett godtagbart motiv för att ställa upp som givare. Ett par kliniker kräver även att givarens make eller sambo samtycker till att mannen ställer upp som givare.

9.2 En jämförelse med förhållandena i Kanada

I Kanada lägger man vid givarinseminationer stor vikt vid den psyko-sociala bedömningen av de blivande inseminationsföräldrarna. I huvudsak ställs följande psyko-sociala krav på sökandena.

- Paret måste ha ett stabilt och moget förhållande till varandra. Endast heterosexuella förhållanden bör få förekomma och inte ensamma kvinnor.
- Paret måste kunna samtala fritt och öppet med varandra. De skall ha diskuterat sina känslor när det gäller deras fruktsamhetstillstånd och ha en likartad syn på denna.
- Mannen måste ha godtagit sin ofruktsamhet och får inte känna sin manlighet hotad.
- Kvinnan skall ha godtagit ofruktsamheten i äktenskapet. Hon får inte använda inseminationen som ett medel för att hämnas på maken för att denne inte kunnat ge henne ett barn.

¹ Med begreppet "psyko-social" menar vi att man bör beakta både psykologiska och sociala faktorer som har betydelse i sammanhanget. Att vi för samman dessa faktorer till ett begrepp hänger samman med att de som regel ömsesidigt påverkar varandra i positiv eller negativ riktning. Att beakta såväl psykologiska som sociala faktorer är sålunda en förutsättning för att kunna göra en helhetsbedömning.

- Parets motiv för att vilja ha barn måste vara noga övervägt och inte bara vara ett svar på ett tryck från andra. Insemination får inte heller användas för att lappa ihop ett instabilt äktenskap.
- Mannen och kvinnan måste vara väl informerade om alla synpunkter på insemination (möjligheterna till framgång eller misslyckande, juridiska aspekter, risker för vanskapt barn eller missfall etc.).
- Om mannen lider av någon allvarlig sjukdom t.ex. cancer eller allvarlig diabetes skall inseminationen uppskjutas till dess tillståndet stabiliserats.
- Både man och kvinna måste vara medvetna om situationen.
- Mannen och kvinnan bör ha diskuterat varje moralisk och religiös aspekt på insemination och vara säkra på sitt ställningstagande.
- Mannen och kvinnan bör inte vara överdrivet bekymrade över valet av givare. Det måste föreligga en känsla av förtroende mellan paret och läkaren.

Som metod för att välja ut lämpliga inseminationsföräldrar rekommenderas bland annat att alla intervjuer görs med båda parter samtidigt, att intervjuerna helst görs av två intervjuare, en manlig och en kvinnlig, att snabba beslut om insemination i möjligaste mån undviks samt att det finns särskilda rådgivare som den ansvarige läkaren kan konsultera i sammanhanget.

9.3 Inseminationsutredningen

9.3.1 Allmänt

När någon vill adoptera ett barn fordras som regel en utredning av socialnämnden och ett domstolsbeslut. En prövning äger alltså rum om de sökande kan erbjuda en trygg miljö för ett barn att växa upp i och om sökandena är lämpliga att ha hand om barn. De blivande adoptivföräldrarna förbereds också på vad adoptionen innebär och vilka svårigheter de kan komma att ställas inför.

I fråga om inseminationer finns ingen motsvarande ordning. Någon rådgivning vid sociala myndigheter förekommer inte heller.

I fråga om makeinsemination kan ifrågasättas om det från samhällets sida skall ställas några psyko-sociala krav. Som vi framhållit tidigare är makeinsemination helt jämförbar med att paret på naturligt sätt eller genom annan medicinsk behandling avlar ett barn tillsammans. Paret är barnets biologiska föräldrar. De blivande föräldrarna bör ha samma utgångsläge som alla andra blivande föräldrar. Av detta skäl anser vi inte att en psyko-social utredning behöver företas beträffande denna kategori av blivande föräldrar.

I fråga om givarinsemination får saken enligt vårt förmenande ses på ett annat sätt. Liksom vid en adoption är åtminstone en av föräldrarna inte biologisk förälder till barnet. Detta skapar en speciell situation i familjen och ställer särskilda krav på föräldrarna. Det sätt på vilket barnet kommit till är

också en faktor som gör utgångsläget för familjen skilt från andra familjers.

Vår utgångspunkt är att givarinsemination skall godtas endast i den mån det kan antas att det blivande barnet får växa upp under goda förhållanden. Det bör vara samhällets sak att bedöma om de, som begär insemination, från denna utgångspunkt är lämpliga att ta hand om ett inseminationsbarn.

9.3.2 Psyko-sociala krav i fråga om inseminationsparet vid givarinsemination

Det föreligger mycket bristfälliga uppgifter – såväl från Sverige som från utlandet – om hur det går för människor som får ett inseminationsbarn och hur barnet utvecklas. Av undersökningar som gjorts vid Östra sjukhuset i Göteborg och Allmänna sjukhuset i Malmö framgår dock att föräldrar som fått barn genom givarinsemination genomgående är mycket positiva till verksamheten och att de rekommenderar metoden för andra barnlösa par. Många par kommer tillbaka och vill ha ett syskon till inseminationsbarnet. Vidare rapporteras att skilsmässofrekvensen är avsevärt lägre bland inseminationsföräldrar än bland föräldrar i allmänhet. Liknande resultat rapporteras från USA.

Av dessa knapphändiga uppgifter skulle den slutsatsen kunna dras att det genomgående går mycket bra för inseminationsfamiljerna. Samtliga undersökningar lider emellertid av den bristen att de omfattar ett litet antal människor, att de inte avser ett längre tidsperspektiv utan på sin höjd barnets första levnadsår samt att de huvudsakligen avser endast föräldrar som återkommit för att få ett syskon till inseminationsbarnet.

Enligt vår uppfattning är det troligt att de flesta inseminationsföräldrar kan erbjuda barnet ett gott hem. De har under en förhållandevis lång tid fått leva med sin barnlöshet och de problem som följer i dess spår. Detta har sannolikt många gånger svetsat dem samman. Det barn som till slut kommer till är verkligen efterlängtat.

Å andra sidan kan man enligt vår uppfattning inte bortse från att de speciella problem av inte minst känslomässig art, som en givarinsemination inrymmer, på sikt kan medföra att svårigheter och konflikter uppstår i familjen. En av de viktigaste faktorerna för att lindra dessa påfrestningar är att de blivande föräldrarna före inseminationen är medvetna om vad de ger sin in på och att de är motiverade för sin kommande roll som inseminationsföräldrar. Det är en uppgift för samhället att hjälpa föräldrarna till denna insikt. Samhället bör även ha möjlighet att avslå en begäran om insemination när de tilltänkta föräldrarna inte bedöms som lämpliga att ta hand om ett inseminationsbarn. Samhället måste inta den ståndpunkten att givarinsemination inte är en rättighet för ofrivilligt barnlösa människor utan att det blivande barnets bästa alltid måste komma i förgrunden vid en bedömning av om insemination skall få äga rum.

Givarinsemination bör alltså få förekomma endast om den i det enskilda fallet kan bedömas vara förenlig med det blivande barnets bästa. För att

utröna om sökandena är lämpliga som inseminationsföräldrar och om alltså inseminationen är till barnets bästa måste enligt vår uppfattning en psyko-social utredning göras.¹ Denna utredning skall syfta till att få fram om sökandena uppfyller de krav som bör ställas på inseminationsföräldrar.

När det gäller frågan vilka krav av psyko-social art som bör ställas på inseminationsparet anser vi att ledning kan hämtas från Kanada. Bland annat följande krav bör alltså ställas. Paret bör ha ett stabilt och moget förhållande till varandra. De bör ha diskuterat sina känslor när det gäller deras fruktsamhet och ha en likartad syn på denna. Mannen måste ha godtagit sin sterilitet. Kvinnan får inte använda inseminationen som ett medel att hämnas på maken för att denne inte kunnat ge henne ett barn. Parets motiv för att vilja ha barn måste vara noga övervägt.

Förutom dessa krav bör enligt vår uppfattning en nedre åldersgräns lagfästas för när ett par skall få givarinsemination.

Vid adoption måste en man eller en kvinna som vill anta ett adoptivbarn i princip vara 25 år.² Om det föreligger synnerliga skäl kan även en person som är under 25 år få tillstånd att adoptera.³

Vi anser det rimligt att fastställa samma åldersgräns vid givarinsemination som vid adoption. Genom en sådan gräns skapas enligt vår mening bättre förutsättningar än annars för att förhållandet mellan inseminationssökandena är stabilt och varaktigt, att beslutet att vilja ha barn genom givarinsemination är noga övervägt samt över huvud taget att de blivande föräldrarna skall kunna handskas med de speciella problem som kan uppkomma.

Vi föreslår alltså att givarinsemination skall få utföras endast om både mannen och kvinnan har fyllt 25 år.

En bestämmelse om en nedre åldersgräns kommer sannolikt inte att medföra någon nämnvärd inskränkning i förhållande till den nuvarande inseminationsverksamheten. Det torde i dag vara synnerligen ovanligt att någon som är under 25 år får givarinsemination. Något skäl att som vid adoption tillåta undantag från huvudregeln anser vi inte finnas.

Frågan vem som bör göra den psyko-sociala bedömningen diskuteras i kapitlen 10 och 11.

9.3.3 Frågan om psyko-sociala krav m.m. beträffande givaren

När det gäller givaren riktas av naturliga skäl huvudintresset mot de medicinska förhållandena. Men även om givaren i medicinskt hänseende uppfyller kraven för att bli spermagivare är det inte säkert att han används. Det kan vara fråga om att hans motiv för att ställa upp som givare inte är godtagbart eller att hans hustru eller sambo motsätter sig att han erbjuder sina tjänster.

Mycket liten uppmärksamhet riktas emellertid mot givarens psyko-sociala förhållanden i övrigt. Detta har sannolikt att göra med inställningen att givarens engagemang i saken inskränks till själva spermagivningen. Han förutsätts därefter för alltid vara anonym.

Som kommer att framgå närmare av redogörelsen i kommande kapitel vill

¹ Angående utrednings- och rådgivningsverksamheten vid givarinsemination, se kapitel 10.

² 4 kap. 1 § FB.

³ Se t. ex. SvJT 1973 rf s. 28.

vi inte se givarens engagemang på detta inskränkta sätt. Givaren bör enligt vår mening inte känna sig helt frikopplad från ansvar för de barn som blir födda genom insemination med hans sperma. Blir det fråga om faderskapsfastställelse¹ eller görs en begäran från barnet att få reda på vem givaren är² kan behov finnas att få kontakt med givaren långt efter det att barnet är fött. Ett sådant perspektiv kräver att givaren har en mogen och ansvarsfull inställning till sitt engagemang i saken.

Redan den omständigheten att en man ställt upp som givare kan medföra att han senare börjar grubbla över sitt handlande och kan kanske leda till känslomässiga påfrestningar.

Det vore med hänsyn till det anförda önskvärt med en psyko-social undersökning även beträffande givaren och, i förekommande fall, beträffande dennes hustru/sambo. Genom en sådan undersökning skulle kunna utrönas om givaren på ett moget och ansvarsfullt sätt engagerar sig i saken och om hans förhållanden i övrigt är sådana att man i framtiden kan räkna med hans medverkan om ett inseminationsbarn i vuxen ålder söker kontakt med honom.³

En grundläggande förutsättning vid rekrytering av givare tycks emellertid vara att så få människor som möjligt är inkopplade i rekryteringsverksamheten. Med hänsyn till detta och till att det även i framtiden vid utväljande av givare torde vara de medicinska kraven som kommer att väga tyngst ser vi det som mest realistiskt att det också i fortsättningen blir läkaren som beaktar även de psyko-sociala synpunkter som kan finnas vid utväljande av givare. Detta torde innebära att någon mera ingående psyko-social undersökning inte kan komma i fråga. Genom samtal med den tilltänkte givaren angående dennes motiv och de rättsliga och praktiska konsekvenserna av att ställa upp som givare bör läkaren emellertid kunna bilda sig en relativt god uppfattning om dennes lämplighet i psyko-socialt hänseende. Som tidigare anförts⁴ bör läkaren även kunna anlita en sjukhuskurator el.dyl. för att få råd när det gäller de psykologiska synpunkterna.

Sammanfattningsvis vill vi alltså förordna att den ansvarige läkaren även i fortsättningen svarar för rekryteringen av givare. Vi förutsätter att den ansvarige läkaren i fortsättningen lägger vikt vid att utröna givarens möjligheter att handskas med den situation som kan uppkomma, om givaren kontaktas sedan barnet fötts.

¹ Se vidare kapitel 15.

² Se vidare kapitel 13.

³ Se 13.4.5

⁴ Se 8.3.4.

10 Psyko-social rådgivning och utredning vid givarinsemination

10.1 Nuvarande ordning

Som omtalats i föregående kapitel görs i dag ingen egentlig psyko-social undersökning av dem som söker givarinsemination. Intresset inriktas i första hand på de medicinska förhållandena.

Vanligtvis föregås inseminationen av ett eller flera ingående samtal mellan den ansvarige läkaren och det ifrågavarande paret. Dessa samtal har närmast karaktären av rådgivning till paret. Läkaren redogör för de medicinska aspekterna och det tekniska förfarandet samt även för vissa juridiska frågor. Läkaren söker utröna parets sociala förhållanden och motiv för att välja insemination framför t.ex. adoption. Vidare diskuteras frågan om barnets rätt att få reda på hur det kommit till. Något formellt avvisande av par av sociala skäl tycks i allmänhet inte förekomma.

Sedan rådgivning skett får paret vänta en tid (vanligtvis 1/2-1 år), innan inseminationsbehandlingen påbörjas. Väntetiden tjänar bland annat som betänketid. Det händer att par inte återkommer efter väntetiden.

10.2 En jämförelse med rådgivnings- och utredningsförfarandet vid adoption

Adoptionen är en rättslig handling som kräver domstolsbeslut. Domstolen har till uppgift – förutom att pröva de formella villkoren – att bedöma om adoptionen är till gagn för barnet.¹

Socialnämnden är remissorgan för domstolarna. Det är alltså socialnämnden som gör den sociala utredningen i adoptionsärendet. Hur utredningen skall gå till finns det närmare bestämmelser om i 50-56 §§ socialtjänstlagen (SoL, 1980:620). Där stadgas bl.a. följande. Socialnämnden skall inleda utredningen utan dröjsmål. Vad som har kommit fram vid utredningen och som har betydelse för ett ärendes avgörande skall tillvaratas på ett betryggande sätt. Handlingar som rör enskildas personliga förhållanden skall tillvaratas så att den som är obehörig inte får tillgång till dem. Part har rätt till insyn, kommunikation och att bli muntligen hörd. Beslutet som nämnden fattar skall i princip motiveras och besvärshänvisning lämnas.

Sedan utredningen slutförts avger socialnämnden ett yttrande till domsto-

¹ Se 4 kap. 6 § första stycket FB.

len. Yttrandet utgör grundvalen för domstolens bedömning i adoptionsfrågan.

De allra flesta adoptioner som äger rum i dag avser utländska barn. Det har under senare år blivit allt mer uppmärksammat att de blivande föräldrarna till ett sådant barn kan få stora svårigheter att bemästra när de ikläder sig rollen som föräldrar. Föräldrarnas förutsättningar att klara av dessa svårigheter är ofta av avgörande betydelse för barnets utveckling. Många gånger är föräldrarna tidigare barnlösa och därigenom ovana vid den praktiska skötseln av barnet. Detta har de i och för sig gemensamt med alla nyblivna småbarnsföräldrar. I fråga om de utländska barnen torde man dock få räkna med att svårigheterna generellt sett är större i och med att dessa barn ofta är fysiskt medtagna och sjuka när de kommer till sitt nya hemland.

Även på det känslomässiga planet utsätts de blivande föräldrarna för stora problem. Mottagandet av ett utländskt barn för adoption har ofta föregåtts av långvarig och ofrivillig barnlöshet hos föräldrarna. Detta kan medföra att föräldrarna – medvetet eller omedvetet – har speciella förväntningar på barnet när det kommer till Sverige. Visar det sig sedan att barnet inte motsvarar dessa förväntningar kan det uppkomma relationsstörningar mellan föräldrar och barn som till slut kan leda till att föräldrarna inte orkar med barnet. Även barnets avvikande utseende och hudfärg samt dess främmande ursprung kan medföra problem – förutom för barnet – även för föräldrarna. Detta kan i sin tur leda till känslomässiga störningar i förhållandet mellan föräldrar och barn.

Det är sålunda av största vikt för barnets utveckling i sitt nya hemland att de blivande föräldrarna förbereds på sin roll. Många blivande adoptivföräldrar tycks inte vara känslomässigt förberedda för den omställning barnets ankomst medför. Den omständigheten att föräldrarna varit tvungna att underkasta sig utredning för att få tillstånd att ta emot ett adoptivbarn har ofta inte lett till någon förbättring i detta hänseende. Utredningen har varit enbart en utredning och har inte gett föräldrarna tillräckliga möjligheter att diskutera igenom den speciella problematiken kring adoption av ett utländskt barn. Med anledning av denna för det blivande adoptivbarnet otillfredsställande situation erbjuder man numera i Stockholm och Malmö de blivande adoptivföräldrarna så kallade gruppsamtal där man informerar och diskuterar igenom adoptionsproblematiken.

Inom NIA har utarbetats vissa riktlinjer¹ för hur gruppsamtal för adoption bör gå till. Dessa riktlinjer bygger på en försöksverksamhet som bedrivits inom Stockholms socialförvaltning sedan hösten 1975. Bakgrunden till försöksverksamheten var att utredarna inom förvaltningen kände ett allt större ansvar att hjälpa adoptionssökandena att verkligen upptäcka vilka krav som kan komma att ställas på en förälder till ett adoptivbarn av utländsk härkomst. Det gäller att få sökanden, som är osäkra i sitt ställningstagande, att fundera vidare eller skrinlägga sina planer. Gruppsamtalen bör sålunda ligga före utredningsprocessen dvs. innan man klart definierat sig som sökande av ett adoptivbarn. Gruppsamtalen, som enligt riktlinjerna omfattar tre samtal om vardera cirka två timmar, leds vanligen av en familjerådgivare och en socialsekreterare.

Syftet med gruppsamtalen är inte att informera utan att hjälpa människor att få fram sina egna åsikter, sina egna farhågor och förväntningar och på det

¹ Ingrid Stjerna: Adoptionsrådgivning i grupp. Stencil från NIA, 1983.

sättet finna vad som är rätt för dem. Målet med samtalen är att få de blivande adoptivföräldrarna att mogna i sitt beslut i fråga om adoptionen. Föräldrar, som är tveksamma, skall alltså förhoppningsvis genom samtalen antingen komma till insikt om sin tvehågsenhet, så att de inte fullföljer adoptionen, eller stärkas i sin motivation att adoptera.

Den samtalsverksamhet som bedrivits i Malmö har resulterat i att under tiden april 1978 till november 1979 ungefär 20 % av adoptionssökandena inte fullföljde sin ansökan.

10.3 Direktiven

En viktig fråga är enligt direktiven vem som bör göra den sociala bedömningen av de blivande föräldrarnas lämplighet. Ett alternativ är att lägga denna uppgift på den som är ansvarig för inseminationen. Ett annat alternativ kan vara att prövningen görs av domstolar och socialnämnder. Oavsett vilken lösning som väljs är det enligt direktiven angeläget att de blivande föräldrarna genom samhällets försorg förbereds på de sociala och psykologiska synpunkter som kan läggas på en insemination.

10.4 Inseminationsutredningen

10.4.1 Allmänna synpunkter

Givarinsemination får – liksom adoption – till följd att åtminstone en av föräldrarna inte är biologisk förälder till barnet. Detta skapar en speciell situation i familjen och ställer särskilda krav på föräldrarna. Liksom vid adoption är det av vikt att inseminationsföräldrarna väljs ut på sådant sätt att det blivande barnet får möjlighet att växa upp under goda förhållanden. Det är också viktigt att föräldrarna förbereds på de speciella förhållanden de kommer att leva under som föräldrar till ett inseminationsbarn. Slutligen är det av betydelse att inseminationsfamiljen – både föräldrar och barn – har möjlighet att under barnets uppväxttid få hjälp att bearbeta de svårigheter som kan uppkomma. Enligt vår uppfattning är det samhällets sak att fylla dessa behov hos de inblandade.

Den psyko-sociala undersökning beträffande inseminationsparet som görs i dag är bristfällig.

Det är också klart att inseminationspar för närvarande förbereds mycket dåligt för sin kommande uppgift. Par, som har en kluven hållning till givarinsemination, får inte heller tillräckliga möjligheter att diskutera igenom och bearbeta denna tvehågsenhet. Följden kan bli att sökandena senare – i sin roll som inseminationsföräldrar – inte kan ge barnet det stöd och den hjälp som barnet behöver i sin egenskap av inseminationsbarn. Risker för allvarliga relationsstörningar mellan föräldrar och barn och för barnets utveckling ökar därmed. De blivande föräldrarna behöver sålunda hjälp med att komma till insikt om hållfastheten i sitt ställningstagande.

10.4.2 Rådgivning och utredning vid givarinsemination

Allmänna synpunkter

När det gäller adoption föreligger alltså numera en fastställd rådgivnings-, utrednings- och beslutsprocess. Syftet med denna uppläggning av ett adoptionsärende är att få fram lämpliga adoptivföräldrar samt att förbereda dessa för den speciella roll som det innebär att vara förälder till ett adoptivbarn. Genom detta förfarande hoppas man kunna skapa bästa möjliga betingelser för adoptivbarnet att växa upp under goda förhållanden.

Någon motsvarighet till denna process finns inte vid givarinsemination.

Även om jämförelsen mellan adoption (framför allt av utländska barn) och givarinsemination haltar något finns det enligt vår uppfattning otvivelaktigt flera beröringspunkter mellan verksamheterna. I båda fallen rör det sig om par som inte kan få barn tillsammans den naturliga vägen. Sorgen över detta faktum är själva grunden i båda fallen och måste bearbetas. Ofta behövs hjälp av utomstående för att klara denna bearbetning. Det gäller till att börja med för paret att godta det faktum att de är barnlösa. Först därefter får de anses beredda att närmare diskutera vilka möjligheter som står till buds för dem.

Oavsett om adoption eller givarinsemination väljs handlar det om en situation som skiljer sig från den vanliga familjens. Åtminstone en av föräldrarna är inte biologisk förälder till barnet. Detta kan skapa speciella komplikationer i förhållandet mellan föräldrar och barn och mellan föräldrarna inbördes. Under alla förhållanden får man räkna med särskilda svårigheter att utöva ett sådant föräldraskap. Sålunda kan till exempel barnets behov av att få veta sitt biologiska ursprung eller omgivningens inställning upplevas som ett problem för föräldrarna.

När det gäller givarinsemination tillkommer det faktum att mannen inte är biologisk förälder men att kvinnan är det. Detta ojämlika förhållande kan i sig skapa särskilda svårigheter.

Det nu sagda ger enligt vår uppfattning vid handen att det från samhällets sida bör anläggas i princip samma psyko-sociala synsätt på inseminationsföräldrar som på adoptivföräldrar. Men så sker alltså inte för närvarande.

Gruppsamtal vid givarinsemination

Inseminationsverksamheten har hittills bedrivits i det fördolda och strävandena har varit att ingen utomstående skall få veta att insemination förekommit. Att få barn genom givarinsemination har uppenbarligen av många inseminationsföräldrar betraktats som något i viss mån generande. Genom denna inställning har inseminationsföräldrarna inte heller kunnat diskutera inseminationen med någon utomstående. Följden har blivit att de själva fått bearbeta sina problem och tankar kring inseminationen. Det finns en risk att de därvid inte tillräckligt prövat hållfastheten i sitt ställningstagande.

Det förefaller inte uteslutet att blivande inseminationsföräldrar – i likhet med blivande adoptivföräldrar – skulle vara betjänta av någon form av

gruppsamtal före inseminationsbeslutet. Det vore därför önskvärt om blivande inseminationsföräldrar kunde erbjudas att – om de så önskar – delta i grupsamtal innan de tar slutlig ställning till om de vill ha ett barn genom givarinsemination. En modell kunde vara att låta blivande inseminationsföräldrar delta i grupsamtal som anordnas för blivande adoptivföräldrar.

Det bör ankomma på socialstyrelsen att utfärda allmänna råd i ämnet. De grupsamtal för blivande adoptivföräldrar som tillämpas i Stockholm och Malmö bör därvid kunna tjäna som modell.

Frågan om vem som bör leda dessa samtal diskuteras i 10.4.3.

Psyko-social utredning vid givarinsemination

Ett steg mot ett ökat ansvarstagande från samhällets sida i fråga om inseminationsbarnen skulle alltså kunna vara att erbjuda de blivande föräldrarna grupsamtal. Ytterligare ett steg i samma riktning är att en psyko-social utredning angående de blivande inseminationsföräldrarnas lämplighet görs.

Enligt nuvarande ordning finns inga särbestämmelser i fråga om hur utredningen av ett blivande adoptivhem närmare bör gå till. Utredningsförfarandet vilar på de allmänna bestämmelserna i socialtjänstlagen om familjehemsutredningen (se 10.2).

NIA har däremot i samråd med socialstyrelsen utfärdat riktlinjer för socialnämndernas handläggning av internationella adoptionsärenden.¹ Dessa anvisningar innehåller bland annat vägledande information om hur socialnämndernas utredningar angående tilltänkt adoption bör bedrivas.

Enligt den av NIA föreslagna modellen för adoptionsutredning bör en sådan utredning bland annat innehålla följande. En redogörelse bör finnas för parets tidigare och nuvarande förhållanden, deras hälsotillstånd, personligheter och intressen samt deras inställning och livsåskådningsfrågor. Vidare bör en redogörelse finnas för hur äktenskapet eller samboförhållandet fungerar, relationer till släkt och omgivning, motivet för adoption, inställningen till barn och ungdom i allmänhet samt inställningen till barns behov av att få kunskap om sitt ursprung.

Den av NIA föreslagna modellen för hur en adoptionsutredning bör gå till kan i mångt och mycket tjäna som förebild även vid en psyko-social utredning vid en tilltänkt givarinsemination. Det bör ankomma på socialstyrelsen att utfärda allmänna råd angående utredningsförfarandet vid givarinseminationer.

Frågan vem som bör åläggas att utföra dessa utredningar diskuteras i 10.4.3.

Förslag till efterföljande rådgivning

Många problem kan uppkomma för inseminationsfamiljen sedan barnet väl är fött. Det kan röra sig om problem mellan föräldrarna betingade av det ojämlika biologiska förhållande som de har i fråga om barnet. Det kan vara fråga om påfrestningar till följd av omgivningens reaktioner. Det kan också handla om svårigheter att handskas med frågan om barnets rätt att få kunskap om sitt ursprung.²

¹ Internationella adoptioner. Handbok för socialnämnder. NIA (1982).

² Se vidare kapitel 13.

Uppkommer problem av denna psykologiska art kan det vara svårt för föräldrarna att tala om dem med någon utomstående. En god utväg kan många gånger vara att diskutera sina problem med andra som är i samma situation som man själv befinner sig i. Någon form av gruppsamtal eller studiecirkel under sakkunnig ledning med inseminationsföräldrar som fått barn skulle kunna vara ett sätt att få gemensamma problem ventilerade. Någon form av uppföljning av de gruppsamtal – helst med samma människor inblandade – som skulle föregå inseminationen skulle sannolikt kunna vara ändamålsenlig.

I övrigt ligger det närmast till hands att inseminationsfamiljer med problem – liksom andra familjer i motsvarande situation – söker hjälp hos den familjerådgivning, barnpsykiatriska verksamhet eller socialtjänst som kommuner och landsting kan erbjuda.

Även spermagivaren kan ha behov av att få diskutera känslomässiga problem som i efterhand kan uppkomma. Det ligger därvid närmast till hands att han vänder sig till det sjukhus, som han lämnat sperma till. På sjukhuset finns tillgång till sjukhuskurator som kan hjälpa honom. Har han flyttat till annan ort torde han lämpligen få söka hjälp hos till exempel kurator på ortens sjukhus eller familjerådgivningen på orten.

10.4.3 Kompetenskrav för utförande av psyko-social rådgivning och utredning

Det tidigare anförda ger vid handen att den psyko-sociala delen av rådgivnings- och utredningsverksamheten vid givarinsemination försumats. Detta har att göra med att de läkare som är verksamma med givarinseminationer inte har tillräcklig kompetens för sådan rådgivning och utredning. Eftersom verksamheten hittills har byggt på att så få personer som möjligt skall vara inblandade har läkaren också dragit sig för att rådgöra med expertis på det psyko-sociala området.

Vi har alltså uppfattningen att den psyko-sociala rådgivning som läkarna i dag bedriver inte räcker till för att tillförsäkra inseminationsbarnet de bästa förutsättningarna för att växa upp under goda förhållanden. De krav vi ställer i fråga om rådgivnings- och utredningsverksamheten leder till att även personer med speciell kompetens på det psyko-sociala området måste kopplas in när det är fråga om en givarinsemination.

En personalkategori som därvid kan synas ligga nära till hands är den personal med psyko-social kompetens som sjukhuset kan tillhandahålla, i första hand sjukhuskuratorer samt vid sjukhuset anställda psykologer och psykiatrer. En fördel med att överlämna rådgivnings- och utredningsansvaret åt dessa personalkategorier är att hela verksamheten med givarinseminationer skulle kunna stanna inom sjukhuset. Ett smidigt förfarande skulle därvid antagligen uppstå.

Det finns emellertid också nackdelar med en sådan ordning. Förutom oklarheter och brister i själva beslutsfrågan – varom mera i kapitel 11 – är det fråga om att anlita personer för en verksamhet som inte ligger helt i linje med vad de vanligen sysslar med. Visserligen ingår det självfallet i sjukhuskuratorers samt psykologers och psykiatrerers uppgifter att handskas med

psyko-sociala problem hos människor. Den typ av gruppsamtal och utredning för ett beslut om insemination som det här skulle bli fråga om torde emellertid vara nya och främmande arbetsuppgifter.

Ett annat alternativ kan vara att lägga den psyko-sociala rådgivnings- och utredningsverksamheten på socialnämnderna. Inom dessa finns personal – åtminstone på större orter – som genom ärenden om adoption skaffat sig kunskaper och erfarenheter beträffande denna typ av verksamhet.

Eftersom adoption och insemination kan vara alternativa lösningar på ofrivillig barnlöshet skulle det också innebära praktiska fördelar att ha rådgivnings- och utredningsverksamheten samlad på detta sätt. Härigenom skulle socialnämnderna kunna bedriva en gemensam rådgivnings- och utredningsverksamhet för ofrivilligt barnlösa människor. Dessa människor skulle vid rådgivning och utredning ges en möjlighet att göra en helhetsbedömning av vilket alternativ som passar dem bäst för att komma till rätta med barnlöshetsproblemet.

Vid övervägande av de möjligheter som står till buds anser vi den bästa lösningen vara att lägga det psyko-sociala rådgivnings- och utredningsansvaret i fråga om inseminationsparet på socialnämnderna. De personalkategorier som där sysslar med tillstånd till adoptioner skulle lämpligen även handlägga inseminationsärendena. Vi föreslår alltså en sådan ordning.

11 Handläggning av ett inseminationsärende

11.1 Nuvarande ordning

Verksamheten med inseminationer bedrivs i dag helt inom sjukhuset eller läkarmottagningen. Det är den ansvarige läkaren som ensam bestämmer över verksamheten och som gör undersökningar och bedömningar angående de inblandade. Vad läkaren bestämmer kan inte överklagas. Eftersom praxis delvis är olika på skilda sjukhus och privatmottagningar kan en sökande, som blir avvisad av en läkare, emellertid vända sig till en annan läkare och hoppas att denne har andra normer vid sin bedömning.

11.2 En jämförelse med handläggningen av ett adoptionsärende

När det gäller adoption är det allmän domstol som ger tillstånd (4 kap. 1 § FB). När tillstånd till adoption söks har domstolen i första hand att pröva om de allmänna villkoren för adoption är uppfyllda. För tillstånd krävs sålunda t.ex. att sökandena enligt huvudregeln fyllt 25 år och att samtycke i vissa fall lämnats från biologisk förälder och från barnet som skall adopteras.

Rätten skall granska adoptionen från lämplighetssynpunkt (4 kap. 6 § FB). Särskilt när den som skall adopteras är underårig måste noga tillses att adoptionen verkligen kan antas gagna barnet. Det är nödvändigt att undersöka både barnets och adoptantens förhållanden. Endast om barnet kan antas få fullgoda levnadsvillkor skall adoptionen beviljas. Stor vikt ligger också på adoptantens person och det bör noga prövas om han kan ge barnet god uppföstran. Vid sin prövning skall rätten ta hänsyn till att åldersskillnaden mellan parterna blir lämplig och beakta om adoptanten har egna barn.

För prövningen av adoptionen är det viktigt att rätten har tillgång till upplysningar om alla omständigheter i saken. Det är inte tillräckligt att adoptivföräldrarna har ekonomiska möjligheter att sörja för barnet. De måste också ha förutsättningar att kunna ge barnet trygghet och tillgivenhet.

Med utgångspunkt i det anförda har i lagtexten tagits in en uttrycklig anvisning att rätten obligatoriskt skall inhämta upplysningar om barnet och adoptanten (4 kap. 10 § FB). Det åvilar socialnämnden i den kommun där

sökanden är bosatt att skaffa fram de upplysningar som behövs för adoptionsärendets prövning.

Rättens bedömning i den sociala delen grundas som regel helt på socialnämndens utredning. Rätten skall emellertid vid sin prövning av adoptionen också beakta de biologiska föräldrarnas intresse i sammanhanget. Detta har i lagen kommit till uttryck på så sätt att den som är under 18 år inte får adopteras utan samtycke från föräldrarna. Samtycke behövs dock inte av den som är sinnessjuk, sinnesslö eller utan del i vårdnaden (4 kap. 5 a § FB). Far eller mor, vars samtycke inte behövs, skall ändå höras om det kan ske (4 kap. 10 § andra stycket).

Mot rättens beslut i adoptionsärendet får talan fullföljas av sökanden eller den som skall höras i ärendet (4 kap. 11 § FB).

11.3 Inseminationsutredningen

11.3.1 Allmänna synpunkter

I fråga om makeinsemination har vi tidigare¹ föreslagit att nuvarande ordning skall bibehållas. Det bör alltså även i fortsättningen vara den ansvarige läkarens sak att utifrån sin kompetens bedöma om inseminationen lämpligen bör ske.

När det gäller givarinsemination har vi i föregående kapitel uttryckt uppfattningen att den ansvarige läkaren inte längre skall vara allenarådande. Vi har föreslagit att läkaren skall ha det medicinska avgörandet i sin hand men att den psyko-sociala bedömningen skall göras av socialnämnd.

Denna kompetensfördelning leder till att det inte heller längre är lämpligt att läkaren ensam beslutar om givarinsemination. Vi anser i stället att det finns så påtagliga gemensamma inslag vid givarinsemination och adoption att förfarandet när det gäller den psyko-sociala delen till stor del bör överensstämma.

11.3.2 Beslutande instanser vid givarinsemination

Vid adoption är det alltså domstol som ger tillstånd. Detta sker efter hörande av socialnämnd. Till grund för rättens bedömning ligger att adoptionen skall vara till fördel för barnet.

Utgångspunkten för nuvarande adoptionsbestämmelser torde ha varit att det rör sig om ett två- eller trepartförhållande där det kan föreligga intressekollisioner mellan parterna. Sålunda har det ansetts föreligga ett behov av att bevaka – förutom barnets bästa – även de biologiska föräldrarnas intresse i saken. Detta har skapat krav på ett domstolsförfarande där rättssäkerhetsaspekten sätts i förgrunden.

Sedan adoptionsinstitutet utvecklats därhän att det numera nästan uteslutande är utländska barn – ofta mycket små barn utan kända biologiska föräldrar – som adopteras har rättssäkerhetsskälerna för att låta ärendena gå genom domstol måhända minskat något.

¹ Kapitel 8.

När det gäller givarinsemination är det i psyko-socialt hänseende i första hand fråga om att bevaka det blivande barnets intresse av att få växa upp i en trygg miljö. Någon "motpart" till sökandena finns i praktiken inte eftersom den biologiske fadern – givaren – inte förutsätts ha något intresse att bevaka i saken. Kravet på att det är en "två-partsinstans" som handlägger ärendet blir därigenom mindre.

Vi har alltså föreslagit att den psyko-sociala utredningen anförtros åt socialnämnd. Fråga uppkommer härvid vem som skall göra den slutliga bedömningen i detta hänseende.

En möjlighet är att – i likhet med vad som gäller i fråga om adoption – lägga på en rättslig instans att ge tillstånd. Därigenom blandas emellertid ytterligare en myndighet in vilket bl.a. får till följd att saken offentliggörs för en större krets av människor. Ofta är också domstolsförfarandet offentligt. Även om vårt synsätt i fråga om inseminationer – som tidigare deklarerats – är att verksamheten bör vara öppen kan vi inte bortse från att detta i sig kan innebära en svår prövning för inseminationsparet.

Vi ser det visserligen som angeläget att större rättstrygghet än för närvarande skapas för de inblandade i ett ärende angående givarinsemination. Vi anser emellertid att detta kan göras utan att en rättslig instans nödvändigtvis behöver blandas in – åtminstone inte i normalfallet.

Man kan tänka sig att låta socialnämnden som första instans göra den psyko-sociala bedömningen. Härigenom skulle ärendet efter den psyko-sociala utredningen kunna stanna inom nämnden. Även med detta alternativ skulle en rättstrygghet för de sökande skapas som saknar motsvarighet för närvarande. Sålunda skulle sökandena ha de rättigheter som tillkommer en part i ett socialärende det vill säga bland annat rätt till insyn och kommunikation, rätt att få företrädare inför nämnden och att överklaga ett beslut som går parten emot.

Vid övervägande av de båda alternativen finner vi att det senare med socialnämnden som beslutande instans har de största fördelarna. Vi föreslår en sådan ordning.

Vi anser det lämpligt att en rättslig instans – vid överklagande – prövar frågan om rätt till givarinsemination. Detta överensstämmer med vad som i andra sammanhang gäller vid förvaltningsbeslut. Enligt vår uppfattning bör prövningen lämpligen anförtros åt länsrätt som fungerar som besvärinstans vid förvaltningsbeslut och som genom t.ex. socialmålen har erfarenhet av barnfrågor.

Vi anser att det – liksom i fråga om till exempel ett förhandsbesked vid adoption enligt 25 § SoL – bör finnas möjlighet att delegera ett ärende angående givarinsemination. Delegation bör lämpligen kunna ske till en grupp av förtroendevalda. Härigenom minskas kretsen av personer som är inblandade i ärendet ytterligare.

Möjlighet att delegera ärenden finns redan enligt kap. 12 § kommunallagen (1977:179). Enligt denna bestämmelse ges möjlighet för kommunstyrelse, om fullmäktige beslutar det, att uppdra åt särskild avdelning, bestående av ledamöter eller suppleanter i styrelsen, åt ledamot eller suppleant eller åt tjänsteman hos kommunen att på styrelsens vägnar besluta i en viss grupp av ärenden, vilkas beskaffenhet skall anges i ett av fullmäktige antaget reglemente eller i ett särskilt beslut. Beslut som fattas på grund av delegation

är i alla avseenden att anse som ett av styrelsen fattat beslut. Ett med stöd av delegation fattat beslut kan inte återkallas av styrelsen. Styrelsen får dock återkalla delegationen. Beslut som fattats med stöd av delegation skall anmälas till styrelsen.

I 47 och 48 §§ SoL föreskrivs vissa begränsningar i fråga om delegationsrätten. Dessa bestämmelser lägger emellertid inte hinder i vägen för att delegera ett ärende om givarinsemination.

11.3.3 Ett ärendes gång vid givarinsemination

När mannen och kvinnan får det definitiva beskedet att de inte kan få barn tillsammans är det viktigt att de får tid att bearbeta de känslor som beskedet ofrånkomligen för med sig. Det bör finnas möjlighet att få hjälp till detta av någon erfaren person (sjukhuskurator, socialtjänsteman el.dyl.). Det är alltså av vikt att ett rådrum skapas från det att beskedet lämnas och till dess att en diskussion om alternativ för att lösa barnlöshetsproblemet kommer till stånd.

Ett ärende om givarinsemination kan komma att aktualiseras på olika sätt. Det vanligaste torde bli att det ifrågavarande paret börjar resonera med läkaren som gjort barnlöshetsutredningen om givarinsemination. Det kan också bli så att paret vänder sig direkt till socialnämnden, särskilt om de sökande är osäkra på vilket alternativ – givarinsemination, adoption eller fortsatt barnlöshet – som de skall välja. Det bör i sammanhanget framhållas att alternativet givarinsemination bör komma från paret självt och inte vara en lösning som läkaren eller socialnämnden anvisar för att lindra sorgen för paret.

Begär paret givarinsemination bör först en närmare information om detta alternativ lämnas. Möjlighet bör finnas för paret att i detta sammanhang ställa sig i kö för givarinsemination. Paret bör därefter hänvisas till socialnämnden i den kommun där de sökande är bosatta för psyko-social utredning och bedömning.

Paret lämnar så in en ansökan till vederbörande socialnämnd om tillstånd till givarinsemination. Hos nämnden läggs ansökan upp som ett ärende på vanligt sätt. I de fall där möjlighet finns till gruppsamtal¹ bör paret inledningsvis erbjudas sådana. Därefter tar utredning vid. Sedan utredningen kommunicerats med parterna² gör utredaren en bedömning. Därefter tas ärendet upp i nämnden (eller det organ till vilket delegation skett) för beslut.

Om beslutet innebär tillstånd till givarinsemination kan det sökande paret med beslutet i handen begära hos vederbörande sjukhus att få givarinsemination. Det får förutsättas att paret redan tidigare blivit medicinskt bedömt. Föreligger inga medicinska hinder kan paret få givarinsemination.

Om socialnämndens beslut innebär avslag på sökandenas begäran, finns möjlighet för sökandena att anföra besvär vid länsrätten i det län där sökandena är kyrkobokförda.

Vid missnöje med rättens beslut får besvär anföras till kammarrätt och regeringsrätt på vanligt sätt.

Den ansvarige läkaren får inte utföra givarinsemination utan att tillstånd till inseminationen getts av socialnämnd eller besvärinstans.

¹ Se närmare 10.4.2.

² Se 14 och 15 §§ FL.

12 Samtycke till insemination

12.1 Nuvarande ordning

Vid samtliga sjukhus som sysslar med givarinseminationer utom ett föreligger inga formkrav vid samtycke till givarinsemination.

Vid den resterande kvinnokliniken förekommer ett slags kontrakt mellan inseminationsparet och den ansvarige läkaren. Enligt kontraktet bekräftar mannen och kvinnan att de fått tillräcklig information samt att de är medvetna om vad behandlingen innebär och vilka konsekvenser den får. Kontraktet innefattar vidare bland annat att mannen i äktenskapet ikläder sig det rättsliga ansvaret för det blivande barnet, att läkaren friskriver sig från allt ansvar för det blivande barnets hälsa samt att säkerhetsåtgärder skall iakttas för att förhindra att givaren kan avslöja den mottagande kvinnans identitet och att mottagarparet skall kunna identifiera givaren.

Det är diskutabelt om kontraktet för närvarande kan anses ha någon rättslig betydelse.

12.2 Direktiven

En förutsättning för givarinsemination bör enligt direktiven vara att den äkta eller samboende mannen samtycker till att åtgärden vidtas och därigenom med bindande verkan tar på sig det juridiska ansvaret för barnet. Utredningen bör överväga vilka formkrav som bör ställas på samtycken och var dessa lämpligen bör förvaras.

I direktiven tas inte frågan om samtycke vid makeinsemination upp.

12.3 Inseminationsutredningen

12.3.1 Frågan om samtycke vid makeinsemination

En självklar utgångspunkt för att makeinsemination skall få utföras är att behandlingen sker med de inblandades samtycke. När det gäller kvinnan torde inga större problem uppkomma i detta hänseende. Den omständigheten att hon frivilligt ställer upp för behandlingen får enligt vår mening anses

innefatta ett tillräckligt samtycke till åtgärden. Något formkrav i detta hänseende torde inte krävas.

Enligt de uppgifter vi fått förekommer makeinsemination i Sverige för närvarande bara med färsk sperma. Detta innebär att maken/sambon måste lämna sin sperma i tidsmässig anslutning till inseminationen. När det gäller makeinsemination anser vi därför att samma resonemang, som förs i fråga om kvinnan, kan föras när det gäller samtycke till åtgärden från mannens sida. Den omständigheten att han tillhandahållit sperma får anses innefatta ett samtycke till inseminationen.

Skulle även fryst sperma komma till användning vid makeinsemination uppstår emellertid en annan situation. I sådant fall är det inte nödvändigt att mannen engageras vid inseminationstillfället. Man kan (åtminstone teoretiskt) tänka sig att mannen tidigare levererat sperma för annat ändamål (t.ex. vetenskapligt) än för makeinsemination eller att mannen inte längre vill att sperman skall användas för det ändamål som först var tänkt. Fråga kan alltså vid användning av fryst sperma uppkomma vid inseminationstillfället om mannen är med på att insemination sker.

Om fryst sperma kommer till användning vid makeinsemination¹ anser vi det därför nödvändigt att det finns en otvetydig viljeförklaring från mannen att hans sperma får användas för insemination. En sådan förklaring bör – om mannen inte är närvarande vid inseminationen – vara skriftlig.²

En fråga som kan uppkomma i detta sammanhang är vad som händer om makeinsemination av misstag utförs utan att mannen lämnat sitt samtycke. Mannen vägrar kanske att ställa upp som far till ett barn som blir till utan hans samtycke.

Om kvinnan inte haft samlag med någon annan man under tid då barnet kan vara avlat är mannen tveklöst biologisk far till barnet. Man kan fråga sig om det trots detta faktum är rimligt att han skall kunna avsäga sig det rättsliga ansvaret för ett barn som han inte gått med på att det kommit till. Situationen kan enligt vår uppfattning jämföras med att en man haft samlag med en kvinna som falskt förespeglat att hon använt preventivmedel. Blir kvinnan gravid genom samlaget får mannen stå för faderskapet trots att han blivit lurad.

Enligt vår uppfattning är den enda rimliga ståndpunkten att mannen får stå för faderskapet – också rättsligt – även om insemination med hans sperma utförts utan hans samtycke. En motsatt ståndpunkt skulle kunna leda till att barnet blev faderlöst i rättsligt hänseende. Man får emellertid utgå från att ett misstag av nu beskriven art inte skall behöva förekomma om inseminationsverksamheten utförs under ansvarsfull ledning.³

12.3.2 Samtycke vid givarinsemination

Vi har i kapitel 7 föreslagit att en förutsättning för att givarinsemination skall få äga rum är att de inblandade samtyckt till åtgärden. I fråga om kvinnan kan samma resonemang föras som vad gäller samtycke vid makeinsemination. Den omständigheten att hon frivilligt ställer upp för behandlingen får anses innefatta ett tillräckligt samtycke till åtgärden. Något skriftligt samtycke från kvinnans sida torde därför inte behövas.

¹ Frågan om användning av fryst sperma vid makeinsemination diskuteras vidare i kapitel 14.

² Angående samtyckets form i dessa fall, se nedan 12.3.2.

³ Se vidare kapitel 18.

I fråga om mannen är behovet av ett formbundet samtycke enligt vår uppfattning desto mera framträdande. Samtycket kommer med våra förslag att ha en avgörande betydelse när det gäller att binda mannen juridiskt vid inseminationsbarnet. Vi anser därför att det måste finnas en otvetydig viljeförklaring från mannen att han samtycker till att givarinsemination äger rum på hans hustru/sambo. Konsekvensen av samtycket blir att mannen ikläder sig rollen som rättslig far för ett barn som tillkommer genom inseminationen. En sådan viljeförklaring bör enligt vår mening – för undvikande av tolkningsproblem och av bevistekniska skäl – vara skriftlig och bevittnas.

I de amerikanska delstaternas lagstiftning krävs genomgående att samtycket undertecknas av såväl kvinnan som mannen. Vanligen krävs också att den ansvarige läkaren bevittnar kvinnans och mannens namnteckningar. I en delstat (Oklahoma) krävs dessutom att samtycket godkänns av domstol.

Vi anser att starka skäl talar för att kvinnan skriftligen skall godkänna det samtycke som mannen avgett. Godkännandet bör finnas för att inga tvivelsmål i efterhand skall kunna uppstå om kvinnans vilja i sammanhanget. Godkännandet innebär att kvinnan är medveten om och godtar konsekvenserna av samtycket dvs. att mannen blir rättslig far till barnet.

Det kan vara lämpligt att en enhetlig blankett utfärdas för ändamålet. Det bör ankomma på socialstyrelsen att utfärda allmänna råd i detta hänseende.

Har mannen lämnat samtycke och givarinsemination därefter ägt rum måste den grundläggande principen vara att mannen inte skall kunna återkalla sitt samtycke. En annan ordning skulle innebära att mannen kunde frånträda sitt ansvar för ett barn som tillkommer genom insemination.

Å andra sidan får det anses rimligt att mannen skall kunna frånträda ett samtycke innan inseminationen ägt rum. Misshälligheter i förhållandet till kvinnan eller annan orsak kan göra att han inte längre vill ha barn med kvinnan.

Man kan tänka sig olika lösningar för att skapa ett tillräckligt rättsskydd för det blivande barnet i detta hänseende.

Ett alternativ kan vara att samtycke måste lämnas före varje inseminationsbehandling och avse bara just den behandlingen. Självfallet föreligger emellertid inget hinder för att samma formulär skulle kunna användas för flera samtycken. Det skulle ankomma på den ansvarige läkaren att före inseminationen förvissa sig om att mannen vid tidpunkten för inseminationen verkligen står fast vid sitt samtycke samt naturligtvis att han är i livet. Detta torde i allmänhet förutsätta att mannen är närvarande vid inseminationstillfället.

Även om vi anser att den ansvarige läkaren på annat sätt (till exempel per telefon) bör kunna förvissa sig om samtyckets aktualitet anser vi ändå goda skäl tala för att principiellt kräva mannens närvaro. Förutom den rent rättsliga aspekten kan det ha ett psykologiskt värde för mannen att som en förberedelse för sin fadersroll med egna ögon åtminstone första gången få uppleva inseminationen. Även för kvinnan bör mannens närvaro ha ett positivt värde.

Den skisserade lösningen lägger ett avsevärt ansvar på läkaren. Ett enklare alternativ kan vara att anse ett i vederbörlig ordning lämnat samtycke

bindande för mannen till dess denne återkallar det. Till dess att en sådan återkallelse kommer läkaren tillhanda¹ blir mannen rättsligt bunden vid ett barn som avlats genom givarinsemination med stöd av samtycket. Av bevis tekniska skäl anser vi att återkallelsen skall vara skriftlig.

Också enligt detta alternativ anser vi det givetvis vara psykologiskt värdefullt att mannen är närvarande vid åtminstone första inseminationstillfället. Det rättsliga skälet för hans närvaro blir emellertid mindre än enligt det första alternativet. Dock kvarstår under alla förhållanden att givarinsemination får utföras endast om kvinnans make eller sambo är i livet. Är mannen närvarande vid inseminationen uppstår ju inga problem härvidlag. För att insemination skall utföras bör det dock normalt räcka med att kvinnan vid behandlingstillfället uppger att mannen är i livet.

Enligt det senare alternativet läggs ett större ansvar på mannen om han vill att inseminationsbehandlingen skall avbrytas. Vi kan inte se någon olägenhet i detta. Har mannen en gång gått med på givarinsemination anser vi det rimligt att det också är han som får se till att insemination inte sker mot hans vilja. Om det förflutit avsevärd tid från det att samtycke lämnats och till dess insemination kommer till stånd bör läkaren dock förvissa sig om att mannen fortfarande vill att hans hustru eller sambo skall behandlas med insemination. En insemination som kommer till stånd utan att den som skall bli rättslig far för det blivande barnet är med på det kan inte anses gagna barnet.

Vi anser att övervägande skäl talar för den senare lösningen.

Sammanfattningsvis föreslår vi alltså att samtycke från kvinnans make eller sambo skall inhämtas före inseminationsbehandlings början. Samtycket skall vara skriftligt och underskrivet av mannen och kvinnan samt bevitnat. Samtycket medför den rättsföljden att mannen blir rättsligt bunden vid ett barn som tillkommer genom givarinsemination med stöd av samtycket. Återkallar mannen samtycket får insemination inte ske därefter. En återkallelse skall – för att bli giltig – ske skriftligen.

Skulle ett barn tillkomma genom givarinsemination efter det att samtycket återkallats blir situationen jämförbar med att kvinnan haft samlag med en annan man. Kvinnans make eller sambo blir alltså inte rättsligt bunden vid barnet. Eftersom det förutsätts att givaren inte i något sammanhang skall bli rättsligt bunden vid ett inseminationsbarn kommer barnet under nu beskrivna förhållanden alltså att bli faderlöst.² Frågan om straffansvar för den ansvarige läkaren i ett sådant fall diskuteras i kapitel 18. Till frågan om barnets möjligheter att få skadestånd från den ansvarige läkaren tar utredningen inte ställning. Om frågan uppkommer får domstol avgöra saken.

12.3.3 Förvaring och återkallelse av samtycke

Det skriftliga samtycket kommer vid givarinsemination med våra förslag att få en central betydelse som bevisfaktum vid fastställande av ett inseminationsbarns börd. Det kommer därför att ställas stränga krav på att samtyckeshandlingen förvaras på ett betryggande sätt.

En möjlighet skulle kunna vara att lägga ansvaret för att en samtyckes-

¹ Mera om formerna för återkallelse, se 12.3.3 nedan.

² Se vidare kapitel 16

handling upprättas och förvaras under betryggande former på den ansvarige läkaren. Samtycket skulle därvid få ingå i kvinnans journal.¹

Vi föreslår emellertid i stället följande lösning som vi anser mera praktisk och mera tilltalande från rättssäkerhetssynpunkt. Ansvar för upprättande och slutlig förvaring av samtyckeshandlingen läggs på socialnämnden. Med våra förslag skall inseminationsparet ändå vända sig dit för den sociala bedömningen.² Det skulle kunna vara lämpligt att man – liksom vid faderskapserkännande – har ett gemensamt formulär för samtycke från inseminationsparet och för godkännande från socialnämnden. Sedan socialnämnden gjort den sociala utredningen och därvid funnit att paret kan godkännas som inseminationsföräldrar lämnar mannen sitt samtycke till inseminationen. Kvinnan och nämnden lämnar därefter på samma handling sina godkännanden. Inseminationsparet överlämnar sedan vid begäran om givarinsemination denna handling till den ansvarige läkaren. Handlingen förvaras hos läkaren under det att inseminationsbehandlingen pågår men återsänds till nämnden när behandlingen är avslutad. Återkallelse av samtycket från mannens sida får alltså ske hos läkaren och blir inte giltig förrän den kommit läkaren tillhanda. Läkaren bör anteckna på samtyckeshandlingen att återkallelse skett. Den sociala utredningen behöver inte delges läkaren utan kan stanna hos nämnden.

För att kunna återkalla ett samtycke måste mannen veta var samtyckeshandlingen förvaras. Normalt sett bör inte detta utgöra något problem eftersom mannen vet vilken läkare och vilket sjukhus som hans hustru eller sambo uppsöker för inseminationsbehandlingen. Om kvinnan utan mannens vetskap byter sjukhus kan emellertid den situationen uppkomma att mannen återkallar samtycket vid fel sjukhus. För att undvika att en kvinna mot mannens vilja och utan dennes vetskap använder samtycket för insemination vid något annat sjukhus föreslår vi att den ansvarige läkaren inte skall få lämna ut samtycket utan att kvinnans make eller sambo gått med på det. Samtyckeshandlingen bör i sådant fall översändas direkt till det sjukhus som skall överta inseminationsbehandlingen. Det är också lämpligt att den nye läkaren före påbörjande av inseminationsbehandling förvissar sig om att mannen fortfarande vill att insemination skall komma till stånd.

Det bör ankomma på socialstyrelsen att utfärda föreskrifter om förvaring och återkallelse av samtycke vid givarinsemination.

Sedan inseminationsbehandlingen avslutats på grund av att kvinnan blivit gravid skickas samtyckesformuläret över till socialnämnden. Nämnden behandlar formuläret på samma sätt som ett faderskapserkännande. Det förvaras hos nämnden och får inte gallras ut. Det senare är väsentligt eftersom möjligheterna att föra faderskapstalan – som vi tidigare redogjort för – inte är begränsad i tiden enligt nuvarande bestämmelser.

¹ Angående journalföring vid insemination, se kapitel 13.

² Se kapitel 11.

13 Frågan om barnets rätt att få veta sitt ursprung och andra sekretessfrågor

13.1 Direktiven m.m.

När det gäller sekretessfrågorna vid givarinsemination uttalar departementschefen följande.

I dag förekommer insemination med en känd givare om denne är gift med kvinnan eller bor tillsammans med henne under äktenskapsliknande förhållanden. I övriga fall torde givaren i allmänhet vara anonym. En omdiskuterad fråga är om ett sekretesskydd bör finnas för uppgifter om honom och om det förhållandet att en insemination har ägt rum. Utredaren bör närmare analysera de skäl som kan anföras för och emot ett anonymitetsskydd och föreslå de åtgärder som kan finnas påkallade.

När det särskilt gäller frågan om sekretess i förhållande till barnet talar mycket för att barnet bör ha rätt att åtminstone få veta att det har kommit till genom insemination. Huruvida barnet också bör ha kunskap om vem som är givare är svårbedömt. Det finns en risk för att en sådan kunskap skulle störa relationerna mellan barnet och den rättslige fadern. Dessutom kan det kanske bli svårt att finna lämpliga givare, om de riskerar att deras identitet avslöjas.

Frågan om ett inseminationsbarns rätt att få reda på sitt ursprung har också aktualiserats i en motion till riksdagen (Mot. 1980/81 1189.). I motionen¹ anför bland annat att det är uppenbart att lagstiftningen måste skydda den "biologiska" fadern mot juridiska och ekonomiska anspråk. Om man hävdar tesen om "barnets rätt till sin far" är det däremot inte lika självklart att samhället skall hemlighålla det verkliga förhållandet så att barnet inte heller vid vuxen ålder skall kunna få reda på sanningen.

13.2 En jämförelse med adoptioner

13.2.1 Inledning

En grundläggande förutsättning för verksamheten med givarinsemination har hittills ansetts vara att en sträng sekretess omgärdar den. Sålunda har det bedömts vara av största vikt att spermagivaren är anonym för samtliga inblandade utom läkaren. Detta har åstadkommit genom att uppgifter om givaren bevaras på ett sådant sätt att i princip ingen – förutom den ansvarige

¹ Skriven av Gunnar Biörck i Värmdö.

läkaren – kan få tillgång till dem. På vissa sjukhus förstörs dessutom uppgifterna om givaren efter en tid.

Det har också ansetts viktigt för inseminationsföräldrarna att det inte yppas för någon utomstående hur barnet kommit till utan att barnet utåt sett framstår som inseminationsparets biologiska barn. När det gäller barnet har det hävdats vara betydelsefullt för dess relationer till den rättslige fadern att det inte får reda på hur det kommit till.

För att uppnå dessa senare syften har den ansvarige läkaren oftast strävat efter att få fram en spermagivare som utseendemässigt är så lik kvinnans make eller sambo som möjligt. Läkaren har också ofta rekommenderat inseminationsparet att inte tala om det rätta förhållandet för barnet.

Den hemlighetsfullhet som alltså för närvarande präglar inseminationsverksamheten påminner mycket om de förhållanden som tidigare gällde i fråga om adoption. På den tid då det fanns svenska barn att adoptera förelåg också från föräldrarnas sida en strävan efter att så långt möjligt för utomstående och för barnet dölja barnets verkliga ursprung.

På 1950-talet började emellertid i Sverige en diskussion föras om att det för ett adoptivbarns utveckling är viktigt att det får kunskap om sitt ursprung¹. Sedan det under 1960-talet blev allt vanligare att barn hämtades från andra länder – huvudsakligen från utvecklingsländerna – för adoption gick det på grund av barnens avvikande utseende inte heller längre att upprätthålla en strävan att hålla barnets ursprung hemlig. Dessa faktorer ledde till att man så småningom i stället började arbeta för större öppenhet vid adoption.

Genom en lagändring år 1971 infördes en ny bestämmelse i adoptionslagstiftningen (4 kap. 8 § FB). Enligt den nya bestämmelsen skall – vid tillämpning av bestämmelse i lag eller annan författning som tillägger släktskap eller svägerlag rättslig betydelse – ett adoptivbarn anses som adoptantens barn och inte som barn till sina biologiska föräldrar. I förarbetena till denna lagändring framhåller departementschefen att talan om äktenskaplig börd och om fastställande av faderskap bör tillåtas även efter det att ett barn adopterats, med hänsyn bland annat till att adoptivbarnet i och för sig kan anses ha ett berättigat intresse av att vinna klarhet om sin härstamning.²

Numera betraktas det i Sverige som något självklart att adoptivföräldrarna så tidigt som möjligt och därefter fortlöpande skall tala med barnet om dess biologiska ursprung. Det anses också viktigt att adoptivföräldrarna samlar på sig så mycket kunskap som möjligt om barnets biologiska föräldrar och dess hemland i syfte att kunna lämna barnet mesta möjliga information om dess "rötter".

13.2.2 Forskning kring adoptivbarns behov av att få kunskap om sitt ursprung

Genom den större öppenhet som i dag präglar adoptionsverksamheten har det blivit möjligt att bedriva forskning kring barns behov av att få reda på sitt ursprung och andra frågor som sammanhänger med denna verksamhet. Sådan forskning har bedrivits och bedrivs huvudsakligen utomlands. Här följer en sammanfattning av några forskningsresultat.

¹ Se bl. a. Stina Hesselman: *Så kom du hem till oss*. Bohusläns Grafiska AB, Uddevalla (1951)

² Prop. 1971:143 s. 81.

Frågan om ett adoptivbarns behov av att få kunskap om sitt ursprung har studerats av bl.a. *Alexina Mc Whinnie*, som är psykologie doktor vid Buckingham College of Higher Education i Storbritannien. Av en studie¹ från år 1967, omfattande 58 ungdomar från Skottland, drog hon bl.a. följande slutsatser.

Om barnet anpassat sig bra och det inte förelegat några större problem under uppväxttiden klaras adoptionen av så bra att barnet, även om det vill och behöver få veta att det är adopterat, glömmer bort detta faktum. Många ungdomar i undersökningen uppgav att när de fått veta att de var adopterade blev de överraskade över att det inte gjorde någon skillnad. I själva verket kände de ett närmare förhållande till sina adoptivföräldrar än någonsin.

Även i familjer där adoptivbarnet anpassat sig dåligt upplevde barnet adoptivföräldrarna som de egentliga föräldrarna.

Av undersökningen framgick vidare att det är viktigt att information om adoptionen kommer från adoptivföräldrarna. Om ungdomarna fick antydningar om adoptionen från någon utomstående skulle de inte tro på uppgiften utan säga till sig själva "Om det ligger något i dessa antydningar kommer mina föräldrar att tala om det för mig". Även om de var nyfikna kunde de inte förmå sig att fråga föräldrarna. Detta gällde även i fråga om uppgifter om de biologiska föräldrarna. Barn frågar inte eftersom de inte vill verka illojala mot de föräldrar som tagit hand om dem.

Barn vill tala om sina funderingar över hur de biologiska föräldrarna ser ut, hur gamla de är, vad de arbetar med, om de är friska och "normala" och framför allt om motiven till att barnet lämnades för adoption.

Barn, som inte av föräldrarna får reda på att det är adopterade, får ofta höra det av utomstående. Det är oftast barn i 9-årsåldern som talar om det. 9-årsåldern är en ålder då barn är mycket intresserade av familjeförhållanden och har många fantasier om sitt ursprung.

Intresset för ursprunget kan hos en adopterad uppkomma i olika skeden av livet. Under puberteten undrar adopterade vem de är. Många har också funderingar angående sitt ursprung när de står i begrepp att gifta sig. För många kvinnor blir ursprungsfrågan också aktuell när de väntar barn.

I Mc Whinnies undersökning var det bara fem av de 58 ungdomarna som verkligen försökte spåra den biologiska modern. I dessa fall hade adoptionen utvecklats sig mycket dåligt.

Sökande efter information om ursprunget är något annat än att faktiskt söka efter sin biologiska mor. Om information inte lämnas inom adoptivfamiljen, om motstridiga och vaga upplysningar lämnas eller om adoptivföräldrarna undviker frågan kommer det adopterade barnet att känna att något döljs för det. Bristen på information kan få den adopterade att känna tvivel och osäkerhet samt uppleva en känsla av rotlöshet.

I Skottland finns enligt lag möjlighet för en adopterad som fyllt 17 år att få tillgång till sina adoptionshandlingar. Undersökningar visar att få adopterade utnyttjar denna möjlighet. De som gör det är de sämst anpassade. Dessa upplevde det som en rättighet att få uppgift om sitt ursprung.

Paul Sachdev, professor vid School of Social Work Education, University of Newfoundland i Kanada, har studerat möten mellan adopterade och deras biologiska föräldrar. Studien grundar sig på 300 berättelser från adoptivföräldrar, adopterade, vuxna, biologiska mödrar och socialarbetare. I Kanada

¹ Adopted Children. How they grow up. Routledge & Kegan Paul, London (1967)

har skett en kraftig ökning av antalet adopterade barn och biologiska föräldrar som söker information om varandra. I en provins noterades en ökning av antalet efterforskningar från 150 år 1979 till 600 år 1981. Det är fyra gånger fler kvinnor än män som frågar efter uppgifter om sin bakgrund. Adopterade frågar dubbelt så ofta som biologiska föräldrar efter uppgifter om den andre. Adopterade söker oftast information i åldern 27-35 år, det vill säga i den ålder då de själva skaffar sig barn. Studierna hittills visar att adoptivföräldrar ofta blir mycket upprörda då barnet söker sammanträffande med en biologisk förälder men att ett sådant möte ofta resulterar i en djupare kontakt mellan adoptivföräldrar och barn.

David Brodzinsky, biträdande professor i psykologi vid Rutgers University, New Jersey, USA, har forskat i frågan om och när ett adoptivbarn förstår och kan tillgodogöra sig information om adoptionen. I en undersökning från år 1982¹ intervjuades 300 adopterade barn och deras mödrar samt 150 icke-adopterade barn i åldrarna 4-14 år angående sina kunskaper om adoption. Undersökningsresultaten kan sammanfattas på följande sätt.

Den stora frågan är i dag inte *om* barnet bör få reda på att det är ett adoptivbarn utan *när* barnet bör få veta något och *vad* det bör få veta. De flesta adoptionsmyndigheter i USA rekommenderar att information lämnas tidigt till barnet – vid två till fyra års ålder – och att denna information följs upp genom återkommande diskussioner under hela uppväxttiden.

Adoptivföräldrarna är emellertid ofta mycket osäkra på vad de skall lämna för information och hur de skall tolka barnets frågor om sitt ursprung. Vissa menar² att vetande kommer från ett långsamt och ökat samlande av fakta och att ett barns möjligheter att förstå innebörden av adoptionen har att göra med ett gradvis uppbyggande av dessa fakta.

Brodzinsky menar dock att hans undersökning visar att barnets förståelse av adoptionens innebörd har att göra med barnets utveckling. Före skolåldern kan ett barn helt enkelt inte förstå mycket om adoptionen även om föräldrarna talat om den. Vid 6-7 årsåldern kan de flesta barn emellertid skilja mellan födande och adoption som alternativa sätt att bli förälder. Dessa barn förstår också att adoptionen är bestående. Mellan 8 och 11 år börjar barnets förståelse i fråga om adoptionen öka. De börjar uppfatta det speciella som ligger i adoptivförhållandet. Vissa barn uppfattar dock förhållandet till adoptivföräldrarna som osäkert. Mycket av barnets fantasier går då ut på de biologiska föräldrarnas möjligheter att begära att få tillbaka barnet. Mot slutet av perioden förstår dessa barn emellertid oftast att adoptionsförhållandet är bestående.

Brodzinsky menar att det ändå kan ligga ett värde i att tidigt tala med barnet om adoptionen. Detta skapar grunden för ett ärligt och tillitsfullt förhållande mellan barnet och föräldrarna och befriar föräldrarna från bördan att ha lurat barnet. Tidig information gör också risken liten att barnet på något annat sätt får reda på att det är adopterat. Vidare ger det föräldrarna tillfälle att vänja sig vid det faktum att de är adoptivföräldrar.

Brodzinskys undersökning visar att adoptivföräldrar övervärderar barnets möjligheter att tillgodogöra sig information om adoptionen. Det är viktigt att adoptivföräldrar blir medvetna om barns begränsade möjligheter att förstå. I annat fall finns det risk att föräldrarna tror att de misslyckats i sin uppgift att hjälpa barnet att förstå och anpassa sig till adoptivförhållandet.

¹ D. Brodzinsky: New Perspectives on Adoption Revelation. Paper presented at the World Congress on Adoption, Elat, Israel, May 1982. Se även D. Brodzinsky, C. Pappas, L. Singer och A. Braff: Children's Conception of Adoption: A Preliminary Investigation. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 6, No. 2, 1981

² Se t.ex. Rondell, F. & Michaels, R.: *The Adopted Family*, Book I: You and Your Child. New York, Crown Publishers, 1978.

Herbert Wieder, medicine doktor och psykoanalytiker vid Brookdale Hospital Medical Center, Adoption Study Center, New York, USA, har också forskat i ämnet om och när adoptionen bör avslöjas för barnet.¹ Han har kommit till slutsatsen att ett tidigt avslöjande för barnet att det är adopterat alltid innebär en stor påfrestning för barnet och inverkar hämmande på dess personlighet. Ett litet barn behöver inte veta att det är adopterat. Barnet behöver i stället veta att det tillhör de människor som det uppfattar som föräldrar.

Wieder anser att en ängslan för att det yngre barnet skall anse adoptivföräldrarna oärliga om de inte berättar om adoptionen är överdriven. Det kan ifrågasättas om ett adoptivbarn över huvud taget anser att föräldrarna är oärliga för att de inte berättar tidigt om det rätta förhållandet. Wieder anser att hans undersökningar tyder på motsatsen.

När det gäller frågan om ett barn bör få tillgång till sina adoptionshandlingar vid någon tidpunkt har Wieder följande åsikter. Många adoptivföräldrar är rädda att psykologiskt förlora sitt barn. Denna ängslan förstärks om barnet börjar söka efter sitt ursprung. Önskan hos en adopterad att få uppgifter om sina biologiska föräldrar har emellertid ingenting att göra med en längtan att få återförenas med dessa. Det rör sig i stället om ett behov av att få kunskap. Vetskapen om att ha en obruten genetisk och historisk anknytning till tidigare, nuvarande och kommande familjemedlemmar är en viktig del i ett pubertetsbarns självkänsla. Osäkerheten i fråga om identitet som många barn i puberteten känner förstärks av att veta att man har en ärftlig länk till en person som man vet litet eller ingenting om. Äldre adoptivbarn som önskar söka efter sitt ursprung bör stödjas i detta av sina adoptivföräldrar.

Undersökningar visar att en återförening mellan en adopterad och dennes biologiska föräldrar kan väcka mycket blandade känslor.

Adoptionscentrum har uttryckt följande åsikter i fråga om barnets rätt till sitt ursprung.

I USA finns det i flera stater föreningar för adopterade som kämpar för att adopterade skall få tillgång till sina adoptionshandlingar.

Intresset för ursprunget varierar hos adoptivbarn beroende på åldern. Först frågar barnet efter varifrån det ursprungligen kommer. Senare frågar det varför dess föräldrar lämnade det. När den adopterade närmar sig vuxen ålder börjar han eller hon söka spår efter sig själv.

Det viktigaste för en adopterad är att uppgifter om ursprunget bevaras. En annan sak är att många adopterade aldrig utnyttjar möjligheten att ta del av uppgifterna. Men de vet att uppgifterna finns och att avgörandet om de vill få uppgifter om sitt ursprung ligger hos dem själva.

En undersökning i USA² visar att de lyckligaste adoptivförhållandena är de där adoptivföräldrarna för sig själva och andra erkänt skillnaden mellan att ha ett biologiskt barn och ett adoptivbarn.

När ett svenskt adoptivbarn i vuxen ålder vill söka efter sitt ursprung, vilket i dag inte är ovanligt, kan den adopterade ta kontakt med socialförvaltningen i hemkommunen. En socialsekreterare undersöker de biologiska föräldrarnas situation och berättar om denna för den adopterade. Vill inte föräldrarna för tillfället träffa den adopterade eller är föräldrarnas

¹ On when and whether to disclose about adoption. *Journal of American Psychoanalytical association*, 1978, Vol 26 s. 793-811.

² Kirk, H.D.: *Shared Fate. A theory of adoption and mental health*. New York. Free Press, 1964.

situation sådan att detta inte är lämpligt brukar den adopterade nöja sig med det beskedet.

13.3 Uttalanden om inseminationsbarns behov av att få kunskap om sitt ursprung

Såvitt kunnat utrönas finns inte – vare sig i Sverige eller i utlandet – någon egentlig forskning när det gäller ett inseminationsbarns behov av att få kunskap om sitt ursprung. I Storbritannien har ett par forskare emellertid försökt att mera systematiskt dra paralleller mellan adoption och givarinsemination i detta hänseende.

Joan Brandon har i en skrift från år 1978¹ uttalat bland annat följande.

Vi vet från undersökningar angående adoption att adoptivbarn lever bättre om de får reda på sanningen om sitt biologiska ursprung, under förutsättning att informationen kommer från människor som tycker om dem och som har respekt för deras önskan att få veta detaljer i saken. Denna forskning i fråga om adoption kan ha betydelse vid givarinsemination. Det finns en stor risk att inseminationsbarn får reda på sanningen – t.ex. i puberteten – vid ett familjegräl. I en familj där vissa saker inte kan diskuteras för att de är hemliga för vissa familjemedlemmar måste det bli spänningar och oro som ett barn lätt fångar upp. En anledning till att vi anser det vara svårt att tala om för inseminationsbarnet hur det kommit till är att vi ännu inte har några anvisningar om att göra detta.

Alexina Mc Whinnie har också dragit vissa slutsatser² angående inseminationsbarns behov av att få kunskap om sitt ursprung. Hon menar att ett problem med absolut sekretess vid givarinsemination är att föräldrarna är fångade i en livslögn inte bara i förhållande till barnet utan även i förhållande till släktingar som förutsätter att släktskapet till barnet grundas på blodsband.³ Det finns kanske par som kan leva med denna livslögn men det måste finnas många som tar illa vid sig av kommentarer från släktingar och vänner angående huruvida barnet liknar dem eller inte, från vem barnets egenskaper kommer osv. Adoptionsundersökningar och gruppsamtal med adoptivföräldrar visar att det är för sådana vardagliga kommentarer som adoptivföräldrarna är mest sårbara. Vid intervjuer med adoptivbarn har framkommit att barn fångar upp dolda budskap och ledtrådar genom föräldrarnas blickar, förlägenhet, vrede, nedslagenhet eller genom att de undviker vissa samtalsämnen.⁴ Det är högst sannolikt att också inseminationsbarn på samma sätt fångar upp sådana dolda budskap och ledtrådar. Övåntade avslöjanden för barnet eller avslöjanden under ett familjegräl kan skada barnet mycket. Adoptivbarn känner sig i sådana situationer lurade och vissa tar helt avstånd från sina adoptivföräldrar.

Mc Whinnie ifrågasätter om det kan vara riktigt att beröva ett inseminationsbarn en information som andra människor betraktar som en rättighet att få.

Mc Whinnie menar att problemen kring inseminationsbarnets rätt att få reda på sitt ursprung är mera ett vuxenproblem än ett barnproblem. Det har att göra med våra blandade känslor i fråga om givarinsemination. Det berör inte ett barn som vill bli älskat och värderat för sin egen skull och har

¹ Telling the AID child. Adoption and Fostering 95 (No 1, 1979).

² *Mc Whinnie, A.*: The Case for Greater Openness concerning AID. Paper presented at Buckinghamshire College of Higher Education, september 1982

³ *Snowdon, R.G.* och *Mitchell, G.D.*: The artificial Family. Allen & Unwin, 1981

⁴ Beskrivet även av *Sants, H.J.*: Geneological bewilderment in children with substitute parents. Child Adoption, a collection of papers, ABAFA, 1977.

föräldrar som – utan att skämmas – är stolta över barnet.

Bernard Sandler,¹ medicine doktor i USA, har för sin del uttalat sig mot inseminationsbarnets rätt att få kunskap om sitt ursprung. Sandler pekar på att tillgången på spermagivare skulle minska omedelbart om möjlighet öppnades för barnet att få reda på vem som är givare. Fullständig anonymitet måste föreligga eftersom givaren fått detta löfte från början. Ett annat skäl för att inte tala om saken för barnet anser Sandler vara följande. Vid adoption är alla släktingar och vänner medvetna om att någon av makarna är ofruktsam men de kanske inte vet vem. Om modern inte talar om för barnet att det är adopterat kanske någon annan gör det. Vid givarinsemination är barnet emellertid en produkt av kvinnans kropp. Genom att tala om för barnet att det tillkommit genom givarinsemination avslöjas omedelbart mannens ofruktsamhet vilket till detta ögonblick är något som bara inseminationsparet och läkaren vet om.

13.4 Inseminationsutredningen

13.4.1 Allmänt

Som framgått av den tidigare redogörelsen är synsättet från samhällets sida i fråga om ett barns rätt att få kunskap om sitt ursprung – sådan den kommer till uttryck i nuvarande praxis – mycket olika vad gäller adoptivbarn och inseminationsbarn.

I fråga om adoptivbarn strävar man sedan ett par decennier i Sverige efter en så stor öppenhet i verksamheten som möjligt. Denna öppenhet innebär bland annat dels att barnet mycket tidigt och därefter fortlöpande informeras om att det är adopterat och innebörden av detta faktum, dels att barnet får så mycket uppgifter som möjligt om sina biologiska föräldrar och sitt hemland. Adoptivbarnet har i Sverige sedan länge en lagstadgad rätt att få tillgång till de uppgifter om de biologiska föräldrarna som finns hos olika myndigheter. Lagstiftaren har även i samband med införandet av nya bestämmelser om adoption år 1971 uttalat att ett adoptivbarn bland annat bör ha kvar rätten att föra faderskapstalan med hänsyn till att det kan finnas ett befogat intresse hos barnet att få veta sin härstamning. Samhället hjälper även adopterade att – i den mån det är möjligt och lämpligt – få kontakt med sina biologiska föräldrar.

När det gäller inseminationsbarn har samhället hittills intagit en helt motsatt hållning. Verksamheten omgärdas av mesta möjliga sekretess och en strävan är att så få som möjligt – och helst inte barnet – skall få reda på hur det kommit till. Någon möjlighet för ett inseminationsbarn att få kunskap om vem som är biologisk far till det finns inte heller.

Den forskning som bedrivits i USA, Kanada och Storbritannien angående adoptivbarn talar entydigt för att ett adoptivbarns behov av att få kunskap om sitt ursprung är mycket stort och att möjligheterna att få sådan kunskap har stor betydelse för barnets utveckling. Även organisationer och människor som arbetar med adoptionsfrågor i Sverige förmedlar samma erfarenheter.

I fråga om inseminationsbarn finns ingen motsvarande forskning. Detta är

¹ Adoption and Artificial Insemination by Donor (AID), chapter 12, Medical Aspects of Adoption and Foster Care, Wolhind Stephen (ed) Hememann, 1979.

självfallet en brist när det gäller att ta ställning i en så känslig fråga som dessa barns rätt att få kunskap om sitt ursprung. Vi finner emellertid starka skäl tala för att man – som de engelska adoptionsforskarna Brandon och Mc Whinnie gjort – i fråga om inseminationsbarnen bör utnyttja de forskningsresultat och erfarenheter som finns beträffande adoptivbarns behov av att få kunskap om sitt ursprung.

Frågan om ett barns rätt att få kunskap om sitt ursprung innefattar egentligen flera olika delfrågor. När det gäller inseminationsbarnen kan dessa frågor anges på följande sätt. En fråga är om och när ett barn bör få reda på att den som fungerar som far inte är den biologiske fadern till barnet och hur barnet kommit till. En annan fråga gäller om uppgifter om barnets biologiska ursprung bör bevaras. En tredje fråga rör om ett barn, som inte lever ihop med sin biologiske far, bör ha rätt att få åtminstone några uppgifter om sitt biologiska ursprung. (Detta behöver inte innebära att den biologiske faderns identitet avslöjas.) En fjärde fråga slutligen gäller om barnet bör få veta vem den biologiske fadern är och därmed få möjlighet att uppsöka denne. Vi väljer i det följande att behandla frågorna var för sig.

13.4.2 Ett inseminationsbarns rätt att få reda på hur det kommit till

De allra flesta forskare som sysslar med adoptionsfrågor tycks i dag vara ense om att det är av största vikt för adoptivbarnets utveckling att det får reda på att det är adopterat och att adoptivföräldrarna själva talar om det för barnet. Vad det råder delade meningar om är tidpunkten för när föräldrarna skall börja tala om saken. Vissa forskare menar att föräldrarna så tidigt som möjligt – redan när barnet är i 2-4 årsåldern – bör ta upp frågan och därefter fortlöpande och alltmer fördjupat tala med barnet om saken. Andra menar åter att man överskattat förmågan hos ett adoptivbarn, som inte uppnått skolåldern, att förstå innebörden av att det är adopterat men att man ändå bör tala om saken tidigt med barnet. Någon forskare menar att det kan skada det lilla barnet att börja tala om adoptionen för tidigt.

Som skäl för att föräldrarna tidigt skall tala om för barnet att det är adopterat anför bland annat att detta bidrar till att skapa ett ärligt och tillitsfullt förhållande mellan barnet och adoptivföräldrarna och att barnet därigenom inte riskerar att behöva första gången få höra om det rätta förhållandet från någon utomstående. Det anför också att barn – särskilt i vissa åldrar när de fantiserar mycket över sitt ursprung – har en speciell känslighet för om föräldrarna inte talar sanning eller förtiger något som har med dess ursprung att göra.

Undersökningar visar också att det kan innebära en svår chock och medföra en kris för ett adoptivbarn att på annat sätt än genom fortlöpande och planerade samtal med adoptivföräldrarna få reda på att det inte är föräldrarnas biologiska barn. Adoptivbarn, som kommer i en sådan situation, känner det som att adoptivföräldrarna svikit dem.

För adoptivföräldrar som inte berättar sanningen för sina barn innebär det många gånger en stor press att leva med sin livslögn. Särskilt stor påfrestning medför det att från släkt och vänner behöva höra jämförelser angående

barnets och föräldrarnas utseende, egenskaper e.dyl.

Eftersom någon forskning i detta hänseende inte bedrivits i fråga om inseminationsföräldrar vet man i dag inte så mycket om hur dessa upplever att leva med denna livslögn. Det finns emellertid enligt vårt förmenande all anledning att tro att inseminationsföräldrar inte upplever sin situation mycket annorlunda än adoptivföräldrar.

Under alla förhållanden måste det föreligga risk för att ett inseminationsbarn likaväl som ett adoptivbarn på omvägar får reda på det rätta förhållandet eller att det självt misstänker att allt inte "står rätt till" även om risken torde vara större i fråga om ett adoptivbarn.

Det har på sina håll hävdats att det finns risk för att förhållandet mellan barnet och dess föräldrar – särskilt fadern – skulle försämrats om barnet får reda på att det tillkommit genom insemination. Skall man dra slutsatser från undersökningar om adoptivbarn finns ingen grund för dessa farhågor. Snarare tyder dessa undersökningar på att en öppen och ärlig attityd från föräldrarnas sida i detta hänseende bidrar till ett ännu närmare förhållande mellan barnet och föräldrarna.

Som ett ytterligare argument mot att avslöja sanningen för barnet har framförts att det därigenom skulle avslöjas att kvinnans make eller sambo är ofruktbar.

Även om många inseminationsföräldrar kanske kan uppleva det som önskvärt och praktiskt att behålla för sig själva hur barnet kommit till, kan vi inte anse detta godtagbart från barnets synpunkt. Ett öppet och ärligt förhållande mellan föräldrar och barn torde vara en viktig förutsättning för en positiv utveckling för barnet.

Vi vill alltså starkt betona vikten av att inseminationsföräldrar – så tidigt som det kan anses möjligt och lämpligt och därefter fortlöpande och alltmer fördjupat – talar med barnet om hur det kommit till.¹ Vi anser inte att det lämpar sig att lagstiftningsvägen fastslå denna princip. I stället bör det ankomma på alla dem – i första hand läkare, kuratorer och socialarbetare – som kommer i kontakt med inseminationsföräldrar att understryka vikten av denna öppenhet gentemot barnet. Denna fråga bör ingående diskuteras vid rådgivning, gruppsamtal och utredning angående inseminationsparets psyko-sociala förhållanden.

13.4.3 Frågan om bevarande av uppgifter om ett inseminationsbarns biologiska ursprung

När det gäller adoptivbarn har vi genom de framkomna forskningsresultaten kunnat konstatera att det är av stor vikt för ett adoptivbarn att uppgifterna om de biologiska föräldrarna inte utplånas. Känslan av att inte ha en länk till sitt förflutna skapar hos många människor en känsla av rotlöshet som kan vara svår att klara av.

Som vi tidigare anfört anser vi att man när det gäller inseminationsbarn bör dra slutsatser av de forskningsresultat och erfarenheter som finns beträffande adoptivbarns behov av att få kunskap om sitt ursprung. Vid både adoption och insemination är det ju fråga om barn som från början är helt skilda från åtminstone en biologisk förälder och förutsätts vara det under hela sin

¹ Jfr. vårt förslag i 19.8 om registrering av inseminationsbarn hos pastorsämbetet

uppväxttid. Vi kan inte se annat än att ett inseminationsbarn måste ha ett lika starkt behov och intresse som ett adoptivbarn av att veta att det finns uppgifter bevarade om en biologisk förälder som barnet inte har någon kontakt med.

På samma tungt vägande grunder som i fråga om adoptivbarn anser vi alltså att uppgifter om ett inseminationsbarns biologiska far aldrig bör få utplånas. Det bör följaktligen vara ett oavvisligt krav vid givarinsemination att uppgifter om spermagivaren dokumenteras och bevaras på ett sådant sätt att det går att fastställa vem som är biologisk far till ett visst inseminationsbarn.¹ Av detta följer också att det inte kan anses godtagbart att på kvinnans, hennes makes eller sambos eller givarens begäran förstöra uppgifter om inseminationen i de journaler som förs över behandlingen.²

Nuvarande praxis vid sjukhusen i fråga om journalföring vid givarinsemination kan inte på något sätt anses uppfylla kravet på att den biologiska fadern skall kunna identifieras. Ofta finns över huvud taget inga uppgifter i kvinnans journal om att insemination ägt rum. Beträffande spermagivaren förs endast informella anteckningar som är utformade och som förvaras på ett sådant sätt att oftast bara den ansvarige läkaren och eventuellt hans assistent har tillgång till dem. Det är endast dessa som kan uttyda det kodsysteem som finns i sammanhanget och lämna uppgift om vem som är far till ett visst inseminationsbarn. För att få fram vem som är far till ett inseminationsbarn krävs alltså att man har tillgång till dessa invigda personers uppgifter under lång tid. Vid de flesta sjukhus utplånas dessutom den länk som finns mellan givare och barn efter någon tid. Vid ett sjukhus finns över huvud taget ingen sådan länk.

Om det för framtiden skall finnas möjlighet att få fram vem som är biologisk far till ett inseminationsbarn måste journalföringen vid sjukhusen alltså väsentligen ändras när det gäller givarinsemination. Det måste till att börja med finnas en uppgift i kvinnans och hennes makes eller sambos journal om att givarinsemination har ägt rum. Vidare måste det föras en journal angående givaren.³ Slutligen måste det finnas en länk från kvinnans journal till givarens journal så att det går att få fram vem som är biologisk far till ett visst barn.

Syftet med en sådan journalföring skall alltså huvudsakligen vara att den som har tillgång till både kvinnans och givarens journal skall kunna få fram vem som är biologisk far till ett inseminationsbarn. Detta är viktigt eftersom det kan dröja innan det bli aktuellt att ta fram denna uppgift. Man skall därvid inte behöva vara beroende av att kunskapen är kopplad till en viss individ.

Det bör lämpligen ankomma på socialstyrelsen att utfärda närmare föreskrifter om sjukhusens journalföring vid givarinsemination. Frågan om bevarande av journalerna diskuteras nedan i 13.5.

13.4.4 Frågan om ett inseminationsbarns rätt att få uppgifter angående det biologiska ursprunget

Den forskning som bedrivits i fråga om adoptivbarn visar entydigt att det hos nästan alla adoptivbarn – även om barnet växer upp under goda förhållanden

¹ Se även behovet härav vid faderskapstalan, kapitel 15. Uppgiften är för övrigt också viktig för att kunna stoppa en givare, vars avkomma visar sig ha en ärftlig sjukdom, som härrör från givaren. —

² Angående socialstyrelsens rätt att förordna om förstörande av uppgifter i journal, se 11 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl.

³ Av givarens journal bör – förutom hälsouppgifter och gjorda medicinska undersökningar – bland annat uppgift finnas om hur många barn denne blivit upphov till för att bevaka att givaren inte blir far till för många inseminationsbarn (se vidare 19.5).

hos adoptivföräldrarna och utvecklas väl – i olika skeden av livet finns ett intresse och en undran angående "rötterna". Framför allt puberteten och när man står i begrepp att själv bilda familj tycks vara utvecklingsfaser hos en adopterad då detta intresse är särskilt uttalat. Intresset gäller i första hand varför de biologiska föräldrarna lämnade barnet för adoption men också hur de biologiska föräldrarna ser ut, hur gamla de är, vad de har för sysselsättning samt om de är friska och "normala".

Vi anser att det finns starka skäl att tro att ett inseminationsbarn har lika starkt behov som ett adoptivbarn att få uppgifter om den biologiske förälder som det inte har någon kontakt med. Vi menar att det därför får ankomma på den ansvarige läkaren - som ju får förutsättas bäst känna till givaren – att ge inseminationsföräldrarna någorlunda detaljerade uppgifter om barnets biologiske far t.ex. ungefärlig ålder, sysselsättning, intressen och utseende samt eventuellt något om hans släkt och varför han ställde upp som givare. Sådana uppgifter bör läkaren kunna lämna ut till föräldrarna utan att givarens identitet för den skull skall behöva avslöjas. Uppgifterna får sedan användas av föräldrarna när det skall tala med barnet om dess ursprung.

En lämplig ordning skulle kunna vara att givaren får fylla i ett formulär med uppgifter om sig själv som sedan kan användas vid information om honom. Det bör lämpligen ankomma på socialstyrelsen att utfärda allmänna råd om detta.

13.4.5 Frågan om ett inseminationsbarns rätt att få veta vem den biologiske fadern är

En jämförelse med ett adoptivbarns rätt och behov av att få reda på sitt ursprung

Som vi ovan beskrivit visar forskning och erfarenhet i fråga om adoptivbarn att det viktigaste för ett sådant barn är att uppgifter om dess biologiska ursprung bevaras. Själva vetskapen om att uppgifter om de biologiska föräldrarna finns bevarade någonstans och inte kan utplånas gör att den adopterade inte känner sig av någon utomstående berövad sitt ursprung. Den adopterade upplever i stället att han eller hon själv förfogar över möjligheten att söka efter sina "rötter". Undersökningar visar att denna "förfoganderätt" ofta är tillräcklig för att neutralisera en nyfikenhet hos den adopterade angående ursprunget och leder till att de flesta adopterade aldrig utnyttjar möjligheten att ta del av uppgifter om de biologiska föräldrarna.

Det förefaller alltså psykologiskt viktigt för en adopterad att få känna att det är han eller hon själv som bestämmer.

En fråga som här inställer sig är vilket intresse ett adoptivbarn kan ha av att verkligen få veta de biologiska föräldrarnas identitet.

För många adoptivbarn är den troliga orsaken att barnet vill få närmare kunskaper om vilka de biologiska föräldrarna är, deras bakgrund och släktskapsförhållanden. Avsikten är däremot inte att sammanträffa med de biologiska föräldrarna. Hos andra adoptivbarn torde finnas en önskan att söka upp de biologiska föräldrarna för att närmare lära känna dem och kanske framför allt försöka utröna deras motiv till att de lämnade barnet för

adoption. Så mycket torde dock vara klart att det i allmänhet inte är fråga om att barnet önskar skapa någon känslomässig relation till de biologiska föräldrarna.

Ett adoptivbarn har alltså ett behov av att få skapa sig en positiv bild av de biologiska föräldrarna. Detta sker vanligen genom att barnet frågar ut adoptivföräldrarna om vad de vet om de biologiska föräldrarna. Någon gång blir behovet av att få veta mera så stort att barnet utnyttjar sin rätt att ta reda på vilka de biologiska föräldrarna är genom att söka upp dem.

Utgår man från att ett adoptivbarns behov av att få reda på de biologiska föräldrarnas identitet enbart har att göra med att barnet vill forska närmare i sitt biologiska ursprung – utan att för den skull söka upp de biologiska föräldrarna – torde några särskilda komplikationer inte behöva inträffa. Men i och med att barnet får reda på vilka föräldrarna är öppnas också möjlighet att söka upp dem. Ett möte mellan ett adoptivbarn och dess biologiska föräldrar efter åtskilliga år kan många gånger i sig vara uppslitande. Dessutom kan de biologiska föräldrarnas aktuella situation vara sådan att ett sammanträffande ter sig helt olämpligt och bara skapar konflikt. Av dessa skäl brukar i Sverige ett möte mellan ett svenskt adoptivbarn och dess biologiska föräldrar i allmänhet föregås av samtal och problembearbetning hos någon socialtjänsteman. Har tjänstemannen vid kontakt med de biologiska föräldrarna funnit att ett sammanträffande är olämpligt – på grund av de biologiska föräldrarnas aktuella situation eller för att de helt motsätter sig ett möte – brukar tjänstemannen efter samtal med adoptivbarnet försöka avstyra mötet. De allra flesta adoptivbarn godtar också ett besked om att ett sammanträffande inte bör komma till stånd.

Frågan om ett inseminationsbarns rätt och behov av att få veta vem den biologiske fadern är

Verksamheten med givarinsemination har hittills omgärdats av sträng sekretess och en strävan hos inseminationsföräldrar har i allmänhet varit att för utomstående och för barnet dölja hur deras barn kommit till. Detta har bidragit till att givarinsemination i allmänhetens ögon ofta betraktats som en tvivelaktig metod för att avhjälpa ofrivillig barnlöshet. Allmänhetens inställning till verksamheten har i sin tur sannolikt bidragit till att givarna inte velat att deras identitet skall avslöjas för någon utomstående.

Bland läkare som praktiskt sysslar med givarinseminationer finns en övertygelse om att en ovillkorlig rätt för barnet att få reda på vem den biologiske fadern är skulle medföra att möjligheterna att i framtiden få tag på lämpliga spermagivare skulle försvåras så mycket att verksamheten till följd av detta i praktiken skulle upphöra vid sjukhusen. Det har sagts att risken då skulle vara stor att verksamheten i stället tar sig oönskade former genom till exempel privat förmedling av givare. Något hinder att åka utomlands för att skaffa sig barn genom insemination skulle inte heller föreligga. Jämförelser görs här med den illegala abortverksamhet som förekom i Sverige och de utlandsresor som gjordes i sammanhanget innan den nya lagen om fria aborter infördes.

En icke samhällskontrollerad inseminationsverksamhet – på sätt som en del läkare befarar – kan givetvis inte anses ligga i inseminationsbarnens

intresse. Enligt vår mening är emellertid farhågorna för att givarna inte skulle ställa upp om deras identitet avslöjades överdrivna. En förfrågan, som gjorts bland spermagivare vid Karolinska sjukhuset, talar också i denna riktning. Enligt förfrågan skulle 4 av 12 tillfrågade spermagivare ställa upp även om de barn, som genom deras medverkan kommer till världen, i framtiden får en rätt att i vuxen ålder få veta vem den biologiske fadern är (namn, adress osv.).

Förutom risken för illegal verksamhet har som skäl mot en ovillkorlig rätt för inseminationsbarnet att få veta vem den biologiske fadern är anförts att man inte tar hänsyn till den andra parten i sammanhanget, det vill säga den biologiske fadern. Dennes situation kan – vid det tillfälle när det blir aktuellt för barnet att söka upp honom – vara sådan att det är olämpligt att det kommer fram att han varit spermagivare eller att över huvud taget kontakt tas. Skulle ett sammanträffande mellan barnet och den biologiske fadern framtvingas under sådana omständigheter är det sannolikt att kontakten skulle göra mer skada än nytta för barnet.

Utgångspunkten för våra förslag om inseminationer är barnets bästa. Bedömer man inseminationsverksamheten från det blivande barnets synpunkt finns det tungt vägande skäl som talar för att man – trots risken för att verksamheten skulle minska vid sjukhusen – skall kräva att endast sådana spermagivare används som inte motsätter sig att deras identitet senare kan komma att avslöjas för barnet. Ett sådant ställningstagande skulle förhoppningsvis leda till att det på sikt kunde gå att få fram bara givare som har en ansvarsfull och mogen inställning till sin medverkan.

Enligt vår uppfattning finns det också goda skäl att tro att en lagreglering och därmed ett samhälleligt godtagande av inseminationsverksamheten på sikt kommer att medföra att insemination inte betraktas som ett tvivelaktigt sätt att avhjälpa ofrivillig barnlöshet. En sådan utveckling skulle sannolikt medföra att behovet av att hålla inseminationen och spermagivaren hemlig för barnet inte finns kvar. Det är också troligt att tillgången på lämpliga spermagivare då blir större.

Forskningen i fråga om adoptivbarn visar att endast få adoptivbarn utnyttjar möjligheten att ta reda på vilka de biologiska föräldrarna är och ännu färre söker upp dem. Det viktiga för ett adoptivbarn tycks vara att känna att man själv har avgörandet i sin hand. För de flesta adoptivbarn som söker sitt ursprung tycks det också räcka med att tala igenom och bearbeta sina känslor och funderingar kring adoptionen tillsammans med någon erfaren person. Ofta minskar därefter behovet för att gå vidare i efterforskningarna. Mycket talar för att samma förhållande skulle gälla i fråga om inseminationsbarn. En ovillkorlig rätt för ett inseminationsbarn att i myndig ålder få reda på vem den biologiske fadern är skulle alltså inte med nödvändighet innebära några större olägenheter för de flesta spermagivare.

Vid vägande av de skäl som kan finnas för och emot har vi kommit till uppfattningen att hänsynen till inseminationsbarnens bästa – även i ursprungsfrågan – måste gå före hänsynen till andra inblandade parter. Ett hänsynstagande till inseminationsbarnen kräver att dessa barn i vuxen ålder – liksom alla andra barn – principiellt har en rätt att få reda på den biologiske faderns identitet. Vi är medvetna om att en sådan öppenhet kommer att –

åtminstone övergångsvis – kunna skapa problem för inseminationsverksamheten. Vår förhoppning är emellertid att öppenheten på sikt kommer att gagna samtliga inblandade parter.

Förslag

I det följande lämnas närmare förslag hur ett inseminationsbarns rätt att få veta sitt ursprung skall utformas och hanteras av samhället.

Rätten för ett inseminationsbarn att få tillgång till uppgift om den biologiske faderns identitet föreslås uppkomma när barnet fyllt 18 år. Först då får ett barn i allmänhet anses ha uppnått sådan mognad att det på ett förnuftigt sätt kan handskas med denna känsliga fråga. Denna princip föreslås – med hänvisning till sekretesslagens bestämmelser – lagfäst i den särskilda inseminationslagen.

Ett adoptivbarn som söker sitt ursprung brukar kunna få hjälp från någon socialtjänsteman. Denna person brukar hjälpa barnet att bearbeta känslomässiga problem i sammanhanget samt också i förekommande fall förmedla kontakten mellan adoptivbarnet och den biologiske föräldern. Vi anser att ett motsvarande förfaringssätt skulle kunna vara lämpligt även i fråga om inseminationsbarn.

Vi föreslår därför att utlämnandet av uppgiften om den biologiske fadern skall ske vid social myndighet.

Ett lämpligt tillvägagångssätt skulle kunna vara följande.

Barnet – varvid i princip förutsätts att det uppnått myndighetsålder – uppsöker socialnämnden i den kommun där barnet bor. En tjänsteman har ett eller flera samtal med barnet angående saken på samma sätt som när ett adoptivbarn söker sitt ursprung. Det får förutsättas att det för de flesta inseminationsbarn kommer att vara tillräckligt att få tala igenom saken på detta sätt.

Beträffande det fåtal barn för vilka det inte räcker med samtal och problembearbetning går socialtjänstemannen vidare. Kontakt tas med chefen på kvinnokliniken vid det sjukhus där inseminationen utförts. Klinikchefen lämnar på begäran ut de uppgifter han har om den ifrågavarande spermagivarens identitet. Tjänstemannen gör därefter försök att spåra givaren. Om detta lyckas tar tjänstemannen kontakt med givaren och saken förklaras för denne. Tjänstemannen redogör för inseminationsbarnets situation och frågar hur givaren ställer sig till att hans namn lämnas ut till barnet. Om givaren är med på det lämnar tjänstemannen ut givarens identitet till barnet. Motsätter sig däremot givaren att hans identitet avslöjas diskuteras detta med barnet. Om barnet inte nöjer sig med beskedet kan det rekommenderas att återkomma vid ett senare tillfälle, när förhållandena eventuellt ändrats för givaren eller denne fått ytterligare tid på sig att tänka över saken. Kräver barnet absolut att omedelbart få reda på vem givaren är, måste dock tjänstemannen lämna ut uppgiften.

Det nu beskrivna förfaringssättet överensstämmer alltså med hur dessa frågor i allmänhet löses beträffande ett vuxet adoptivbarns önskan att få kontakt med sina biologiska föräldrar.

Även barn, som är yngre än 18 år, kan uppleva ett stort behov av att få veta

vem den biologiske fadern är. Särskilt i tonåren torde detta behov bli framträdande. Enligt vår uppfattning är ett tonårsbarn emellertid i allmänhet inte känslomässigt moget att använda en information om vem den biologiske fadern är på ett ansvarsfullt sätt. Oftast är det dessutom fråga om att barnet med någon utomstående erfaren person behöver tala igenom de känslor som är förknippade med vetskapen om att barnet tillkommit genom insemination. Vi anser att det lämpligen bör ankomma på sociala myndigheter att hjälpa även dessa ungdomar.

I första hand bör det också i dessa fall bli fråga om samtal mellan barnet och någon socialtjänsteman. I undantagsfall anser vi det motiverat att barnet – särskilt om det är nära 18 år – ges möjlighet att få reda på vem den biologiske fadern är. Samma förfaringssätt som i fråga om ett vuxet inseminationsbarn bör då tillämpas. Beträffande underårigt barn föreslås dock att den biologiske fadern – inte barnet – till slut får bestämma om hans identitet skall avslöjas. Det föreslås alltså, att nuvarande sekretessbestämmelser¹ skall gälla i huvudsak oförändrade i dessa fall. En annan ordning skulle innebära att inseminationsföräldrarna i egenskap av barnets förmyndare skulle ha rätt att få veta vem givaren är till dess barnet fyllt 18 år. Något bärande skäl att tillåta detta kan vi inte finna.

Frågan om kompletteringar av bestämmelserna om sjukvårdssekretess

Bestämmelserna om sekretess inom den allmänna hälso- och sjukvården finns i 7 kap. SekrL. Huvudregeln är att det råder sekretess för uppgift om enskilds hälsotillstånd och andra personliga förhållanden. Sådan uppgift får enligt 7 kap. 1 § SekrL lämnas ut endast om det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men.

Sekretessen gäller inom *hälso- och sjukvård*. Hit hör först och främst den öppna och slutna vård som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) dvs. den vård som bedrivs vid sjukhus samt distriktsläkar- och distriktssköterskemottagningar.

Samma sekretess som råder inom hälso- och sjukvård gäller även *annan medicinsk verksamhet*. Som exempel på sådan verksamhet nämns i lagtexten rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastrering och åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

Uppräkningen i lagtexten i 7 kap. 1 § SekrL skall inte uppfattas som uttömmande utan som en exemplifiering. Man skulle alltså troligen kunna inordna även insemination under begreppet annan medicinsk verksamhet varigenom sjukvårdssekretessen blir gällande även för denna verksamhet. För undvikande av missförstånd eller tveksamhet på denna punkt föreslår vi emellertid att den i 7 kap. 1 § SekrL gjorda uppräknigen kompletteras med ordet *insemination*.

Som regel gäller inte sekretessen gentemot patienten. Detta framgår av 14 kap. 4 § SekrL. Det har tvärtom i 3 § fjärde stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) föreskrivits största möjliga öppenhet mot denne. Från denna princip om öppenhet görs dock bland annat det undantaget enligt 7 kap. 3 § SekrL att sekretessen gäller även i förhållande till den vård- och behandlingsbehövande i fråga om uppgift om hans hälsotillstånd om det med hänsyn

¹ Se 7 kap. 1 § och 14 kap. 4 § SekrL.

till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas ut till honom.

Bestämmelsen rör alltså enbart patientens hälsotillstånd. Det får anses osäkert om en kvinna, som fått givarinsemination och som alltså i princip har rätt att få reda på de behandlingsåtgärder som vidtagits, kan vägras att få uppgiften om spermagivaren. Det är också tveksamt om kvinnans make eller sambo – i den mån denne betraktas som patient i sammanhanget – kan vägras att få sådan uppgift.

Enligt vår mening bör det inte komma i fråga att inseminationsparet skall kunna få uppgifter om givaren och inte heller för övrigt att givaren får uppgifter om inseminationsparet.

I fråga om inseminationsparet föreslår vi – för undanröjande av risken för missförstånd – att det införs ett tillägg till 7 kap. 3 § SekrL innebärande, att sekretessen enligt 7 kap. 1 § SekrL också gäller i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv i fråga om uppgift om spermagivaren vid insemination.

Sekretessen enligt 7 kap. 1 § SekrL föreslås – som ovan anförts – emellertid inte gälla i förhållande till ett inseminationsbarn som fyllt 18 år i fråga om uppgift om spermagivaren. Det bör enligt vår mening av 7 kap. 3 § SekrL också framgå att sekretessen inte gäller i detta fall.

När det gäller givaren förutsätter vi att det inte skall finnas uppgifter i klartext i hans journal om inseminationsparet eller barnet. Någon rätt att få ta del av uppgifter ur kvinnans och hennes makes eller sambos journal om inseminationsbehandlingen torde inte givaren ha eftersom han inte kan anses som patient i sammanhanget. Något speciellt sekretesskydd för inseminationsparet i fråga om givaren torde alltså inte krävas.

I och med att sjukvårdssekretessen blir gällande i fråga om inseminationer blir uppgifter i allmän handling om inseminationen skyddade enligt sekretesslagen i högst 70 år. Därefter finns alltså enligt nuvarande ordning inget sekretesskydd kvar för givaren. Detta torde inte få någon större praktisk betydelse för givarna själva eftersom de flesta sannolikt är döda när sekretesskyddet upphör. Den betydelse upphörandet kan få är att det efter senast 70 år från givartillfället öppnas en möjlighet för barnets släkt att bedriva släktforskning. Något skäl att inskränka denna möjlighet kan vi inte finna. Vi anser alltså att nuvarande 70-årsgräns bör bibehållas även i fråga om uppgifter om givaren vid insemination.

13.5 Bevarande av journaler m.m.

Enligt bestämmelser i kommunallagen skall de handlingar som tillhör landstingskommunens arkiv vårdas och förtecknas. Föreskrifter om arkivvården meddelas av landstingskommunen i den mån inte annat är särskilt föreskrivet.

Riksarkivet utfärdade den 10 december 1978 ett cirkulär med allmänna råd om gallring i medicinska arkiv som bl.a. innebär att journaler i öppen och slutna vård vid sjukhus bör utgallras tidigast 20 år efter det den sista anteckningen gjorts. För journaler som av medicinska skäl behöver sparas längre tid förlängs gallringsfristen.

Riksarkivets gallringscirkulär om medicinska arkiv riktar sig till landstingen och de kommuner som inte tillhör landstingskommuner (Göteborg, Malmö och Gotland). De innehåller allmänna råd som inte är tvingande för mottagaren. Normalt beslutar alltså landstingen och kommunerna själva om bevarande och gallring i sina arkiv.

Journalutredningen har i ett delbetänkande "Bevarande av journaler m.m." (Ds S 1982:5) föreslagit vissa ändrade principer för bevarande av journaler. Förslaget har i remissomgången mött stark kritik och det får anses osäkert vad som kan komma ut av det.

När det gäller anteckningar och andra uppgifter i en personakt som tillhör socialnämndens personregister skall enligt 60 § socialtjänstlagen (SoL) dessa gallras ut fem år efter det sista anteckningen gjorts i akten. Originalhandlingar som rör utredning om att fastställa faderskap eller om underhåll får emellertid enligt 62 § samma lag inte gallras. Det senare motiveras med den stora betydelse sådana handlingar har som bevisurkunder.

I fråga om givarinsemination kommer uppgifter i sjukhusens journaler (både kvinnans, hennes makes eller sambos och givarens) och hos socialförvaltningarna om inseminationen att ha stor betydelse framför allt som information om barnets ursprung. Vi har tidigare understrukt vikten av att sådana uppgifter bevaras för framtiden. Även som bevisfakta vid en eventuell faderskapstalan spelar anteckningarna och inte minst samtycket från kvinnans make eller sambo en central roll. En sådan talan är – som tidigare anförts – enligt nuvarande ordning inte begränsad i tiden. Vi föreslår på anförda skäl att anteckningar om givarinsemination bevaras för framtiden såväl i sjukhusens journaler som socialförvaltningarnas akter.

I fråga om sjukhusjournalerna kräver ett genomförande av detta förslag ändring i riksarkivets gällande råd om gallring i vissa medicinska arkiv.

När det gäller anteckningar i socialnämndens akter föreslås ett tillägg till bestämmelsen om undantag från gallringsplikten (62 § SoL) innebärande att inte heller originalhandlingar som rör utredning om insemination får gallras.

14 Insemination med sperma från en avliden man

14.1 Nuvarande ordning

Om ett barn avlats genom makeinsemination efter mannens död befinner det sig rättsligt sett i en utsatt situation. Beträffande ett sådant barn kan t.ex. faderskapspresumtionen i 1 kap. 1 § FB inte tillämpas. Enligt paragrafens andra mening skall faderskapspresumtionen – förutom enligt huvudregeln – även gälla om modern är änka och barnet föds inom sådan tid efter mannens död att det kan vara avlat dessförinnan. Om barnet avlats efter mannens död torde bestämmelsen alltså inte vara tillämplig utan faderskapet får fastställas enligt 1 kap. 5 § FB. Som nämnts ovan är det osäkert om faderskapet enligt nuvarande ordning kan fastställas enligt den paragrafen.

Även i arvsrättsligt hänseende blir barnets situation otillfredsställande om det avlats efter mannens död. Enligt 1 kap. 1 § ärvdabalken kan arv tas endast av den som lever vid arvlåtarens död. Barn, som avlats före arvlåtarens död, får dock ta arv om det sedermera föds med liv. Ett krav för arvsrätt är sålunda att ett barn avlas innan arvlåtaren dör. Följaktligen saknar ett inseminationsbarn som avlats efter arvlåtarens död arvsrätt efter denne. Inte heller torde ett sådant barn enligt nuvarande ordning ha möjlighet att få barnpension eller grupplivförsäkring efter den avlidne.

När det gäller givarinsemination är frågan om användning av givarens sperma närmast av etisk natur. Rättsligt sett förutsätts ju givaren inte fylla någon funktion.

14.2 Direktiven

Utredaren bör enligt direktiven överväga om makeinsemination med sperma från en avliden make över huvud taget bör få förekomma och hur i så fall de rättsliga problem som kan uppkomma bör lösas.

I fråga om givarinsemination innehåller direktiven ingenting i denna del.

14.3 Inseminationsutredningen

14.3.1 Sperma från avliden man vid makeinsemination

Med den teknik som finns i dag är det möjligt att frysa ner en mans sperma

och lagra den under lång tid. Det är sålunda tekniskt möjligt att avla ett barn långt efter det att den biologiske fadern dött. Ett barn, som avlats efter den biologiske faderns död, blir utan en rättslig far enligt nuvarande ordning. Detta får bl.a. till följd att barnet inte får arvsrätt efter sin far. Sannolikt kommer barnet inte heller i åtnjutande av barnpension eller grupplivförsäkring.

Förutom de rättsliga konsekvenserna av att barnet inte får någon rättslig far i dessa fall tillkommer att barnet från början berövas en fadersgestalt. Det kan hävdas att det i dag inte är ovanligt att barn föds utan att ha en känd far. Skillnaden i detta fall skulle emellertid vara att samhället medverkar till att ett barn från början berövas sin far. Bland barnpsykiatrer och barnpsykologer betonas numera särskilt vikten för barnets utveckling att det har både en far och en mor.

I Sverige finns för närvarande möjlighet att frysa sperma vid tre kvinnokliniker. Enligt uppgift förekommer inte makeinsemination efter makes eller sambos död vid dessa kliniker. Vi bedömer det dock inte som otänkbart att en sådan verksamhet kan uppstå inom en överskådlig framtid.

Vi kan för vår del inte finna något bärande skäl som talar för att man bör tillåta makeinsemination med en avliden mans sperma. Av skäl som anförts ovan anser vi en sådan verksamhet diskutabel från rättslig, psykologisk och etisk synpunkt. Vi föreslår därför att en förutsättning för att makeinsemination skall få ske är att maken eller sambon är i livet vid inseminationstillfället. Därmed jämföras inseminationen även i detta hänseende med befruktning på naturlig väg.

14.3.2 Sperma från en avliden man vid givarinsemination

Om fryst sperma kommer till användning vid givarinsemination torde det innebära ett inte oväsentligt merarbete för läkaren att kontrollera om givaren vid varje insemination med hans sperma är i livet. Vi kan inte se att det av etiska eller andra skäl skulle vara nödvändigt att få till stånd en sådan kontroll. Vi utgår härvid från att det som regel inte kommer att vara fråga om att givaren avlidit innan insemination med hans sperma sker. Givaren förutsätts ju vid givartillfället vara fysiskt frisk och inte alltför gammal. Avgörande härvidlag blir emellertid självfallet hur lång tid sperma från en givare förvaras innan den används. Till denna fråga återkommer vi i 17.2.3.

Vi anser sålunda att den ansvarige läkaren inte skall behöva kontrollera huruvida spermagivaren är i livet vid varje insemination med hans sperma. Framkommer emellertid att spermagivaren är död när det blir aktuellt för givarinsemination med hans sperma bör sperman inte få användas för detta ändamål.

15 Talan om fastställande av faderskap

15.1 Nuvarande ordning

Vill en man som enligt faderskapspresumtionen (1 kap. 1 § FB) skall anses som ett barns far vinna förklaring att han inte är far till barnet, skall han enligt 3 kap. 1 § FB väcka talan mot barnet eller, om barnet har avlidit, dess arvingar.

Har en man erkänt faderskapet enligt 1 kap. 4 § första stycket FB kan han väcka talan mot barnet eller dess arvingar om att erkännandet skall sakna verkan mot honom (1 kap. 4 § tredje stycket FB).

Vinner mannen förklaring att han inte är barnets far eller förklaras faderskapserkännandet sakna verkan skall socialnämnden vidta åtgärder för att få faderskapet fastställt (2 kap. FB). Kan nämnden efter utredning inte få någon man att ta på sig faderskapet och läggs utredningen inte ner får talan om faderskapet väckas vid domstol.

Talan om fastställande av faderskap väcks enligt 3 kap. 5 § FB av barnet.

Har talan om förklaring att en viss man inte är far anhängiggjorts och ännu inte prövats får enligt 3 kap. 13 § FB vid samma domstol väckas talan om fastställande av att annan man är barnets far. Om så sker skall målen handläggas i en rättegång.

15.2 Inseminationsutredningen

Vi har tidigare redovisat som vår uppfattning¹ att kvinnans make eller sambo vid givarinsemination endast skall behöva ikläda sig det rättsliga ansvaret för ett barn som tillkommit med hans samtycke. Har kvinnan haft samlag med en annan man under det att inseminationsbehandlingen pågått skall mannen ha möjlighet att få faderskapsfrågan utredd och prövad. Visas det därvid att den man med vilken kvinnan haft samlag är biologisk far till barnet bör denne också få ta på sig det juridiska ansvaret för barnet. Om det däremot i faderskapsmålet fastställs att barnet tillkommit genom givarinsemination blir mannen som samtyckt till inseminationen i enlighet med huvudregeln att anse som barnets far.

En fråga som uppstår är hur utredningen av ett faderskap skall gå till i dessa fall. För att uppnå ett tillförlitligt resultat krävs blodundersökning av de

¹ Se vidare 7.3.3 och 7.3.4.

inblandade, dvs. modern, barnet, givaren samt eventuella ytterligare män. Vad som komplicerar saken är att givaren endast är känd av den inseminerande läkaren.

Vi har haft kontakt med statens rättskemiska laboratorium (SRL) i frågan. Olika möjligheter har därvid diskuterats.

Enligt ett alternativ skulle varje givare i samband med donation av sperma lämna ett blodprov. Provet skickas till SRL för analys. Ett protokoll upprättas angående de undersökningsresultat som kan vara intressanta för faderskapsbestämning. Protokollet förvaras på sjukhuset. Om faderskapstalan väcks eller sker blodundersökning utanför rättegång tas protokollet fram och används tillsammans med övriga undersökningar för utredning av faderskapet. Givarens identitet skulle inte behöva avslöjas vid faderskapsutredningen.

Det beskrivna förfaringssättet skulle i och för sig vara tekniskt genomförbart. En olägenhet är emellertid att det ofta inte räcker med ett blodprov från de inblandade för att kunna fastställa faderskapet. Olika orsaker kan göra att två eller flera prov måste tas från en eller flera av de berörda. Innan en man utsluts som far till ett barn görs för övrigt av rättssäkerhetsskäl alltid två undersökningar.

Enligt ett annat alternativ skulle blodprovstagning beträffande givaren ske endast om faderskapsfrågan aktualiseras. Därvid förutsätts att givarens identitet är känd.¹ Eftersom en faderskapstalan för den ansvarige läkaren i princip kan väckas vid domstol utan tidsbegränsning krävs också att läkaren bevarar uppgifter om givaren.

En konsekvens, som man därvid inte kommer ifrån, är att givaren måste vara beredd att, om faderskapsfrågan tas upp, ställa upp för en eller flera blodprovstagningar. Hans identitet behöver dock inte avslöjas vid faderskapsutredningen. Hur denna fråga kan komma att inverka på möjligheterna att rekrytera lämpliga givare är svårt att förutsäga. Det kan emellertid inte anses uteslutet att svårigheterna kommer att öka.

Vid en bedömning av vilket alternativ som bör väljas bör man först göra klart för sig hur ofta förfarandet kommer att behöva användas. Vi anser att man på goda grunder kan anta att faderskapsutredningar vid givarinsemination kommer att bli ytterst ovanliga. De människor, som valt insemination som metod för att få barn, lever ofta i ett stabilt parförhållande, som prövats under många års barnlöshet. Det är dessutom inte säkert att mannen i äktenskapet eller sambon begär faderskapsutredning även om barnet inte tillkommit på det sätt som han samtyckt till. Glädjen över att över huvud taget få barn kanske gör att han avstår.

Det första alternativet är kostsamt och omständligt eftersom varje givare schablonmässigt måste undergå en blodundersökning. Dessutom är det – som nämnts ovan – otillfredsställande från rättssäkerhetssynpunkt. Däremot erbjuder det fördelar när det gäller givarens inblandning i saken. Det har kanske också fördelar när det gäller möjligheterna att rekrytera givare.

Det andra alternativet är däremot betydligt mindre kostsamt och mer tillfredsställande från rättssäkerhetssynpunkt. Däremot kräver det att givaren kanske långt efter det han donerat sin sperma blir tvungen att ställa upp för blodprovsundersökning.

¹ Se vidare kapitel 13.

Vid övervägande av de båda alternativen anser vi det andra alternativet

vara att föredra. Möjligen kommer rekryteringsunderlaget i fråga om givare att bli något mindre än enligt det första alternativet. Enligt vår uppfattning bör denna nackdel emellertid inte överdrivas eftersom de fall när en givare i efterhand skall behöva ställa upp för blodprovstagning torde komma att bli ytterst få. Dessutom behöver givaren inte heller med detta alternativ få sin identitet avslöjad i detta sammanhang.

Genom väljandet av det andra alternativet kommer blodundersökning på givare alltså sannolikt bli mycket sällan förekommande. De kostnader som uppstår i och för sådan undersökning torde naturligen få betalas av allmänna medel eller av socialnämnd på samma sätt som blodundersökningskostnader i andra fall.¹

¹ Jämför 19.4.

16 Socialnämnds medverkan vid fastställande av faderskap m.m.

16.1 Nuvarande ordning

Bestämmelser om socialnämnds medverkan vid utredning av faderskap finns i 2 kap. FB. Enligt 1 § skall - om inte faderskapspresumtionen enligt 1 kap. 1 § FB gäller - socialnämnden under vissa förutsättningar försöka utreda vem som är far till barnet och sörja för att faderskapet fastställs. Om faderskapsfrågan kan bedömas med tillräcklig grad av säkerhet på grund av nämndens utredning bör nämnden bereda den som antas vara far till barnet tillfälle att erkänna faderskapet (2 kap. 5 § FB). Nämnden får i vissa fall avbryta utredningsförfarandet. Sålunda får nämnden enligt 7 § lägga ner en påbörjad utredning bland annat om det visar sig omöjligt att få erforderliga upplysningar för bedömning av faderskapsfrågan eller det framstår som utsiktslöst att försöka få faderskapet fastställt av domstol.

I vissa fall kan socialnämnden vara skyldig att verkställa en utredning om faderskapet även när barnet är fött av föräldrar som är gifta med varandra. Det gäller enligt 9 § det fallet att en man enligt faderskapspresumtionen anses som far till ett barn och mannen eller vårdnadshavare begär utredning huruvida annan man kan vara far till barnet och det finnes lämpligt att utredning görs. Några bestämmelser om hur socialnämnden skall förfara om insemination förekommit finns inte.

Direktiven innehåller ingenting i denna fråga.

16.2 Inseminationsutredningen

Vi har i kapitel 15 behandlat frågan hur faderskapet bör utredas om insemination förekommit. Våra förslag kan sammanfattas enligt följande.

Vid makeinsemination på en gift kvinna är faderskapet enligt huvudregeln klar. Mannen i äktenskapet är att anse som far till barnet. Om mannen misstänker att någon annan är barnets far, kan han väcka talan om förklaring att han inte är far till barnet. En utredning av faderskapet följer de vanliga bestämmelserna i FB. Socialnämnden kan, som nämnts ovan, vara skyldig att verkställa en utredning i sådana fall.

Vid makeinsemination på en ogift kvinna fastställs faderskapet genom erkännande eller dom. I dessa fall är socialnämnden enligt bestämmelserna i 2 kap. FB skyldig att medverka vid faderskapsfastställelsen.

I fråga om makeinsemination kan alltså sammanfattningsvis sägas att gällande bestämmelser med det föreslagna tillägget i 1 kap. 5 § första stycket FB är tillräckliga för att få till stånd en faderskapsfastställelse i olika tänkbara situationer.

När det gäller givarinsemination har vi behandlat frågan om utredning av faderskapet i de fall man inte vet vem av flera män som är far. Sammanfattningsvis kan även här sägas att gällande bestämmelser med det föreslagna tillägget i 1 kap. 5 § andra stycket FB är tillräckliga för fastställelse av faderskapet.

I detta sammanhang skall endast den speciella frågan beröras hur man bör förfara, om givarinsemination företagits utan samtycke från kvinnans make eller sambo.

Vi har tidigare¹ föreslagit att en man som inte samtyckt till givarinsemination inte skall behöva bli rättsligt bunden vid ett barn som tillkommit genom inseminationen. Vi kan inte se annat än att denna situation kommer att bli mycket sällsynt. Ändå vill vi något beröra frågan hur man skall förfara i faderskapsfrågan i ett sådant fall.

Enligt gällande bestämmelser är socialnämnden, som ovan nämnts, i princip skyldig att medverka till att faderskapet fastställs. Blir inte kvinnans make eller sambo att anse som far uppkommer frågan, om socialnämnden är skyldig att efterforska vem som är biologisk far till barnet dvs. vem som är spermagivare.

Enligt vår uppfattning skall en spermagivare vid givarinsemination aldrig behöva ikläda sig ansvaret för ett barn som avlats genom insemination med sperma från honom. Detta får anses vara en grundläggande förutsättning för inseminationsverksamheten. Givaren har ju vid spermagivningen utgått från att kvinnans make eller sambo samtyckt till inseminationen och därmed påtagit sig faderskapet. Vi vill därför i sådant fall genom ett tillägg till bestämmelserna i 1 kap. FB om faderskapet till barn utesluta möjligheten av att talan väcks mot spermagivaren angående faderskapet.

Däremot ser vi inget hinder mot att spermagivaren i de mycket sällsynta fall det kan bli fråga om frivilligt tar på sig faderskapet för barnet om inte någon annan man skall anses som rättslig far. Detta måste enligt vår uppfattning anses ligga i linje med barnets behov av att ha en känd far. En förutsättning för detta är emellertid att givaren är känd för annan än den ansvarige läkaren. Några närmare efterforskningar av givarens identitet skall nämnden inte behöva företa.

Vi föreslår alltså att talan angående faderskapet aldrig skall kunna väckas mot spermagivaren vid givarinsemination. Givaren skall sålunda inte i något fall kunna tvingas att ikläda sig faderskapet för ett barn som tillkommit genom givarinsemination. Däremot skall givaren frivilligt kunna ta på sig faderskapet i sådana fall där barnet annars kommer att bli utan en rättslig far. Är sådant åtagande inte aktuellt, får nämnden lägga ner faderskapsutredningen (2 kap. 7 § FB).

¹ Se 7.3.3 och 7.3.4.

17 Användning av fryst sperma vid insemination

17.1 Nuvarande ordning

Det har under senare år blivit allt vanligare att så kallade spermabanker används som ett hjälpmedel vid insemination. I utlandet – främst i USA – är spermabanker uppenbarligen mycket vanliga. Med spermabank avses i detta sammanhang förvaring av mänsklig sperma i fryst tillstånd för senare användning. Spermabank kan utnyttjas både vid makeinsemination och givarinsemination.

Vid makeinsemination kan det vara fråga om en man, som bestämt sig för sterilisering men vill att sperma från honom skall bevaras för den händelse han senare skulle ångra sig. Det kan också röra sig om en man som råkat ut för en sjukdom¹ eller skada² som medför att spermierna med tiden försämrats eller förstörs. I de angivna fallen händer det – åtminstone i utlandet – att män levererar sperma till en spermabank för eventuell användning vid ett senare tillfälle.

Ett annat användningsområde för spermabanker är att frysa ner sperma från anonyma givare för senare användning vid givarinsemination. Flera praktiska fördelar jämfört med användning av färsk sperma uppkommer därmed. Utbudet av sperma ökar dels genom att varje spermagivning kan uppdelas i flera portioner och dels genom att sperma kan levereras från olika landsändar. Dessutom blir tillvägagångssättet vid insemination smidigare i och med att givare och mottagare inte behöver ställa upp vid samma tillfälle.

I Sverige finns för närvarande möjlighet att frysa sperma vid tre kvinnokliniker. Vi har valt att i det följande inte tala om spermabank eftersom detta begrepp enligt vår uppfattning lätt för tanken till upplagring av sperma i stor skala för affärsmässiga syften. Som kommer att framgå av det följande vill vi inte tillåta frysning av sperma för sådant ändamål.

17.2 Inseminationsutredningen

17.2.1 Användning av fryst sperma vid makeinsemination

Vi ställer oss mycket tveksamma till användning av fryst sperma vid makeinsemination. Skälet är att vi ser makeinsemination som en behandling

¹ T.ex. cancer som kräver strålbehandling med åtföljande förstöring av spermaproduktionen.

² Vissa ryggsador t.ex. i samband med en trafikolycka

för sådana människor som inte kan få barn tillsammans på ett naturligt sätt. Vi ifrågasätter om man bör utvidga användningsområdet till att avse även fall där inseminationen inte ersätter samlaget. Vi förordar därför att endast färsk sperma får användas vid makeinsemination. Enligt vår uppfattning bör det ankomma på socialstyrelsen att utfärda föreskrifter i saken.

Vid bedömning av om makeinsemination bör få förekomma över huvud taget med sperma som varit fryst bör en viktig faktor vara hur lång tid som sperman förvarats. Enligt vår uppfattning bör det inte få komma in fråga att utföra insemination med sperma som förvarats under någon längre tid.¹

I övrigt bör samma medicinska och andra krav få ställas på inseminationsparet vare sig insemination skett med färsk sperma eller sperma som varit fryst. Under inga förhållanden bör makeinsemination få ske om kvinnans make eller sambo avlidit före inseminationen.

När det gäller makeinsemination med färsk sperma har vi tidigare uttryckt uppfattningen att den omständigheten att mannen ställer upp med spermagivning – vilket måste ske i tidsmässig anslutning till inseminationen – får anses innefatta ett tillräckligt samtycke från hans sida. Använder man fryst sperma vid makeinsemination är en sådan ordning emellertid inte tillfredsställande. Insemination kan ju då komma att ske långt efter spermagivningen. Man kan då inte längre vara säker på att mannen är med på att hans sperma används för insemination. Enligt vår uppfattning är det därför vid senare användning av mannens sperma nödvändigt att dennes samtycke inhämtas före inseminationen. Det torde i dessa fall vara lämpligt att tillämpa samma förfarande i fråga om samtycke som vid givarinsemination².

17.2.2 Användning av fryst sperma vid givarinsemination

Som omtalats inledningsvis används fryst sperma vid givarinsemination huvudsakligen för att underlätta och förenkla verksamheten.

Om fryst sperma används för dessa syften kan vi inte se några vägande skäl som talar emot att fryst sperma utnyttjas vid givarinsemination. I Sverige tycks fryst sperma endast ha sådant användningsområde.

En användning av fryst sperma för att som till exempel på sin håll i USA i affärsmässiga syften bygga upp en kader av givare med olika egenskaper och kvalifikationer ställer vi oss däremot helt avvisande till.³

En fråga som uppkommer vid användning av fryst sperma vid givarinsemination är om samtycke till användning av sperman bör avges av givaren i samband med inseminationen. Det kan ju vara så att givaren vid behandlingstillfället inte längre är med på att hans sperma används för insemination.

Enligt vår uppfattning skulle det vara alltför krångligt att kräva givarens samtycke varje gång hans sperma skulle användas. Begränsas tiden, under vilken sperma får förvaras i fryst tillstånd, anser vi att givaren får ta på sig den olägenhet som det kan innebära att hans sperma mot hans vilja används vid ett senare tillfälle. Givaren bör dock vara informerad om och ha samtyckt till att hans sperma kommer att nedfrysas. Återkallar givaren sitt samtycke bör hans sperma dock givetvis inte få användas därefter.

Vi föreslår alltså att, om givaren har samtyckt till att hans sperma nedfrysas

¹ Se vidare 17.2.3.

² Se 12.3.2.

³ Se vidare 19.5.

för användning till insemination vid ett senare tillfälle, får han därigenom anses ha gått med på att sperman under hela förvaringstiden används för insemination såvida han inte återkallar sitt samtycke.

17.2.3 Förvaring av sperma i fryst tillstånd

En fråga som uppkommer när det gäller fryst sperma är hur länge sperma bör få förvaras i banken innan den används för inseminationsbehandling. I USA förvaras fryst sperma oftast inte mer än tre månader och ytterst sällan mer än 24 månader.

Motstridiga synpunkter gör sig här gällande. Förvaringen av sperma i fryst tillstånd skall i första hand ha som ändamål att åstadkomma smidigare behandlingsrutiner. I och med att fryst sperma finns att tillgå behöver inte någon "tidsmässig matchning" av givaren och kvinnan göras. Insemination kan ske när det från medicinsk synpunkt är lämpligt för kvinnan och utan hänsynstagande till om det finns någon lämplig givare som kan ställa upp just vid det tillfället. För detta ändamål behövs inte längre förvaring av sperman än högst några månader.

Mot en längre tids förvaring av sperma i fryst tillstånd talar också att givaren bör ha någon överblick över hur hans sperma används. Vi har i föregående avsnitt föreslagit att givaren under förvaringstiden får anses ha godtagit att hans sperma används för det ändamål han tillhandahållit den. Detta kräver enligt vår uppfattning att förvaringstiden inte blir för lång.

Ett ytterligare skäl mot en långtidsförvaring av sperma är att man så långt möjligt bör undvika att sperma används från en givare som avlidit. Man bör enligt vår uppfattning skapa bästa möjliga betingelser för att inseminationsbarnet längre fram skall kunna – om barnet vill och det är möjligt och lämpligt – uppsöka sin biologiske fader.

Ett skäl som å andra sidan talar för en något längre tids förvaring är att det kan finnas ett intresse hos inseminationsföräldrarna att få ett helsyskon till sitt barn. Detta skäl talar för att man bör godta en förvaring upp till åtminstone ett par år.

Vi anser inte att argumentet angående möjligheten att få helsyskon med användning av fryst sperma väger särskilt tungt i sammanhanget. Vill inseminationsföräldrarna ha ett helsyskon till sitt inseminationsbarn är det rimligt att samma spermagivare tillfrågas om han vill ställa upp en gång till.

Vid frysning av sperma kan ett ejakulat delas upp så att det räcker för hela den behandlingsperiod som kan bli aktuell för en kvinna (6-9 månader). Med hänsyn till detta och till vad ovan anförts föreslår vi att sperma får förvaras i fryst tillstånd under högst ett år. Det bör ankomma på socialstyrelsen att utfärda allmänna råd om detta.

18 Straffrättsligt ansvar vid insemination

18.1 Nuvarande ordning m.m.

En läkare som inte utför behandling i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet kan enligt 12 § läkarinstruktionen (1963:341) dömas till böter eller fängelse i högst sex månader. Vidare kan han enligt 10 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. efter prövning av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd åläggas disciplinpåföljd (erinran eller varning) om han uppsåtligt eller av oaktsamhet åsidosätter vad som åligger honom i hans yrkesutövning och felet inte är ringa. Slutligen skall läkarens legitimation enligt 15 § samma lag återkallas bland annat om han eller hon varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket.

I fråga om övrig hälso- och sjukvårdspersonal finns också möjlighet till disciplinär bestraffning med tillämpning av 12 § nämnda tillsynslag.

Dessa bestämmelser torde få anses tillämpliga även när en läkare och övrig sjukhuspersonal tar befattning med insemination. För övriga personalkategorier som på ett straffvärt sätt tar befattning med denna verksamhet finns emellertid för närvarande inga straffbestämmelser.

Utredningens direktiv innehåller ingenting i fråga om det straffrättsliga ansvaret vid insemination.

18.2 Inseminationsutredningen

Våra förslag i fråga om inseminationer utgår från principen att verksamheten skall få bedrivas endast om den kan anses förenlig med det blivande barnets behov och intresse. När det gäller makeinseminationer har vi inte ansett det påkallat att i någon större utsträckning reglera verksamheten eftersom den kan jämföras med andra gynekologiska åtgärder för att avhjälpa barnlöshet.

I fråga om givarinsemination har vi emellertid funnit det angeläget att det – med hänsyn till det blivande barnet – införs bestämmelser som reglerar verksamheten. Sålunda har vi föreslagit bland annat bestämmelser om att endast sjukhus där erforderlig kompetens finns skall få utföra givarinsemination. Vidare har förslag lämnats angående juridiska, medicinska och psyko-sociala villkor för att insemination skall få utföras. Syftet har ytterst varit att samhället skall få en kontroll över att verksamheten bedrivs i inseminationsbarnens intresse.

Det är enligt vår uppfattning självfallet angeläget att inseminationsverksamheten bedrivs endast i de former som vi föreslagit. Någon form av privat verksamhet utanför samhällets kontroll kan vi inte anse vara förenlig med de blivande inseminationsbarnens intresse.

Efterlevnaden av de föreslagna bestämmelserna om insemination förbättras sannolikt om man inför en straffbestämmelse som tar sikte på att förhindra att verksamheten med i första hand givarinseminationer bedrivs på ett otillbörligt eller annars olämpligt sätt. Vi anser emellertid att det är att gå för långt att bestraffa varje befattning med verksamheten som inte bedrivs i enlighet med lagens föreskrifter. Sålunda finner vi inte tillräckligt bärande skäl för att straffa en kvinna som själv utför givarinsemination utanför ett sjukhus' kontroll. Inte heller anser vi det vara påkallat att bestraffa en spermagivare som vid något enstaka tillfälle ställer upp under sådana omständigheter för att hjälpa kvinnan.

Enligt vår uppfattning är det däremot angeläget att beivra en icke samhällssanktionerad verksamhet som bedrivs mera vanemässigt dvs. vid upprepade tillfällen eller i mera organiserad form. Också verksamhet som inte direkt kan betraktas som vanemässig men som bedrivs i vinningssyfte är enligt vår uppfattning straffvärd. Vi föreslår därför införandet av en lagbestämmelse som straffbelägger all inseminationsverksamhet som bedrivs vanemässigt eller i vinningssyfte i strid mot vad som föreskrivits om verksamheten.

Vi anser att även personer som medverkar till en mera organiserad eller vinningsinriktad verksamhet utanför samhällets kontroll bör kunna fällas till ansvar.

När det gäller läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som bedriver inseminationsverksamhet i strid mot lagen får i första hand de tidigare redovisade bestämmelserna i läkarinstruktionen anses tillämpliga. Straffbestämmelsen riktar sig sålunda i första hand mot privatpersoner eller privata organisationer som vanemässigt eller i vinningssyfte bedriver verksamhet med givarinseminationer. Också givare som vanemässigt eller i vinningssyfte tillhandahåller sperma i strid mot lagens påbud bör kunna straffas.

19 Övrigt

19.1 Allmänt

Vi har i det föregående tagit upp de som vi uppfattat viktigaste frågorna när det gäller en reglering av verksamheten med inseminationer. Självfallet inrymmer verksamheten också en hel del andra problem. I direktiven nämns att utredningen bör ta upp till exempel frågor som rör blandning av sperma från flera givare och ekonomisk gottgörelse till givaren.

I det följande upptas dessa och några andra frågor till behandling.

19.2 Fråga om blandning av sperma

Blandning av sperma i och för givarinsemination kan förekomma på olika sätt. Den vanligaste formen är att sperma från två eller flera olika givare blandas. En annan form är att sperma från en givare och från kvinnans make eller sambo blandas. Syftet i det förra fallet är – förutom att förbättra möjligheterna till befruktning – att försvåra möjligheterna att fastställa vem som är upphov till barnet. I det senare fallet är det fråga om att kvinnans make eller sambo skall kunna uppleva sig som tänkbar biologisk far till barnet.

En den första formen närliggande variant vid insemination är att kvinnan insemineras två eller flera gånger under samma menstruationscykel med olika mäns sperma.¹

Blandning av sperma förekommer – såvitt känt – över huvud taget inte i Sverige. Däremot lär det förekomma i andra länder. Det kan inte anses uteslutet att en sådan verksamhet kan komma igång även i Sverige.

Det har från läkarhåll hävdats att möjligheterna att få till stånd en graviditet kan minska om sperma från en givare blandas med sperma från kvinnans make eller sambo. Detta har att göra med att det kan vara någonting i den senares sperma av immunologisk art som gör att befruktning på naturlig väg inte kunnat ske.

Som vi tidigare i olika sammanhang redovisat anser vi att givarens identitet måste kunna fastställas. Blandning av sperma från olika givare eller insemination med olika mäns sperma inom samma menstruationscykel försvårar möjligheterna till identifikation. Även blandning av sperma mellan givaren och kvinnans make eller sambo kan försvåra sådan identifikation. Vi föreslår därför att det inte skall vara tillåtet att vid givarinsemination använda

¹ Förekommer t.ex. i USA och Norge.

olika mäns sperma på sådant sätt att identifikation av den biologiske fadern försvåras. Det bör lämpligen ankomma på socialstyrelsen att utfärda föreskrift om detta.

19.3 Ekonomisk gottgörelse till spermagivaren

Det tycks vara genomgående för verksamheten i Sverige att givaren får någon ekonomisk gottgörelse. Ersättningen varierar men tycks genomsnittligt ligga på 200 kr. för varje spermagivning. Gottgörelsen avses utgöra kompensation för resekostnader m.m. Med ett undantag (regionsjukhuset i Linköping) är det vid samtliga kvinnokliniker, som bedriver verksamhet med givarinseminationer, så att kvinnan står för ersättningen till givaren. Pengarna förmedlas på ett informellt och diskret sätt till givaren genom den ansvarige läkarens försorg.

I Linköping är det landstinget som står för ersättningen till givaren. Med hänsyn till kravet på att givaren skall få vara anonym förfar man på det sättet att givaren får sin ersättning ur ett anslag för expenser, över vilket klinikchefen förfogar utan närmare redovisningsplikt. Något kvitto på att givaren mottagit pengarna skrivs inte. Klinikchefen redovisar vid budgetårets slut att anslaget bland annat använts för ett visst närmare angivet antal spermagivningar samt anger spermagivarnas kodnummer. Dessa uppgifter anses tillräckliga vid revision. För närvarande uppgår ersättningen till givarna i Linköping årligen till ungefär 15 000 kr.

Enligt direktiven bör utgångspunkten vara att kostnaderna för inseminationsverksamheten skall betalas av dem som anlitar tjänsterna.

Vår uppfattning är att om samhället godtar en verksamhet med inseminationer bör inseminationsbehandlingen jämföras med varje annan medicinsk behandling. I konsekvens med detta bör behandlingen – förutom den vanliga patientavgiften – vara kostnadsfri för patienten.

Spermagivning kan från ersättningssynpunkt jämföras med till exempel blodgivning. Vid blodgivning erhåller givaren en schablonersättning för uppkomna kostnader. Vi anser det rimligt att även spermagivaren erhåller sådan kompensation.

Däremot är vi emot att givaren därutöver erhåller någon gottgörelse för sina tjänster. Spermagivning måste enligt vår mening vila på en ideell grund.

Vi anser alltså att det bör vara respektive landsting som – på sätt som sker vid regionsjukhuset i Linköping – står för ersättningen till givarna. Det bör ankomma på landstingen att själva fastställa ersättningens storlek samt hur redovisning bör ske. De ökade kostnader som läggs på respektive landsting får betecknas som marginella.

Genom samhällets kontroll skapas bättre garantier än i dag för att spermagivning blir att anse som en huvudsakligen ideell företeelse.

19.4 Gräns för antal graviditeter beträffande en givare

I debatten kring inseminationer uttrycks på sina håll farhågor för att en verksamhet med givarinsemination skulle kunna medföra risk för ett ökat

antal ärftliga sjukdomar hos kommande generationer. Som grund för dessa farhågor har åberopats att eftersom ett inseminationsbarn inte känner till vem som är dess biologiske far kan det inträffa att en man och en kvinna med samma far får barn tillsammans. Det nära släktskapet skulle öka risken för att deras avkomma fick en ärftligt betingad sjukdom.

De flesta som sysslar med givarinsemination i Sverige tillämpar en övre gräns i fråga om antalet graviditeter som en och samma spermagivare får bli upphov till. Vanligen tillåts en givare bli far till högst 4-6 barn. Genom tillämpning av en sådan övre gräns anses inte heller behövas någon närmare genetisk undersökning på givaren.

Även om riskerna för att halvsyskon får barn med varandra får anses vara mycket liten med den omfattning som inseminationsverksamheten har i Sverige, anser vi det ändå rimligt att ha några normer för hur många barn en och samma givare bör få bli upphov till. Den gräns som tillämpas på de flesta håll i landet förefaller oss väl avvägd. Vi anser det emellertid inte lämpligt att lagstiftningsvägen fastslå en viss övre gräns. De lokala förhållandena kan vara sådana att variationer kan vara motiverade. På orter med stort befolkningsunderlag kan det t.ex. kanske finnas utrymme för att använda en givare för fler än sex graviditeter medan det motsatta förhållandet bör gälla på en ort med litet invånarantal.

Används fryst sperma kan det bli fråga om att leverera sperma till andra orter än där givaren är bosatt. Därigenom skulle också givaren kunna användas för ett något större antal graviditeter än det rekommenderade.

Enligt vår mening bör det lämpligen ankomma på socialstyrelsen att utfärda allmänna råd i saken.

19.5 Önskemål om kvalifikation och egenskaper hos givaren

Genomgående för inseminationsverksamheten i Sverige tycks vara att inseminationsparet i princip inte kan ställa några krav i fråga om givaren. Dock eftersträvas uppenbarligen att givarens utseende i fråga om hårfärg, ögonfärg och kroppsbyggnad så långt möjligt överensstämmer med kvinnans make eller sambo. Syftet med denna strävan är att inseminationsbarnet utseendemässigt skall kunna framstå som mannens biologiska barn varigenom hemligheten kring barnets verkliga tillkomst lättare kan bevaras.

Från USA har framkommit uppgifter om att det på många håll, där inseminationsverksamhet bedrivs i privat regi, finns möjlighet för ett inseminationspar att beställa en givare med speciella egenskaper och kvalifikation till exempel nobelpristagare, musiker eller idrottsmän.

Som vi utvecklat tidigare¹ är vi emot det hemlighetsmakeri som omgärdar inseminationsverksamheten. Vi anser det viktigt att barnet får reda på att det är ett inseminationsbarn. Som skäl för att bevara hemligheten för barnet finner vi därför en strävan om utseendemässig likhet mellan barnet och mannen inte godtagbar.

Däremot anser vi att det kan finnas fog för att ett inseminationspar gentemot omgivningen vill bevara sin hemlighet. Vi vill därför inte motsätta

¹ Kapitel 13.

oss att utseendemässig likhet mellan givaren och den rättslige fadern eftersträvas av detta skäl.

Vi motsätter oss däremot helt att några andra krav skall kunna ställas i fråga om givaren. En verksamhet av den typ som förekommer i USA anser vi oetisk och stridande mot det grundläggande syftet med inseminationer, som ju är att hjälpa ofrivilligt barnlösa par att få barn.

Det bör ankomma på den ansvarige läkaren att se till att verksamheten bedrivs på lämpligt och etiskt godtagbart sätt i ifrågavarande hänseende.

19.6 Fråga om införsel till riket av fryst sperma

Det har genom i första hand massmedia framkommit uppgifter om att det i utlandet förekommer spermabanker som drivs i kommersiellt syfte. Framför allt i USA förekommer uppenbarligen ett flertal mycket stora spermabanker med sådan inriktning. I New York lär till exempel finnas en bank med sperma från ungefär 30 000 spermagivare. Sperma från en man med vissa önskvärda egenskaper kan beställas per postorder, även från utlandet.

Vi kan i och för sig ha förståelse för att i Sverige bosatta människor med främmande etniskt ursprung skulle kunna vara betjänta av om sperma kunde importeras från deras hemland för givarinsemination. Risker – om man tillåter import av fryst sperma till Sverige – är emellertid att kvinnor, som inte kan få insemination i Sverige, på privat väg kommer att köpa sperma från utlandet för självinsemination. En sådan verksamhet utom samhällets kontroll motverkar helt de strävanden att skydda de blivande inseminationsbarnen som våra förslag syftar till. Möjligheterna att från samhällets sida skilja import av sperma i vällovligt syfte från en affärsmässig import av sperma för kanske illegal användning torde vara mycket små.

Med hänsyn till det anförda anser vi att övervägande skäl talar för att förbjuda införsel av fryst sperma till Sverige. Vi föreslår att ett sådant förbud införs i den särskilda inseminationslagen.

19.7 Fråga om bidragsförskott i vissa fall vid givarinsemination

Enligt 1 § andra stycket lagen (1964:143) om bidragsförskott lämnas bidragsförskott av allmänna medel till barn om ingen av föräldrarna eller endast en av dem har vårdnaden om barnet. Förskottet lämnas i förhållande till förälder som inte har vårdnaden såvida inte denne varaktigt bor tillsammans med barnet. Om båda föräldrarna har vårdnaden om barnet men barnet bor varaktigt tillsammans med endast en av dem, lämnas bidragsförskottet i förhållande till den andra föräldern. Förälder i förhållande till vilken bidragsförskott lämnas kallas i lagen underhållsskyldig.

Syftet med bidragsförskott är att tillförsäkra barnet ett underhåll även om den underhållsskyldige föräldern inte betalar. Grundtanken är alltså att det skall finnas en förälder som är underhållsskyldig.

När det gäller givarinsemination i ett parförhållande uppkommer med våra förslag inga speciella problem i detta hänseende. Kvinnans make eller sambo

har genom sitt samtycke till inseminationen tagit på sig alla skyldigheter som normalt åvilar en biologisk far. Vid en skilsmässa eller separation mellan inseminationsföräldrar skall alltså samma regler gälla i fråga om bidragsförskott för inseminationsföräldrar som för andra föräldrar.

Annorlunda förhåller det sig vid givarinsemination på en ensamstående kvinna. I det fallet förutsätts den biologiske fadern (givaren) inte ha några skyldigheter i förhållande till barnet. Vi har visserligen i det föregående föreslagit att givarinsemination på en ensamstående kvinna inte skall vara tillåten. Man kan emellertid inte bortse ifrån att sådana barn även i framtiden kommer att komma till världen på illegal väg. Frågan är om bidragsförskott bör utgå i dessa fall.

Om en kvinna efter lagens ikraftträdande illegalt skaffar ett inseminationsbarn bör hon enligt vår uppfattning få ta konsekvenserna av detta. Något bidragsförskott bör alltså inte utgå i dessa fall. En annan ordning skulle kunna uppmuntra ensamstående kvinnor att på illegal väg skaffa sig barn genom insemination. Dessutom skulle det kunna leda till att kvinnor som inte önskar uppge vem som är far till ett barn – och som därför i dag kan förvägras bidragsförskott – skulle kunna komma ifrån att lämna ut namnet på fadern under sanningslöst påstående att barnet tillkommit genom givarinsemination. Detta skulle kunna ha en olycklig inverkan på de strävanden från samhällets sida som sedan länge föreligger att utreda vem som är ett barns far.

19.8 Registrering av uppgift om barns ursprung hos pastorsämbetet

19.8.1 Nuvarande ordning

Bestämmelser om folkbokföring finns i folkbokföringsförordningen (FBF 1967:198). Folkbokföring sker dels fortlöpande hos pastorsämbetet – i kyrkoböcker och andra register för varje församling av svenska kyrkan (kyrkobokföring) – och dels årligen hos lokal skattemyndighet i mantalslängder församlingsvis för varje kommun (mantalsskrivning).

I folkbokföringskungörelsen (FBK 1967:495) har regeringen utfärdat närmare föreskrifter för tillämpning av bestämmelserna i FBF. I 11 § FBK finns en uppräknig av vilka handlingar som skall föras.

Av intresse i detta sammanhang är i första hand personakt samt födelse- och dopboken. För varje inom landet kyrkobokförd person skall finnas en personakt som bland annat innehåller personens namn, personnummer, födelsehemort eller födelseort och kyrkobokföringsort. Personakten följer alltid med personen till dennes aktuella kyrkobokföringsort.

Födelse- och dopboken förs däremot löpande. Uppgifter i den om en person stannar följaktligen kvar hos det pastorsämbete där uppgiften registrerats.

I såväl personakt som födelse- och dopbok förs in uppgifter om en persons biologiska föräldrar och i förekommande fall adoptivföräldrar. Någon uppgift om insemination finns däremot inte.

Uppgifterna är i vissa fall sekretesskyddade enligt 7 kap. 15 § sekretess-

lagen. Enligt denna bestämmelse skall sekretess gälla i verksamhet som avser folkbokföringen eller annan liknande registrering av befolkningen för uppgift om enskilda personliga förhållanden, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs.

Till sekretesskyddade uppgifter i folkbokföringen räknas som regel bland annat förekomsten av barn i familjehem, uppgifter om att barns föräldrar inte är gifta med varandra samt uppgifter om adoption.

Eftersom uppgifterna om biologiskt ursprung och adoption rör barnet självt gäller sekretessen i detta hänseende inte mot barnet. Barnet har alltså – när det nått tillräcklig mognad – rätt att få ta del av sådana uppgifter hos pastorsämbetet.

19.8.2 Inseminationsutredningen

Utgångspunkten för våra förslag i fråga om inseminationer har varit att se till inseminationsbarnens bästa. Det har därvid varit ändamålsenligt att i många stycken göra jämförelser med adoptivbarnens situation. Bland annat i ursprungsfrågan har vi dragit sådana paralleller.

Vi har – när det gäller frågan om barnets rätt att få reda på sitt ursprung – framhållit vikten av att barnet får reda på att det har kommit till genom givarinsemination. Det har i första hand lagts på tjänstemän som kommer i kontakt med de blivande inseminationsföräldrarna att informera dessa om barnets behov i detta hänseende.

I fråga om adoptivbarn finns alla tillgängliga persondata registrerade hos pastorsämbetet. Sålunda kan ett adoptivbarn, som vill ha uppgifter om sitt ursprung, vända sig till pastorsämbetet när det uppnått erforderlig mognad och få ut dessa uppgifter. Någon motsvarande möjlighet har för närvarande inte inseminationsbarnen eftersom någon uppgift om inseminationen inte finns hos pastorsämbetet.

Vi anser det principiellt felaktigt att i pastorsämbetets register tillåta en medvetet oriktig uppgift om ett inseminationsbarns ursprung. Det kan inte anses gagna dessa barn. Tvärtom bidrar en sådan oriktig uppgift till att bevara det hemlighetsmakeri som för närvarande omgärdar inseminationsverksamheten. En uppgift om inseminationen i pastorsämbetets register kommer däremot sannolikt att leda till att det blir svårt för inseminationsföräldrar att undandra sig sitt ansvar att berätta sanningen för barnet om dess ursprung.

Vi anser alltså att sakliga skäl talar för en registrering av inseminationen hos pastorsämbetet.

En fråga som härvid uppkommer är vad som bör registreras. Om man fortsätter att göra jämförelser med adoptionsförhållanden bör såväl en uppgift om att barnet tillkommit genom insemination som den biologiske faderns (spermagivarens) namn registreras.

Enligt vår uppfattning uppnår man syftet med registreringen även om man bara registrerar att barnet har tillkommit genom givarinsemination. Skulle också den biologiske faderns namn registreras föreligger risk att dennes namn kommer ut till en vidare krets. Detta har att göra med att sekretessen inte är lika stark inom folkbokföringen som inom hälso- och sjukvården.

Under alla förhållanden skulle inseminationsföräldrarna kunna få uppgift om namnet på spermagivaren så länge barnet är ommyndigt eftersom de då är barnets förmyndare.

Vi anser att den biologiske faderns identitet är något som bara rör barnet personligen. Enligt förslaget i kapitel 13 kan barnet efter fyllda 18 år få ut uppgiften om den biologiske fadern på annat sätt än genom pastorsämbetet. Vi vill därför inte gå så långt att den biologiske faderns namn registreras i pastorsämbetets register.

Vi föreslår alltså att det hos pastorsämbetet skall registreras att ett barn har tillkommit genom givarinsemination. Uppgiften bör lämpligen föras in i personakten och födelse- och dopboken samt spärras dvs. göras sekretess-skyddad.

Den fråga som slutligen inställer sig är hur uppgifter om inseminationen skall förmedlas till pastorsämbeten.

Uppgifter om ett nyfött barn förmedlas vanligen till pastorsämbetet av barnmorskan som förlöser barnet. Barnmorskan har dock i allmänhet inte tillgång till den journal där uppgifter om inseminationen förutsätts finnas dvs. gynekologens journal. För att kunna få reda på om ett barn avlats genom insemination blir hon därför beroende av att barnets föräldrar lämnar uppgift om detta. En sådan ordning för att fånga upp inseminationsbarnen kan aldrig bli heltäckande.

En säkrare och mera praktisk ordning torde vara att uppgiftsskyldigheten till pastorsämbetet när det gäller inseminationen läggs på den för inseminationen ansvarige läkaren. Denne får därvid förutsättas följa upp fallet även sedan kvinnan blivit gravid genom insemination. Det bör alltså ligga på läkarens ansvar att ta reda på om graviditeten leder till att ett barn föds. Sedan han fått reda på att ett barn fötts skickas en uppgift till vederbörande pastorsämbete att det ifrågavarande barnet fötts efter insemination. Uppgiften registreras därefter i barnets personakt samt i födelse- och dopboken.

Normalt bör läkaren kunna följa upp graviditeten utan alltför stora besvär. Han vet i de allra flesta fall var barnet kommer att födas och kan efter ungefär nio månader från befruktningen vända sig till vederbörande förlossningsavdelning för att få fram uppgiften om barnets födelse. I de enstaka fall barnet inte föds på det uppgivna sjukhuset får läkaren vända sig till pastorsämbetet på den ort där modern är kyrkobokförd för att få uppgiften.

Det har som ett argument mot läkarens medverkan i detta hänseende anförts att det skulle strida mot de etiska regler som styr läkarens arbete att avslöja för utomstående att ett barn tillkommit genom insemination. Ett sådant avslöjande innebär indirekt att läkaren till en vidare krets lämnar ut uppgifter om sin patients (kvinnans make eller sambo) sjukdomstillstånd (ofruksamhet).

Enligt vår uppfattning skall läkarens medverkan i detta hänseende inte behöva ses som ett brott mot läkaretiken. Inseminationsbehandling är en åtgärd som inte påverkar sjukdomstillståndet hos patienten (kvinnans make eller sambo). Inseminationsparet kan därför från medicinska utgångspunkter välja mellan att få behandlingen eller att avstå från den. Väljer paret att genomgå behandlingen är det inte orimligt att paret också – med hänsyn till barnets bästa – får godta att behandlingen genom läkares försorg registreras i

folkbokföringen. En förutsättning för detta är dock givetvis att paret före behandlingens början är fullt medvetet om att en sådan åtgärd kommer att vidtas av läkaren. Det får sålunda ankomma på läkaren att före inseminationsbehandlingen informera paret om sina skyldigheter att anmäla förhållandet till folkbokföringen. Det kan vara lämpligt att inseminationsparet också får denna information i samband med den psyko-sociala utredningen.

Vi föreslår att riksskatteverket i samråd med socialstyrelsen – på grundval av utredningens ställningstagande i frågan – utfärdar närmare föreskrifter om registrering av inseminationsbarn i folkbokföringen.

20 Kostnader för reformen

20.1 Nuvarande ordning

Verksamheten med inseminationer förekommer i dag vid ett flertal sjukhus. Den ingår som ett led i den gynekologiska behandling som sjukhusen erbjuder för att avhjälpa ofrivillig barnlöshet. Kostnaderna för behandlingen av kvinnan hanteras i huvudsak som andra vårdkostnader. Patienten (kvinnan) betalar sålunda den vanliga vårdavgiften. Därutöver betalar kvinnan vanligen även ersättningen till spermagivaren.

En extra kostnad för inseminationsverksamheten uppkommer om sjukhuset installerar en frysanordning för sperma. En sådan frysanordning kostar i dagens läge ungefär 80 000 kr.

Eftersom verksamheten med inseminationer för närvarande bedrivs huvudsakligen utifrån medicinska utgångspunkter belastar den inte direkt några andra samhällsinrättningar än sjukhusen.

20.2 Direktiven

Utredaren bör enligt direktiven redovisa kostnaderna för en reglerad inseminationsverksamhet och ge förslag till hur verksamheten skall finansieras. En utgångspunkt bör vara att kostnaderna skall betalas av dem som anlitat tjänsterna.

20.3 Inseminationsutredningen

20.3.1 Allmänt

Våra förslag till hur inseminationsverksamheten skall regleras innebär ett ökat ansvarstagande från samhällets sida. Sålunda medför förslagen att – förutom sjukhusen – även socialnämnder och kanske någon gång också förvaltningsdomstolarna blir inkopplade på verksamheten. Med hänsyn till verksamhetens relativt sett ringa omfattning och stora spridning i landet torde dessa myndigheter emellertid inte komma att belastas särskilt hårt.

Enligt direktiven bör alltså en utgångspunkt vara att kostnaderna skall betalas av dem som anlitat tjänsterna. Vi anser emellertid att man inte bör se inseminationsverksamheten på detta sätt. Godtar och medverkar samhället i

en verksamhet med inseminationer bör verksamheten enligt vår uppfattning från kostnadssynpunkt betraktas som annan jämförbar verksamhet.

I medicinskt hänseende bör verksamheten sålunda jämföras med annan medicinsk behandling. I konsekvens med detta bör behandlingen – förutom den vanliga patientavgiften – vara kostnadsfri för patienten.

När det gäller den psyko-sociala sidan bör verksamheten kunna jämföras med adoptioner och i kostnadshänseende hanteras på samma sätt. Sålunda bör samhället stå även för kostnader som har samband med handläggningen av inseminationsärenden vid socialnämnder och eventuellt domstolar.

20.3.2 Kostnader för hälso- och sjukvården

Som anförts inledningsvis får inseminationsverksamheten vid sjukhusen i princip anses som en av de gynekologiska åtgärder som står till buds för att avhjälpa ofrivillig barnlöshet. De flesta sjukhusen har vid våra undersökningar uppgett att den extra tidsåtgången för inseminationsverksamheten är låg och svår att uppskatta.

Vid några kvinnokliniker har emellertid försök gjorts att uppskatta tidsåtgången för verksamheten med givarinseminationer. Man har därvid kommit fram till att den ansvarige läkarens insats varierar mellan 200 och 400 timmar om året samt övrig personals (sjuksköterskor, sjukvårdsbiträden, laboratorieassistenter och sekreterare) insatser mellan 240 och 800 timmar om året.

Verksamheten med inseminationer är nära kopplad till den övriga gynekologiska behandling som erbjuds ofrivilligt barnlösa par. Vi anser inte – med den omfattning som verksamheten för närvarande har och som den i en överskådlig framtid kan bedömas få – att man skall behöva räkna med något nämnvärt behov av resursförstärkningar för att klara verksamheten inom sjukhusens ram.

Våra förslag innebär alltså inte att de sjukhus som i dag bedriver inseminationsverksamhet får nya pålagor i fråga om personalinsatser. Snarare kan det bli fråga om en viss avlastning för den ansvarige läkaren i och med att den psyko-sociala bedömningen i framtiden skall göras av sociala myndigheter.

Som vi tidigare deklarerat¹ anser vi emellertid att ersättningen till spermagivarna i framtiden bör bekostas av det allmänna. En sådan ordning gäller i dag bara vid ett sjukhus i Sverige.

I Sverige utförs för närvarande ungefär 1 800 givarinseminationer varje år vid våra sjukus. Härtill kommer cirka 200 givarinseminationer som utförs av privatpraktiserande gynekologer. Sammanlagt görs alltså för närvarande ungefär 2 000 givarinseminationer varje år i Sverige.

Om man utgår från att spermagivarna får 200 kr. – vilket är den vanliga ersättningen för omkostnader – för varje givartillfälle blir den sammanlagda summan som landets landsting skulle få lägga ut ungefär 400 000 kr. om året. Fördelat på de tio-talet landsting inom vilka inseminationsverksamhet kommer att förekomma får summan anses så liten att några större extra anslag för verksamheten sannolikt inte kommer att behövas. Används fryst

¹ Se 19.3

sperma kan denna kostnad dessutom nedbringas avsevärt eftersom varje ejakulat då efter uppdelning kan användas för ett fleral inseminationer.

Utökas inseminationsverksamheten till andra sjukhus än som för närvarande bedriver den kommer detta givetvis att innebära nya pålagor eller omprioriteringar av resurser inom de berörda landstingen. Eftersom verksamheten inte kan anses obligatorisk inom hälso- och sjukvården får det emellertid stå varje landsting fritt att bestämma om det vill ta på sig den nya verksamheten.

Vi anser sammanfattningsvis att våra förslag från finansieringssynpunkt inte kan anses på ett avgörande sätt stå i strid mot direktiven (1980:20) angående finansiering av reformer på sjukvårdens område.

20.3.3 Kostnader för socialtjänsten m.m.

Inseminationsverksamheten bedrivs – som ovan sagts – för närvarande helt inom hälso- och sjukvårdens ram. Våra förslag medför emellertid att också socialtjänsten kommer att kopplas in. Sålunda förutsätts att psyko-social rådgivning och utredning vid givarinsemination i framtiden skall bedrivas vid socialnämnderna. Kommunerna kommer sålunda att få nya uppgifter. Frågan är hur omfattande dessa uppgifter kommer att bli.

Enligt våra undersökningar föds årligen minst 230 barn efter givarinsemination. Om man räknar med att genomsnittligt varannan kvinna, som får givarinsemination, blir gravid skulle alltså 400-500 inseminationssökande par behöva bli föremål för psyko-social rådgivning och utredning. Härtill kommer ett icke beräkningsbart men sannolikt mindre antal par som efter rådgivning eller utredning ändrar sig innan det blir aktuellt med insemination.

De inseminationssökande paren kommer sannolikt från alla landsändar med tyngdpunkt från storstadsregionerna. Enligt de siffror vi fått fram avlades de flesta inseminationsbarnen åren 1980-81 i Göteborg (111 st.), Falun (71 st.) och Linköping (51 st.). Med utgångspunkt i dessa siffror skulle ungefär 220 inseminationsutredningar behöva göras varje år för Göteborgsregionen, 150 för Falunregionen och 100 för Linköpingsregionen. Dessa beräkningar förutsätter emellertid att de inseminationssökande bor i de regioner där de söker insemination. Så är emellertid inte fallet. Hur stor procent som kommer från andra regioner har inte kunnat beräknas. Eftersom inseminationsutredningarna förutsätts bli utförda i den kommun där de sökande är bosatta kan dock på goda grunder antas att spridningen av utredningarna över landets kommuner kommer att bli ganska stor. Varje kommun kommer därigenom att få endast ett fåtal utredningar. Det kan också antas att valet för många ofrivilliga barnlösa par står mellan insemination och adoption. Det är därför sannolikt att kommunerna många gånger skulle få utreda parets förhållanden i adoptionssammanhang om inte insemination var aktuellt. Vi är därför av den uppfattningen att denna nya uppgift skall kunna läggas på kommunerna utan några större resursförstärkningar. Vi menar alltså att våra förslag inte heller i denna del på ett avgörande sätt strider mot direktiven angående finansiering av reformer.

Enligt våra förslag skall ett beslut, som går sökandena emot, av

socialnämnd i inseminationsfrågan kunna överklagas till länsrätt och kammarrätt. Den nya målkategori som förvaltningsdomstolarna därigenom får torde endast marginellt beröra deras verksamhet.

20.3.4 Nya uppgifter för socialstyrelsen

I utredningsförslaget upptas en rad frågor som enligt vår uppfattning torde lämpa sig bättre för reglering i form av föreskrifter och allmänna råd än i form av lagstiftning. Det föreslås ankomma på socialstyrelsen att utfärda dessa anvisningar.

Följande frågor har föreslagits bli överlämnade till socialstyrelsen för överväganden där

- fastställande av rikstäckande statistik i samarbete med statistiska centralbyrån (se 5.4)
- allmänna råd angående undersökning av spermagivaren samt om insamlande och förvaring av sperma (s 8.3.3)
- allmänna råd i fråga om valet av givare (se 8.3.3)
- allmänna råd angående inseminationsrådgivning i grupp (se 10.4.2)
- allmänna råd angående psyko-social utredning vid givarinsemination (se 10.4.2)
- allmänna råd angående blankett för samtycke och godkännande vid givarinsemination (se 12.3.2)
- föreskrift angående förvaring och återkallelse av samtycke vid givarinsemination (se 12.3.3)
- allmänna råd och föreskrifter angående ett inseminationsbarns rätt att få kunskap om sitt ursprung (se 13.4.2, 13.4.3, 13.4.4)
- föreskrift angående användning av fryst sperma vid maskeinsemination (se 17.2.1)
- allmänna råd angående förvaring av sperma i fryst tillstånd (se 17.2.3)
- föreskrift angående förbud mot blandning av sperma (se 19.2)
- allmänna råd angående gränsen för antalet graviditeter beträffande en givare (se 19.4)
- i samråd med riksskatteverket föreskrifter om registrering av inseminationsbarn hos pastorsämbetet (se 19.8).

Förutom uppgiften att utfärda allmänna råd och föreskrifter ankommer det enligt förslaget på socialstyrelsen att vara tillståndsmyndighet när det gäller bedrivande av verksamhet med givarinsemination. Detta kommer i sin tur att innebära ett ökat tillsynsansvar för socialstyrelsen.

De uppgifter som lagts på socialstyrelsen hör redan i dag till styrelsens ansvarsområde. De är till största delen av engångskaraktär. Enligt vår uppfattning är socialstyrelsens medverkan – på sätt som föreslagits – en förutsättning för att inseminationsverksamheten i framtiden skall kunna bedrivas på ett godtagbart sätt. Vi anser det därför vara av synnerlig vikt att socialstyrelsen – så snart som detta över huvud taget låter sig göra – tar på sig sitt ansvar för inseminationsverksamheten.

21 Införande av de nya lagbestämmelserna

Våra förslag innebär att verksamheten med inseminationer får en rättslig reglering som den hittills saknat. Nya bestämmelser föreslås i FB för att skapa ett rättsligt skydd för barn som föds efter insemination. Vidare föreslås en helt ny lag om inseminationer som reglerar formerna för verksamheten. Slutligen föreslås vissa tilläggsbestämmelser i sekretesslagen och socialtjänstlagen för att på ett lämpligt sätt inordna inseminationsverksamheten i lagstiftningen på dessa områden.

En grundläggande princip i lagstiftningssammanhang anses vara att nya lagbestämmelser inte skall tillämpas retroaktivt dvs. på förhållanden som gällde före lagens ikraftträdande. Denna princip bör gälla även i fråga om inseminationer. Sålunda bör enligt vårt förmenande de nya bestämmelserna om inseminationer inte få tillbakaverkande kraft.

En tillämpning av detta synsätt fullt ut innebär emellertid att barn som fötts efter givarinsemination före lagens ikraftträdande alltid löper risken att bli faderlösa. Sålunda kan – som tidigare anmärkts – en kvinnas make eller sambo vare sig han samtyckt till inseminationen eller inte enligt nuvarande ordning när som helst och under hela sin livstid bli löst från det rättsliga faderskapet. Detta anser vi vara en orimlig ordning sett från barnets synpunkt. Vi föreslår därför införandet av en övergångsbestämmelse av innebörd att mannen i fråga måste väcka talan om att han inte är far inom en viss tid efter lagens ikraftträdande i de fall där barnet avlats genom givarinsemination före införandet av lagen. Vi anser att en ettårsfrist kan vara lämplig och tillräcklig. Övergångsbestämmelsen skall gälla under förutsättning att mannen samtyckt till inseminationen. Efter utgången av ettårsfristen skall mannen anses ha försuttit sin talerätt varigenom de nya bestämmelserna blir fullt ut tillämpliga på honom. Förslaget ställer betydande krav på information till allmänheten vid lagens ikraftträdande.

När det gäller barnets rätt att få reda på sitt ursprung föreslås vissa ändringar i nuvarande ordning. I fortsättningen kommer barnet – när det uppnått 18 års ålder – att ha rätt att få reda på vem som är dess biologiske far. En sådan ordning kan enligt vårt förmenande inte tillämpas retroaktivt eftersom spermagivarna hittills i allmänhet fått garantier från läkarna om att få vara anonyma. Om en spermagivare, som ställt upp före lagens ikraftträdande, samtycker till att hans identitet lämnas ut föreligger däremot inget hinder mot detta. Detta följer redan av gällande rätt (se 14 kap. 4 § SekrL).

När det gäller rättsverkan av givarinsemination (se 7.3.5) föreslår vi att de

principer som kommer till uttryck genom våra förslag skall äga tillämpning först efter lagens ikraftträdande. Genom att möjligheten att föra talan angående faderskapet på grund av att barnet avlats genom givarinsemination upphör efter ett år från ikraftträdandet kommer emellertid även barn som avlats genom givarinsemination före lagens ikraftträdande att omfattas av bestämmelsen efter ett år under förutsättning att talan inte dessförinnan inte väckts om faderskapet.

Vi har när det gäller barnets rätt att få reda på sitt ursprung särskilt betonat vikten för ett inseminationsbarn av att uppgifter om det biologiska ursprunget bevaras. Vi anser denna princip vara så viktig att den enligt vår uppfattning bör gälla även uppgifter som influtit i sjukhusens journaler före ikraftträdandet av bestämmelserna om inseminationer. Sålunda bör till exempel bevarade uppgifter från tiden före ikraftträdandet om en spermagivare inte få förstöras.

Det må i sammanhanget erinras om den allmänna bestämmelsen om handlingars offentlighet efter 70 år. Den bestämmelsen bör gälla fullt ut i fråga om befintliga uppgifter om givarinsemination.

När det gäller registrering av uppgift om insemination i folkbokföringen föreslås att sådan registrering bara skall ske beträffande barn som avlats genom givarinsemination efter lagens ikraftträdande.

22 Specialmotivering

22.1 Förslaget till lag om ändring i föräldrabalken

1 kap. Om faderskapet till barn

2 §¹

Rätten skall förklara att mannen i äktenskapet ej är fader till barnet, om

1. det är utrett att modern har haft samlag med annan än mannen under tid då barnet kan vara avlat och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet har avlats av den andre,

2. det på grund av barnets arvsanlag eller annan särskild omständighet kan hållas för visst att mannen ej är barnets fader, eller

3. barnet har avlats före äktenskapet eller under det att makarna levde åtskilda och det ej är sannolikt att makarna har haft samlag med varandra under tid då barnet kan vara avlat.

Talan om förklaring enligt första stycket får inte bifallas om modern med samtycke från mannen i äktenskapet fått insemination med sperma från en annan man och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet avlats genom inseminationen.

Godkänner mannen i äktenskapet skriftligen annan mans erkännande av faderskapet och har i fråga om erkännandet iakttagits bestämmelserna i 4 §, skall därigenom anses fastställt att mannen i äktenskapet ej är barnets fader. Erkännandet skall dock i detta fall alltid vara skriftligen godkänt av modern.

Första stycket överensstämmer med gällande rätt.

Andra stycket är nytt och innehåller en bestämmelse om hur talan om förklaring att mannen i äktenskapet inte är far till ett barn skall hanteras när givarinsemination förekommit.

Bestämmelsen utgår från att kvinnans make skall ha rätt att föra talan angående faderskapet oavsett om barnet kommit till på naturlig väg eller genom givarinsemination. När det gäller de närmare skälen för detta hänvisas till allmänmotiveringen.

Innebörden av bestämmelsen är att om ett barn avlats genom givarinsemination och kvinnans make samtyckt till inseminationen skall makens situation i rättsligt hänseende vara densamma som om barnet avlats på naturlig väg med makens sperma. Spermagivaren skall inte ha något rättsligt ansvar i sammanhanget. En talan från mannen i äktenskapet om att han inte är far till barnet skall sålunda inte kunna bifallas i förevarande situation.

¹ Allmänmotivering, se 7.3.3.

Har insemination förekommit utan makens samtycke eller sedan samtycket återkallats gäller emellertid inte bestämmelsen.¹ Faderskapet får då utredas på vanligt sätt.

Tredje stycket överensstämmer med gällande rätt.

4 §²

Erkännande av faderskap sker skriftligen och skall bevitnas av två personer. Erkännandet skall skriftligen godkännas av socialnämnden och av modern eller särskilt förordnad förmyndare för barnet. Har barnet uppnått myndig ålder, skall erkännandet i stället godkännas av barnet självt. Socialnämnden får lämna sitt godkännande endast om det kan antagas att mannen är fader till barnet *eller att barnet, med samtycke från mannen, avlats genom insemination med sperma från en annan man.*

Erkännande kan ske även före barnets födelse.

Visas senare att den som lämnat erkännande ej är *eller efter insemination skall anses som* fader till barnet, skall rätten förklara att erkännandet saknar verkan mot honom.

I *första stycket* har införts det tillägget att socialnämnden får godkänna ett faderskapserkännande – förutom när det kan antas att en man är far till barnet – även när det kan antas att ett barn avlats genom givarinsemination med samtycke från mannen som erkänt faderskapet. Bestämmelsen avser alltså det fallet att en ogift samboende kvinna blivit gravid genom givarinsemination. För att den man som sambor med kvinnan skall kunna ikläda sig det rättsliga faderskapet i en sådan situation har införts ett tillägg till nuvarande formföreskrifter vid faderskapserkännande som gör det möjligt att få till stånd ett giltigt erkännande av faderskapet även när givarinsemination förekommit.

En förutsättning för att socialnämnden skall få godkänna ett faderskapserkännande när givarinsemination förekommit är alltså bland annat att ett giltigt samtycke föreligger från mannen i fråga.

Det kan synas överflödigt att som formföreskrift kräva giltigt samtycke till inseminationen från mannens sida för att faderskapserkännandet skall få godkännas av socialnämnden. Skälet till detta formkrav är emellertid att mannen inte i efterhand skall kunna föra talan om att erkännandet skall sakna verkan på grund av att inseminationen utförts utan hans medgivande (se tredje stycket).

I fråga om makeinsemination på en ogift samboende kvinna gäller nuvarande ordning eftersom den samboende mannen kan antas vara far till barnet.

Andra stycket överensstämmer med gällande rätt.

Tredje stycket innehåller ett tillägg för att bestämmelsen skall överensstämma med tilläggsbestämmelsen i första stycket. Den omständigheten att ett barn tillkommit genom givarinsemination med samtycke från en man gör att mannen anses som rättslig far till barnet. Brister det i förutsättningarna vid erkännandet av faderskapet till exempel på så sätt att kvinnan blivit gravid på annat sätt än genom inseminationen kan mannen, som erkänt barnet som sitt, enligt bestämmelsen föra talan om att erkännandet skall sakna verkan på samma sätt som en man i motsvarande fall har möjlighet till

¹ I fråga om återkallelse, se allmänmotiveringen 12.3.3

² Allmänmotivering, se 7.3.4.

vid naturlig befruktning. Även i det fallet att givarinsemination kommit till stånd utan samtycke från kvinnans sambo bör sådan talan kunna föras. Detta följer resonemanget att samtycke till insemination i rättsligt hänseende skall anses jämförbart med samlag.

5 §¹

Skall faderskapet fastställas genom dom, skall rätten förklara en man vara fader om det är utrett att han har haft samlag med barnets mor *eller att insemination med hans sperma förekommit* under tid då barnet kan vara avlat och det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet avlats av honom.

Rätten skall också förklara en man vara fader om det med hänsyn till samtliga omständigheter är sannolikt att barnet avlats genom insemination med sperma från en annan man och den man mot vilken talan väckts samtyckt till inseminationen.

I första stycket har införts ett tillägg som har avseende på makeinsemination på en ogift samboende kvinna. Eftersom det inte finns någon faderskapspresumtion i fråga om barn vars föräldrar inte är gifta med varandra måste faderskapet beträffande sådant barn fastställas genom erkännande eller dom. I fråga om faderskapserkännande har redogjorts ovan under 4 §. Om mannen emellertid inte erkänner faderskapet får faderskapet fastställas genom dom. Bestämmelsen i 5 § blir då tillämplig. Även om det vid en sådan talan kan visas att mannen verkligen är far till barnet kan faderskapet enligt ordalydelsen i paragrafen inte fastställas. I bestämmelsen har därför införts ett tillägg som i rättsligt hänseende jämställer makeinsemination med samlag.

Andra stycket är helt nytt. Bestämmelsen gäller givarinsemination på en ogift kvinna. Förs talan om faderskapet mot en man, som samtyckt till givarinsemination, skall mannen förklaras vara far till barnet under förutsättning att barnet tillkommit genom inseminationen. Visar faderskapsutredningen emellertid att barnet tillkommit på annat sätt än genom inseminationen – till exempel genom att kvinnan haft samlag med en annan man under tid då barnet kan vara avlat – får faderskapet fastställas antingen genom att socialnämnden kan få till stånd ett erkännande från den man som bedöms vara far (2 kap. 5 § FB) eller genom dom.

Har mannen i fråga inte samtyckt till inseminationen eller har han återkallat sitt samtycke innan insemination kommit till stånd kan han inte heller bindas vid faderskapet. Faderskapsutredningen får i sådant fall läggas ned. Barnet kommer därvid att bli utan rättslig far såvida inte den ovanliga situationen uppkommer att spermagivaren frivilligt tar på sig faderskapet.

6 §²

Har ett barn avlats genom insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo får talan inte väckas om fastställande av att spermagivaren är barnets far.

Paragrafen, som är helt ny, slår fast principen att en spermagivare vid givarinsemination aldrig skall i rättsligt hänseende behöva ikläda sig ansvaret

¹ Allmänmotivering, se 6.3.3 och 7.3.4.

² Allmänmotivering, se 16.2

för de barn som avlas genom insemination med hans sperma. Om det av någon anledning inte går att fastställa faderskapet för ett barn som tillkommit genom givarinsemination som en följd av att till exempel kvinnans make eller sambo inte samtyckt till inseminationen – går det alltså inte att väcka talan mot spermagivaren utan faderskapsutredningen får – som ovan anförts – läggas ner.

7 §¹

Samtycke till insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo sker skriftligen och skall bevitnas av två personer. Samtycket skall skriftligen godkännas av kvinnan.

Återkallelse av samtycke sker skriftligen.

Paragrafen är helt ny. Den fastslår vissa formkrav för samtycke till och återkallelse av samtycke till givarinsemination. När det gäller de närmare skälen till bestämmelsen hänvisas till allmänmotiveringen.

I fråga om förvaring av samtyckeshandlingen hänvisas till allmänmotiveringen i 12.3.3.

8 §²

Vid tillämpning av bestämmelse i lag eller annan författning som tillägger släktskap eller svägerskap rättslig betydelse skall ett barn, som avlats genom insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo, anses som kvinnans och hennes makes eller sambos gemensamma barn och inte som barn till sin biologiske far.

Första stycket gäller inte om annat är föreskrivet eller följer av rättsförhållandets natur.

Bestämmelsen är helt ny. Den ger en allmän regel om rättsverkan av insemination och kan jämföras med bestämmelsen om rättsverkan av adoption i 4 kap. 8 § FB.

Enligt huvudregeln i *första stycket* skall ett barn som avlats genom givarinsemination med samtycke från kvinnans make eller sambo anses som kvinnans och mannens gemensamma barn. Detta skall i princip gälla inom all lagstiftning.³

Andra stycket är en undantagsbestämmelse. Den avser sådana fall där det biologiska släktskapet är avgörande.⁴

Den nya bestämmelsen innebär ingen inskränkning i ett barns rätt att få det biologiska faderskapet fastställt i sådana fall där barnet tillkommit på annat sätt än genom insemination. Om ett barn avlats genom att kvinnan haft samlag med en man under samma period som hon fått insemination har barnet sålunda rätt att få det biologiska faderskapet fastställt.⁵

Övergångsbestämmelse⁶

I fråga om barn, som före ikraftträdande av denna lag, avlats genom insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo, gäller inte de nya bestämmelserna i 1 kap. 2 § andra stycket, 4 § första och tredje styckena samt 5-7 §§.

¹ Allmänmotivering, se 12.3.2 och 12.3.3

² Allmänmotivering se 7.3.5.

³ Se uppräkningsen i NJA II 1971 s. 591 ff.

⁴ Se vidare allmänmotiveringen.

⁵ Se 7.3.3 och 7.3.4 samt kap. 15.

⁶ Allmänmotivering, se kapitel 21.

Talan enligt 1 kap. 2 § första stycket får i fråga om barn, som avses i första stycket, inte äga rum efter utgången av (ett år efter lagens ikraftträdande) om kvinnans make samtyckt till inseminationen.

Talan enligt 1 kap. 4 § tredje stycket får i fråga om barn, som avses i första stycket, inte äga rum efter utgången av (ett år efter lagens ikraftträdande) om en man samtyckt till inseminationen och erkänt barnet som sitt.

De föreslagna tilläggen till bestämmelserna i 1 kap. FB föreslås gälla från ett närmare bestämt ikraftträdandedatum. De nya bestämmelserna skall alltså i princip inte gälla barn som avlats genom givarinsemination före ikraftträdandet. I syfte att så långt möjligt skydda de inseminationsbarn, som tillkommit före ikraftträdandet, från att förlora sin rättslige far föreslås emellertid en övergångsbestämmelse. Bestämmelsen innebär att en man som tagit på sig faderskapet för ett inseminationsbarn – genom aktivt handlande eller passivt – skall kunna väcka talan vid domstol om att han inte är far till barnet inom en övergångstid av ett år. Efter denna tidpunkt har han gått förlustig sin talerätt. Efter utgången av ettårsfristen gäller de nya lagbestämmelserna sålunda fullt ut för alla inseminationsbarn.

22.2 Förslaget till lag om inseminationer

Allmänna bestämmelser

1 §¹

Med insemination förstås i denna lag införande av sperma i en kvinnas slida på konstlad väg.

Paragrafen ger en definition av inseminationsbegreppet.

I definitionen har angetts att sperman skall införas i kvinnans slida. Vi har valt denna definition för att på ett enkelt sätt klargöra vad som menas med insemination. Beskrivningen är emellertid inte helt exakt. I själva verket kan sperman vid insemination införas alternativt i slidan, livmodershalsen eller direkt i livmodern.

Med begreppet "på konstlad väg" avses i första hand att sperman införs med ett instrument. I andra hand avses införande på annat konstlat sätt till exempel med hjälp av ett pessar eller en glasbehållare.

2 §²

Insemination får utföras endast på en gift eller samboende kvinna med sperma från maken eller sambon (makeinsemination) eller från en annan man (givarinsemination).

Bestämmelsen anger i vilka fall det är tillåtet att utföra insemination. Insemination är tillåten både på en gift kvinna och en ogift kvinna. Är det fråga om en ogift kvinna är dock förutsättningen att hon sambor med en man under äktenskapsliknande former.³

Insemination förekommer i två olika former. Det är dels fråga om insemination med sperma från kvinnans make eller sambo. Sådan insemi-

¹ Allmänmotivering se 1.3.

² Allmänmotivering, se 6.3 och 7.3.

³ Angående den närmare definitionen av begreppet "sambo" hänvisas till SOU 1981:85 "Äktenskapsbalk" s. 134-142.

nation benämns i lagen "makeinsemination". Det är dels fråga om insemination med sperma från en annan man än kvinnans make eller sambo. Sådan insemination benämns i lagen "givarinsemination".

I övrigt är insemination inte tillåten. Sålunda får insemination inte utföras på en kvinna som inte lever i ett parförhållande med en man. Ensamstående kvinnor och kvinnor som lever i ett lesbiskt förhållande får alltså enligt lagen inte insemineras.

3 §¹

Insemination får inte utföras med mindre maken eller sambon samtyckt till inseminationen och är i livet.

Bestämmelsen anger två förutsättningar som måste vara uppfyllda för att insemination skall få utföras. Den ena är att kvinnans make eller sambo har samtyckt till inseminationen. Den andra är att mannen i fråga är i livet. Kraven gäller både vid makeinsemination och givarinsemination.

När det gäller makeinsemination har inte föreskrivits något formkrav under förutsättning att endast färsk sperma används. Eftersom sådan insemination måste utföras i tidsmässig anslutning till spermagivningen får förutsättas att mannen genom sitt tillhandahållande av sperma för inseminationen samtycker till att denna äger rum.

Om fryst sperma kommer till användning vid makeinsemination – något som i och för sig avrådes från – måste emellertid mannens viljeförklaring i princip manifesteras i ett skriftligt samtycke.² Skälet till detta är att det måste finnas en viljeförklaring från mannen att han vid inseminationstillfället – som kan vara långt efter det att tillhandahållande skett – fortfarande är med på att hans sperma används för insemination. Detta är så mycket viktigare som mannen alltid oåterkalleligen blir rättslig far till ett barn som tillkommit genom insemination med hans sperma.

Är mannen närvarande vid inseminationen torde det emellertid räcka att han muntligen till den ansvarige läkaren uppger att han står fast vid sitt samtycke.

Vid givarinsemination måste enligt förslaget alltid föreligga skriftligt samtycke från den gifte eller samboende mannen.³ Skälet till detta är att samtycket har avgörande betydelse när det gäller att binda mannen juridiskt vid inseminationsbarnet. Sedan ett barn avlats genom givarinsemination är mannen, som lämnat samtycke, oåterkalleligen att anse som rättslig far till barnet.

Vill mannen återkalla sitt samtycke måste detta ske skriftligen före inseminationsbehandlingen. Till dess att återkallelsen kommit den ansvarige läkaren tillhanda blir mannen juridiskt ansvarig för ett barn som avlas med stöd av samtycket.

I paragrafen upptas också en föreskrift om att kvinnans make eller sambo är i livet när inseminationen görs. Detta gäller som tidigare nämnts både vid makeinsemination och givarinsemination. Skälet härtill är att ett barn inte bör avlas om den man som skall bli dess rättslige och sociale far har avlidit. Vid makeinsemination kommer mannen av naturliga skäl att vara närvarande vid inseminationen om färsk sperma används. Används fryst sperma vid makeinsemination bör i princip också krävas att mannen är närvarande för

¹ Allmänmotivering, se 12.3 och 14.3.

² Angående skriftligt samtyckes form, se 12.3.2

³ Se förslaget till 1 kap. 7 § FB ovan

att det skall vara klart att han är i livet och står fast vid sitt samtycke till inseminationen. Även vid givarinsemination bör kvinnans make eller sambo vara närvarande vid inseminationsbehandlingen. Förutom att det visar att han är i livet kan det även ha en psykologisk betydelse för både honom och kvinnan. Är mannen förhindrad att vara närvarande bör det för läkaren normalt räcka att kvinnan uppger att hennes man lever.

Särskilda bestämmelser om givarinsemination

4 §¹

Givarinsemination får efter tillstånd av socialstyrelsen utföras endast på ett sjukhus under överinseende av en läkare med specialistutbildning i gynekologi och obstetrik.

Bestämmelsen gäller endast givarinsemination. I fråga om makeinsemination har det inte ansetts påkallat att i lag eller författning uppställa några särskilda kompetenskrav för utförande av inseminationer.

I fråga om givarinsemination föreslås att verksamheten får bedrivas endast på sjukhus under överinseende av en läkare med specialistutbildning i gynekologi och obstetrik. Privatpraktiserande läkare får alltså inte utföra givarinseminationer. Som ytterligare krav uppställs att socialstyrelsen skall pröva och ge tillstånd till de sjukhus som skall få bedriva verksamheten. Skälet till de föreslagna kompetenskraven är att verksamheten med givarinseminationer inrymmer så känsliga problem bland annat av medicinsk och etisk art att endast större sjukhus bedöms ha tillräcklig kompetens att utföra behandlingen på ett godtagbart sätt.

5 §²

Givarinsemination får med godkännande av socialnämnd och ansvarig läkare utföras om kvinnan och hennes make eller sambo fyllt tjugofem år.

Paragrafen anger vilka instanser som beslutar om insemination samt vilken åldersgräns för inseminationsparet som gäller.

Enligt förslaget gör den ansvarige läkaren den medicinska bedömningen av inseminationsparet. Den psyko-sociala bedömningen av paret anförtros åt socialnämnden i den kommun där inseminationsparet är bosatt. Insemination får inte utföras med mindre godkännande från båda dessa instanser föreligger. Ett ytterligare krav är att både kvinnan och hennes man fyllt 25 år.

6 §³

Läkaren skall pröva om det med hänsyn till makarnas eller de samboendes medicinska förhållanden är lämpligt att insemination äger rum.

Det ankommer enligt paragrafen på den ansvarige läkaren att göra den medicinska bedömningen av inseminationsparet. Liksom vid annan medicinsk behandling ankommer det på den ansvarige läkaren att bedöma om behandlingen är påkallad (se 3 § läkarinstruktionen /1963:341/).

När det gäller inseminationsparet är det bland annat fråga om att bedöma

¹ Allmänmotivering, se 8.3.4

² Allmänmotivering, se 8.3.4, 9.3.2, 10.4.3 samt 11.3.

³ Allmänmotivering, se 8.3.2. och 8.3.3.

kvinnans fysiska och psykiska hälsa samt hennes och hennes mans fruktsamhet. Insemination kan inte anses medicinskt godtagbar om till exempel kvinnans hälsa äventyras vid en graviditet eller det blivande barnets hälsa äventyras till följd av någon defekt hos kvinnan. Inte heller bör insemination få äga rum om inseminationsparet bedöms ha rimliga möjligheter att få barn på naturligt sätt.

Vid givarinsemination kommer även en tredje person – givaren – in i bilden. När det gäller den medicinska bedömningen av honom hänvisas till 8 § nedan.

7 §¹

Socialnämnden i den kommun där makarna eller de samboende är kyrkobokförda skall pröva om det med hänsyn till makarnas eller de samboendes psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att insemination äger rum. Socialnämnden får lämna sitt godkännande endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden.

Socialnämndens beslut får överklagas hos länsrätten genom besvär.

Paragrafen innehåller en föreskrift om socialnämndens prövning av ett ärende angående givarinsemination. Enligt bestämmelsen skall inseminationsparet vända sig till den kommun där de är bosatta för den psyko-sociala bedömningen. Socialnämnden skall – i den mån det är lämpligt och möjligt – erbjuda paret gruppsamtal (se närmare allmänmotiveringen). Vill paret därefter fullfölja sin ansökan skall socialnämnden göra en psyko-social utredning av paret. Omfattningen av denna får bedömas från fall till fall. Det gäller för utredaren att skaffa sig tillräckligt underlag för att kunna bedöma om ett blivande barn kommer att kunna växa upp under goda förhållanden hos inseminationsföräldrarna. I många fall torde det räcka med något eller ett par samtal mellan utredaren och inseminationsparet, helst i parets hemmiljö. Finner utredaren sig på grundval av detta eller dessa samtal kunna bedöma att paret är lämpligt att bli föräldrar till ett inseminationsbarn bör parets ansökan kunna godkännas av nämnden. Det kan vara lämpligt att förevarande ärendetyp delegeras till en mindre grupp förtroendevalda. Godkännande kan ske på blankett.² Är ärendet svårbedömt får en mer ingående utredning angående parets förhållanden göras. Ett avslagsbeslut bör alltid vara motiverat och försett med besvärshänvisning.

Ett avslagsbeslut av socialnämnden kan – på samma sätt som förvaltningsbeslut i övrigt – överklagas till länsrätt, kammarrätt och, i sista hand, till regeringsrätten.

8 §³

Det ankommer på ansvarig läkare att utse lämplig spermagivare.

¹ Allmänmotivering, se 10.4.

² Se förslaget i denna del 12.3.3.

³ Allmänmotivering, se 8.3.3 och 19.5.

Bestämmelsen föreskriver att det är den ansvarige läkaren som skall utse lämplig spermagivare. Med lämplig spermagivare menas i sammanhanget en man utan någon påvisbar sjukdom som vid användning av hans sperma för insemination kan äventyra kvinnans eller det blivande barnets hälsa. Till givare bör sålunda inte användas en man som har en sjukdom av kroppslig eller själslig art som kan överföras på barnet eller kvinnan.

Läkaren skall alltså iaktta de allmänna åligganden som följer av 3 § läkarinstruktionen (1963:341) vid utväljande av givare. Det bör i första hand av givaren krävas att han är kroppsligt och själsligt frisk samt att han har en mogen och ansvarsfull inställning till sin medverkan. Läkaren bör även kunna tillmötesgå krav från inseminationsparet att givaren har samma ögonfärg, hårfärg och kroppsbyggnad som den man som skall bli barnets far. I övrigt bör inte några speciella krav kunna få ställas i fråga om spermagivaren.

Någon anledning för läkaren att helt motsätta sig att paret självt väljer ut spermagivaren – till exempel en sväger till kvinnan – bör emellertid inte finnas. Det blir dock alltid läkaren som till slut får bedöma om den utvalde mannen från medicinsk och psyko-social synpunkt är lämplig som spermagivare åt paret. Spermagivarens och parets motiv att välja en sådan utväg och deras möjligheter att klara av de framtida inbördes relationerna torde därvid ha stor betydelse.

9 §¹

Den som avlats genom insemination och som fyllt arton år har rätt att få uppgift om vem som är hans biologiske far.

Begäran att få uppgift enligt första stycket görs hos socialnämnd.

Bestämmelsen i första stycket innebär ett avsteg från sekretesslagens bestämmelse och ger ett inseminationsbarn rätten att vid myndig ålder få veta vem den biologiske fadern är.

Enligt huvudregeln i fråga om sjukvårdssekretess i 7 kap. 1 § SekrL gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Detsamma gäller i fråga om annan medicinsk verksamhet, dit insemination hör enligt vårt förslag. Uppgift om spermagivaren skall alltså enligt sekretesslagen i princip vara hemlig. Beträffande sekretessen gentemot ett barn som tillkommit genom insemination föreslås dock att denna fråga skall regleras i lagen om inseminationer (se förslaget till 7 kap. 3 § SekrL).

Enligt den föreslagna bestämmelsen i lagen om inseminationer skall ett inseminationsbarn som fyllt 18 år ha en ovillkorlig rätt att få uppgift om sin biologiske faders identitet från det sjukhus där inseminationen skett. Bestämmelsen utgör alltså ett undantag från sekretessen enligt 7 kap. 1 § SekrL.

Många gånger torde ett barn som söker sitt ursprung ha ett behov av att få bearbeta de känslor som finns i sammanhanget. En sådan problembearbetning tillsammans med en erfaren person kan många gånger vara tillräcklig för barnet. Erfarenheter från adoptivförhållanden visar att endast få adoptivbarn går vidare efter sådana samtal och tar reda på vem den biologiske föräldern är.

Den föreslagna bestämmelsen föreskriver därför att barnet skall vända sig till socialnämnden (varvid förutsätts nämnden i den kommun där barnet är bosatt) för att få ut uppgiften. Socialnämnden vänder sig i sin tur till det sjukhus där inseminationen skett.

¹ Allmänmotivering, se 13.4.5

10 §¹

Begär någon som avlats genom insemination och som fyllt arton år uppgift om vem som är hans biologiske far är hälso- och sjukvårdsmyndigheten skyldig att genom socialnämnden lämna ut uppgiften till den som begärt denna.

Begär någon som avlats genom insemination men inte fyllt arton år uppgift enligt första stycket skall hälso- och sjukvårdsmyndigheten lämna ut uppgiften till socialnämnden. Uppgiften får därefter lämnas ut till den som begärt denna endast om den biologiske fadern samtycker till det.

Enligt *första stycket*, som alltså utgör en begränsning i sekretessen, är hälso- och sjukvårdsmyndigheten skyldig att lämna ut uppgiften om den biologiske fadern till socialnämnden. Utlämnandet torde i regel kunna ombesörjas av vederbörande klinikchef. Nämnden är i sin tur skyldig att på barnets begäran lämna ut uppgiften till barnet. Utlämnande bör emellertid inte ske utan att ett samtal mellan barnet och en socialtjänsteman ägt rum eller åtminstone försök gjorts att få ett samtal till stånd. Nämnden kan dock inte vägra att lämna ut uppgiften på den grunden att samtal inte kommit till stånd.

Om ett inseminationsbarn som inte fyllt 18 år vill ha ut uppgift om den biologiske fadern skall hälso- och sjukvårdsmyndigheten också vara skyldig att lämna ut uppgiften till socialnämnden.² Nämnden får dock i detta fall inte lämna uppgiften vidare utan att den biologiske fadern samtyckt till det (jfr 14 kap, 4 § SekrL). Detta framgår av *andra stycket*.

I övrigt gäller hälso- och sjukvårdssekretessen samt socialtjänstsekretessen för uppgifter om inseminationen. Givaren kan sålunda t.ex inte få ut uppgifter om barnet eller dess föräldrar utan samtycke från samtliga berörda personer.

*Övrigt*11 §³

Sperma från en man får i fryst tillstånd inte införas till riket.

Bestämmelsen förbjuder all import av fryst sperma från utlandet. Förbudet syftar i första hand till att förhindra att kommersiellt drivna spermabankar i utlandet per postorder skall kunna leverera sperma till kvinnor för självinsemination. En sådan ordning medför att samhället fråntas möjligheten att bevaka att inseminationsverksamheten bedrivs under godtagbara former och med barnets bästa som ledstjärna.

12 §⁴

Den som vanemässigt eller för att bereda sig vinning utför insemination eller tillhandahåller sperma för insemination i strid mot denna lag döms till böter eller fängelse i högst sex månader om inte gärningen är belagd med straff i annan lag eller författning.

Har flera medverkat till gärningen, äger 23 kap. 4 och 5 §§ brottsbalken motsvarande tillämpning.

Paragrafen innehåller en straffbestämmelse som riktar sig mot den som vid upprepade tillfällen eller i mera organiserad form utför insemination eller

¹ Allmänmotivering, se 13.4.5

² Jfr 14 kap. 1 § andra meningen SekrL.

³ Allmänmotivering, se 19.6.

⁴ Allmänmotivering, se 18.2.

tillhandahåller sperma för insemination. Vidare är den tillämplig på en person som i vinningssyfte utför insemination eller tillhandahåller sperma för insemination.

Om en läkare utför insemination i strid mot de villkor som lagen innehåller bör gärningen i första hand kunna bestraffas enligt de allmänna bestämmelserna om en läkares straffansvar.¹ En läkare som utför insemination utan att de medicinska förhållandena är godtagbara – som till exempel att en olämplig givare använts eller att kvinnans hälsa är så dålig att hon inte bör föda barn – bör kunna bestraffas i första hand disciplinärt enligt bestämmelserna i läkarinstruktionen och tillsynslagen. Behandlingen har då inte utförts i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

En läkare som utför insemination utan socialstyrelsens tillstånd bör däremot sannolikt bestraffas enligt den föreslagna bestämmelsen, om behandlingen skett vanemässigt eller i vinningssyfte.

Likaså bör varje form av privat verksamhet som sker mera organiserat eller i vinningssyfte kunna bestraffas enligt lagen. Också en man som privat vid upprepade tillfällen eller mot ekonomisk vinning ställer upp som spermagivare bör alltså kunna straffas.

Utanför det straffbara området ligger att en kvinna på privat väg skaffar fram sperma som hon låter inseminera på sig själv. Vidare är det inte meningen att en man som privat vid ett enstaka tillfälle av ideella skäl ställer upp som spermagivare skall straffas för detta. Dessa undantag innebär emellertid inte att en inseminationsverksamhet utanför sjukhusen kan godtas utan endast att det inte finns tillräckliga skäl att införa sanktioner i sådana fall.

Även personer som medverkar till en mera organiserad eller vinningsinriktad verksamhet av otillåten karaktär kan enligt bestämmelsen straffas. Härvid träder medverkansbestämmelserna i brottsbalken in i den mån gärningen inte är straffvärd enligt någon annan lag eller författning. Är det fråga om att sjukhuspersonal varit läkaren behjälplig i en olaglig verksamhet bör i första hand disciplinpåföljd enligt tillsynslagen kunna tillgripas.

22.3 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

7 kap. Sekretess med hänsyn främst till skyddet för enskilds personliga förhållanden

1 §²

Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 §, inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men.

Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, såsom rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, *insemination*, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastrering och åtgärder mot smittsamma sjukdomar, samt i verksamhet som avser omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.

¹ Se 18.1.

² Allmänmotivering, se 13.4.5.

Sekretess enligt första stycket gäller också i sådan verksamhet hos myndighet som innefattar omprövning av beslut i eller särskild tillsyn över allmän eller enskild hälso- och sjukvård.

I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

Paragrafen innehåller det tillägget att till exemplifieringen av "annan medicinsk verksamhet" har tillagts ordet "insemination" för att betona att hälso- och sjukvårdssekretessen omfattar även denna verksamhet.

3 §¹

Sekretessen enligt 1 § gäller också i förhållande till den vård- och behandlingsbehövande själv i fråga om uppgift om hans hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom.

Sekretessen enligt 1 § gäller också i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande själv i fråga om uppgift om spermagivaren vid insemination.

Utan hinder av sekretessen i 1 § får uppgift lämnas till någon som avlats genom insemination enligt vad som föreskrivs i lagen (1984:000) om inseminationer.

I paragrafen har införts ett *andra stycke* som innebär att undantagsbestämmelsen om sekretess mot patienten själv gäller även vid insemination i fråga om uppgift om spermagivaren. Enligt bestämmelsen har sålunda en kvinna, som behandlats med insemination inte rätt att från sjukhuset få ut uppgift om vem som varit spermegivare. Om givaren efterger sekretessen enligt 14 kap. 4 § sekretesslagen föreligger emellertid givetvis inget hinder mot att uppgiften lämnas ut.

Det nya *tredje stycket* utgör ett undantag från sekretesslagens bestämmelser och ger en hänvisning till den föreslagna inseminationslagens bestämmelser om rätten för ett inseminationsbarn, som uppnått myndig ålder, att få uppgift om vem den biologiske fadern är.

22.4 Förslaget till ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

62 §²

Originalhandlingar som rör utredning om att fastställa faderskap, om underhåll *eller om insemination* får inte gallras ut med stöd av bestämmelserna i 60 §.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får föreskriva andra undantag från gallringsskyldigheten.

Paragrafen innehåller ett tillägg som går ut på att originalhandlingar rörande insemination – i första hand samtycket och godkännandet till givarinsemination – skall bevaras för framtiden och inte får gallras ut från socialnämndens arkiv.

¹ Allmänmotivering, se 13.4.5.

² Allmänmotivering, se 13.5

Särskilt yttrande

av Marc Bygdeman

Enligt mitt synsätt är det uppenbart att dagens avsaknande av regler som styr givarinseminationsverksamheten inte kan accepteras. Att mannen i äktenskapet kan bli befriad från de ekonomiska och sociala krav barnet har rätt att ställa på honom är inte tillfredsställande. Det är inte heller rätt att mannen i en skilsmässosituation riskerar att mista rätten till kontakten med barnet, som han under flera år vant sig vid att betrakta som "sitt".

Det saknas också regler för hur de par, som bör behandlas med givarinsemination skall väljas ut. En medicinsk praxis, som utvecklats under de många år verksamheten bedrivits i Sverige, finns visserligen och är också i huvudsak tillfredsställande. De medicinska urvalskriterierna är dock inte tillfyllest. En bedömning av parets lämplighet som föräldrar ur psyko-social synpunkt är nödvändig. I detta avseende kan man inte förutsätta att gynekologens kunskaper är tillfredsställande. För de par, där givarinsemination är en medicinsk behandlingsmöjlighet torde adoption ofta vara en alternativ lösning på parets barnlöshetsproblem. Av bland annat dessa skäl finns en välmotiverad anledning att också inseminationsparet skall genomgå en psyko-social utredning av samma typ som fordras vid adoption. Det är också viktigt att parets val mellan insemination och adoption inte beror på vilket som är enklast eller billigast utan grundas på en djup inneboende önskan.

Tidigare har givarinsemination varit en sekretessbelagd behandling där man som regel tillrätt paret att inte informera barnet om hur det tillkommit. Jag delar utredningens uppfattning, ehuru några undersökningar som visar att så verkligen är fallet inte finns, att det är ett starkt önskemål att så inte blir fallet i framtiden. En ärlig information till barnet är säkert av mycket stor betydelse för barnets utveckling. Till skillnad mot tidigare praxis bör därför paret aktivt påverkas att vid lämpligt tillfälle informera barnet om hur det tillkommit. Risken är stor att barnet ändå får vetskap om sitt ursprung och då i en situation, där barnet kan lida skada. Någon anledning att sprida information utanför familjekretsen finns dock inte.

I utredningens förslag ges barnet en absolut rätt att få reda på sitt biologiska ursprung och betonas den stora betydelse detta har för många barn. Som stöd för denna uppfattning redovisas ett antal, främst utländska, undersökningar om adoptivbarns behov i detta avseende. Man bör betona att motsvarande undersökningar, när det gäller inseminationsbarn inte finns. Inseminationsbarnets situation är inte heller helt jämförbar med adoptivbarnets. Inseminationsbarnets "sociala mor" är ju också dess "biologiska" mor.

Det är alltså inte vetenskapligt belagt att analogin med adoptivbarn är riktig. Att under dessa förhållanden ge barnet ovillkorlig rätt att vid myndig ålder få reda på givarens identitet är enligt min uppfattning att gå för långt. Det finns i själva verket många skäl som talar emot en sådan princip. Även om det är viktigt att hävda barnets rättigheter kan man inte helt bortse från det barnlösa paret synpunkter. Det är min uppfattning att borttagandet av givarens anonymitet inte är acceptabelt för de flesta barnlösa par idag. Likaså kan konstateras att anonymitet är för de flesta givare en förutsättning för att dessa skall ställa upp. Man bör också ha klart för sig att givaren knappast vid donationstillfället kan förutsäga hur hans situation är ungefär 20 år senare och hur han då skulle reagera för att tvingas möta sitt inseminationsbarn. Jag hoppas att vi då har en öppnare syn på inseminationsbehandlingen och att det är naturligt för givaren att möta barnet. Eftersom vi idag inte med säkerhet kan förutse utvecklingen måste givaren dock tillförsäkras det slutgiltiga avgörandet om han vill träffa barnet eller inte när det nått vuxen ålder. Det är också full enighet bland de läkare som arbetar med givarinsemination att ett borttagande av anonymitetsskyddet för givaren mycket påtagligt skulle reducera inseminationsverksamhetens omfattning. Till slut kan man konstatera att det är en allmän uppfattning att en lag, som inte har förankring i alla delar bland de grupper av människor som drabbas av lagen, dvs. läkarna och de barnlösa i detta fall, påtagligt ökar risken för utvecklingen av illegal verksamhet, en utveckling som i detta fall vore mycket olycklig. Eftersom möjligheter till givarinsemination finns i en rad länder utanför Sverige och där verksamheten är sekretessbelagd innebär detta också att paret ekonomiska förhållanden blir avgörande under vilka former givarinseminationen utförs. Detta är ett förhållande som jag inte vill acceptera.

Enligt min uppfattning bör givarens anonymitet bevaras tills vi är mogna för den öppenhet som utredningen behjärtansvärt strävar efter. Att tvinga fram en sådan utveckling med lagens hjälp är enligt mitt synsätt olyckligt och kan snarare ha motsatt effekt. Barnets rätt till kunskap om sitt ursprung kan ändå beaktas genom att barnet ges all information som finns om givarens person, familjeförhållanden etc. – bara inte givarens namn. Det innebär trots allt att givarinseminationsbarnet får mer information än de flesta utländska adoptivbarn, där ju ofta de biologiska föräldrarna är helt okända.

I utredningsförslaget föreslås också att barnets tillkomstsätt skall registreras hos pastorsämbetet. Skälen härtill är att felaktiga uppgifter inte medvetet skall införas och att man också på detta sätt tvingar paret att informera barnet om dess ursprung. Detta förfarande finner jag inte acceptabelt. Man kan konstatera att det idag medvetet införs felaktiga uppgifter om vilka de biologiska föräldrarna är i mycket stor omfattning. Vi vet av utredningar att i fråga om ungefär 8-10% av de barn som föds, är inte den biologiska pappan den barnet tror och pastorsämbetet informeras om. Likaså tycker jag att föräldrarnas information till barnet om dess ursprung ska ske frivilligt, men föräldrarna påverkas i denna riktning genom den information om fördelarna härmed de erhåller i samband med socialutredningen och av behandlande läkare.

Enligt förslaget ska läkaren vara den som tvingas att lämna uppgifterna till pastorsämbetet. Enligt min uppfattning strider detta mot de etiska regler som styr läkarens arbete. Eftersom givarinsemination endast används där

medfödda skador eller sjukdomar har allvarligt påverkat mannens fruktsamhet innebär ett sådant förfarande i praktiken att läkaren till en större krets utlämnar information som vi normalt betraktar som sekretessbelagd. Förhållandena vid givarinsemination kan inte jämföras med de vid adoption. Att adoptionsbarn registreras innebär ju inget avslöjande av föräldrarnas hälsotillstånd eftersom idag många par väljer att adoptera barn trots att de har eller mycket väl kan få egna barn. När den öppenhet i dessa frågor, som så småningom förhoppningsvis blir verklighet, får man en naturlig lösning genom att registreringen kan ske på vanligt sätt genom barnmorskan och efter information av föräldrarna. Under en övergångstid får man acceptera en mindre felregistrering som detta system innebär.

Bilaga 1 Resultat av enkäten till kvinnoklinikerna

Förekomsten av inseminationer under åren 1980-81

Vi erhöll svar från samtliga 56 kvinnokliniker. 28 kliniker svarade att de över huvud taget inte sysslar med inseminationer och att de inte heller planerar att göra det inom en nära framtid. Två kliniker svarade att de avser att inom en nära framtid börja med givarinseminationer¹ och två kliniker att de avser att börja med makeinseminationer.²

Av de kliniker, som hade inseminationsverksamhet (28 st.), sysslar 1 med enbart givarinseminationer, 9 med både givar- och makeinseminationer samt 18 med enbart makeinseminationer.

Under den aktuella tidsperioden gjordes sammanlagt på kvinnoklinik 3 567 givarinseminationer. Cirka 420 barn föddes efter sådan behandling. Under samma period gjordes ungefär 763 makeinseminationer varigenom omkring 40 barn föddes.

På frågan hur stor procent kvinnor, som tidigare fått barn genom givarinsemination och som har återkommit under perioden och vill ha fler barn är svaren från de åtta aktuella klinikerna högst olika. Till Falu lasarett återkom 45 % av tidigare inseminerade kvinnor. Till Karolinska sjukhuset däremot återkom inte någon. I övrigt varierade siffrorna mellan 7 och 31 procent.

Av de sjukhus som inte själva sysslar med givarinsemination svarade 43 kliniker att de remitterar kvinnan till ett annat sjukhus. De flesta (34 kliniker) vände sig därvid till ett annat landsting genom s.k. specialstre-miss.

Givaren (vid givarinsemination)

På frågan vilka medicinska och andra krav som ställs på givaren rådde samstämmighet mellan klinikerna om att mannen i fråga skall vara fysiskt och psykiskt frisk, att han skall ha sperma av god kvalitet samt att han inte skall ha någon ärftlig belastning. Ett par kliniker kräver också att mannen lever i ett stabilt parförhållande samt har egna friska barn. Någon klinik kräver dessutom att mannen är under 40 år. Någon klinik påpekar också vikten av att mannen är samarbetsvillig och pålitlig, att han inte har ett avvikande utseende samt att han är införstådd med de etiska och känslomässiga problem som kan ligga i att vara givare.

Bland de medicinska undersökningar som utförs på mannen i fråga nämns

¹ Huddinge sjukhus och Akademiska sjukhuset i Uppsala.

² Södertälje sjukhus och Örnköldsviks sjukhus.

särskilt blodgruppsbestämning, spermaprov, kromosomanalys samt genital undersökning. Någon klinik gör också en allmän medicinsk undersökning. Bland annat undersöks blodtryck, hjärta och lungor.

Någon psyko-social undersökning av mannen tycks inte göras på annat sätt än att det vid de flesta kliniker förekommer ett samtal med mannen varvid bland annat dennes motiv för att ställa sig till förfogande som givare går igenom.

Givare rekryteras vanligen genom den ansvarige läkarens personliga kontakter. Vid en klinik är givarna huvudsakligen befälslever från ett regemente. Ett par kliniker använder sig av medicine studeranden och annan manlig personal vid sjukhuset. De flesta kliniker är mycket diskreta vid rekrytering av givare. En klinik driver dock rekryteringskampanjer på arbetsplatser och blodcentraler. Ett par kliniker frågar kvinnlig personal vid sjukhuset om deras makar/sambos är villiga att ställa upp som givare. Vid någon klinik rekryteras givare även bland intresserade som hör av sig.

Svårigheterna att få tag på lämpliga givare tycks genomgående vara mycket stora. Som skäl till rekryteringsproblemet anges bland annat att givarens kvinnliga partner ofta motsätter sig att maken/sambon ställer upp. Vidare anförts att män som kan komma i fråga som givare numera på grund av den tilltagande debatten om inseminationer känner en allt större oro för konsekvenserna av att de ställer upp som givare. Den diskretion som omger rekryteringsförfarandet anges också som ett hinder att få tag på tillräckligt antal givare.

Två kliniker kräver tillstånd från givarens make/sambo för att spermagivning skall få komma till stånd. Två kliniker rekommenderar ett samtycke från maken/sambon men kräver inget uttryckligt tillstånd. Övriga kliniker kräver inte tillstånd.

Vid två kliniker får en givare vara upphov till högst 20 graviditeter. Tre kliniker tillämpar en gräns mellan 4 och 6 graviditeter. Vid tre kliniker förekommer ingen övre gräns.

Blandning av sperma från olika givare eller från en givare och kvinnans make är uppenbarligen mycket ovanligt i Sverige. Endast en klinik tillåter blandning av sperma och då bara på önskemål från inseminationsparet.

Vid alla kliniker betalas ersättning till givaren. Ersättningen, som i huvudsak avser utlägg för resa och förlorad arbetsförtjänst, varierar mellan 80 och 350 kr. per ejakulat. Fyra kliniker betalar 200 kr. Endast en klinik står för ersättningen själv. Vid övriga kliniker betalas ersättningen av kvinnan genom förmedling av sjukhuset.

De flesta kliniker eftersträvar i möjligaste mån likhet mellan givaren och kvinnans make i fråga om hårfärg, ögonfärg och kroppsbyggnad.

Ingen klinik tillmötesgår krav från inseminationsparet i fråga om egenskaper eller utseende (förutom de ovan nämnda) hos givaren. Vid en klinik tillmötesgick man dock i ett fall paret önskan att givaren skulle vara en "medel-svensson".

Kvinnan

Vid såväl givarinsemination som makeinsemination ställs vissa medicinska krav för att behandlingen skall utföras. Allmänt krävs att kvinnan är

kroppsligt frisk och fruktsam samt att hon har normal och regelbunden ägglossning. Vissa sjukhus har dessutom mera specifika krav som att kvinnan är under viss ålder (35 eller 40 år) eller att hon inte lider av någon sjukdom som skulle innebära hinder för adoption eller medföra allvarlig risk för henne vid graviditet eller förlossning. En klinik har betonat vikten av att kvinnan är vid god psykisk hälsa. Vid ett par kliniker görs en mera ingående medicinsk undersökning av kvinnan först efter ett antal inseminationsbehandlingar utan resultat (3 eller 6 behandlingar).

De flesta kliniker utför givarinsemination endast på gift kvinna. Fyra kliniker tillåter dock givarinsemination även på ogift samboende kvinna. En klinik kräver härvidlag att paret lever i ett stabilt förhållande som varat flera år samt att paret avser att gifta sig, i vart fall om kvinnan blir gravid. Ingen klinik tillåter insemination på en ensamstående kvinna.

Kvinnans make/sambo

I fråga om makeinsemination ställs i allmänhet ett eller flera av följande medicinska krav på kvinnans make/eller sambo. Hans sperma kan få sädesceller eller liten spermavolym. Han får inte ha någon sjukdom som påverkar hans livslängd och får inte heller vara socialt missanpassad t.ex. alkoholist eller narkoman. Ett annat krav kan vara att mannen har en missbildning så att befruktning på naturlig väg är utesluten.

Vid givarinsemination anges en eller flera av följande medicinska krav i fråga om kvinnans make eller sambo. Mannen är sannolikt ofruktsam eller har så dålig spermakvalitet att befruktning med hans sperma kan bedömas som utesluten. Mannen har ett normalt spermaprov men det finns en immunologisk orsak till barnlösheten. Mannen lider av en ärftlig sjukdom t.ex. diabetes. Han får däremot inte ha en sjukdom som kan påverka hans livslängd. Han får inte heller vara socialt missanpassad. Mannen skall vara vid god psykisk hälsa.

Sekretess

Vid samtliga kliniker tycks den vanliga sjukhusjournalen beträffande kvinnan bara innehålla allmänna uppgifter om vilka gynekologiska åtgärder som vidtagits. Några uppgifter om inseminationen finns inte. Vid de flesta kliniker förs en särskild journal som bara berörd sjukhuspersonal har tillgång till eller privata minnesanteckningar om givarinsemination. Givaren identifieras ofta genom ett kodnummer som korresponderar mot en särskild hemlig förteckning över givarna. Anteckningarna angående givarinseminationen förstörs på vissa håll efter viss tid (efter förlossning eller efter några år).

Givaren kan vid sex kliniker identifieras av den ansvarige läkaren och möjligen någon till vid sjukhuset. Ofta kan identifikation bara ske så länge givaren används vid kliniken eller till och med förlossningen. Vid två kliniker kan givaren över huvud taget inte identifieras.

Vid sex kliniker finns möjlighet för inseminationsparet att få flera barn med användande av samma givare.

Vid åtta kliniker lämnas garantier till givaren och inseminationsparet om absolut sekretess från klinikens sida angående givarinseminationen.

Sju kliniker lämnar inga rekommendationer till inseminationsparet angående frågan om givarinseminationen bör avslöjas för barnet. Två kliniker rekommenderar paret att inte avslöja för barnet att det tillkommit genom givarinsemination. Skälet till detta uppges vara att man befarar svåra störningar hos barnet om det rätta förhållandet avslöjas. Risk föreligger att barnet därvid förkastar sin sociale far. Samtliga kliniker tycks ha ett ingående samtal med inseminationsparet i saken.

Rådgivning och utredning

Samtliga kliniker uppgav att givarinsemination alltid föregås av ett eller flera samtal med den ansvarige läkaren. Vid detta/dessa lämnas information om behandlingen och diskuteras bland annat alternativet adoption. Vidare betonas att inseminationsförfarandet kan vara psykiskt påfrestande för paret och att den inte alltid leder till önskat resultat.¹ Ett par kliniker tillsänder paret skriftlig information före samtalet med läkaren.

Någon mer ingående psyko-social undersökning av inseminationsparet tycks inte förekomma vid någon av klinikerna. I de flesta fall förekommer endast rådgivningssamtal med den ansvarige läkaren. Vid ett par kliniker kopplas i undantagsfall in kurator, psykolog eller psykiater. Detta kan till exempel ske om mannen tidigare tvångssteriliserats eller har alkoholproblem.

Två av klinikerna ställer inga speciella psyko-sociala krav på inseminationsparet för att givarinsemination skall utföras. Övriga kliniker ställer upp mer eller mindre stränga krav. Bland de krav som anges i enkätsvaren kan nämnas att mannen och kvinnan är psykiskt friska och lever i ett stabilt parförhållande. De flesta kliniker kräver också att parterna är gifta med varandra och helst över 25 år. Vidare nämns kravet att paret skall ha en uppriktig önskan att få barn och att beslutet att försöka givarinsemination är gemensamt.

De flesta kliniker har någon form av rådgivning även till givaren. Rådgivningen består huvudsakligen i en information om hur paret väljs ut, hur insemination går till, samt de juridiska och medicinska problem som kan uppkomma vid givarinsemination. Vid en klinik får givaren underteckna en handling av vilken framgår att han inte kan bli förklarad vara far till barnet vid domstol samt att han inte kan göra några anspråk på barnet i framtiden. Vid en annan klinik diskuteras även de känslomässiga problem som kan uppkomma för givaren i framtiden.

Endast två kliniker har gjort någon form av uppföljande studie av hur det går för inseminationsfamiljen efter barnets födelse.

Samtliga kliniker utom en lämnar vid givarinsemination information till inseminationsparet angående ett inseminationsbarns ställning i rättsligt hänseende och i faderskapsfrågan. Detta sker vanligtvis både skriftligt och muntligt.

Vid en klinik förekommer någon form av skriftlig kontakt mellan kliniken och inseminationsparet enligt vilket paret med sina namn betygar att de fått erforderlig information och är medvetna om sitt ansvar för behandlingen och dess konsekvenser.

Vid samma klinik förekommer också ett kontrakt som undertecknas av inseminationsparet angående faderskapet till barnet, arvsrätt m.m.

¹ Ungefär 60–70 % av de kvinnor som får givarinsemination blir gravida.

Spermabank

Av de kliniker som sysslar med givarinsemination använder sex kliniker enbart färsk sperma. Tre kliniker använder både färsk och fryst sperma. Samtliga kliniker som endast sysslar med makeinseminationer använder endast färsk sperma.

Tre kliniker har möjligheter att förvara sperma i fryst form.¹

En klinik säger sig planera upprättandet av en spermabank när de juridiska konsekvenserna i fråga om inseminationer har klarnat. En klinik uppger att det skulle vara önskvärt om spermabanker inrättades regionalt, som skett i bland annat Frankrike och Danmark, för att öka och centralisera tillgången på sperma.

Övrigt

Den genomsnittliga väntetiden för att få givarinsemination varierar mycket mellan de olika klinikerna. Vid en klinik är väntetiden bara två månader, vid en annan tre år. Vid de flesta kliniker är väntetiden minst ett år.

När det gäller makeinsemination föreligger väntetider på högst två månader. De flesta kliniker har inga väntetider alls.

De flesta kliniker som sysslar med givarinseminationer uppgav att de kan tillgodose behovet av inseminationer. Ett par kliniker uppgav emellertid att väntetiden är så lång att många par tröttnar.

Genomgående tycks klinikchefen vid respektive kvinnoklinik vara ansvarig för inseminationsverksamheten vid kliniken.

Praxis när det gäller frågan om avbrytande av behandlingen vid givarinsemination varierar starkt vid de olika klinikerna. Tre kliniker uppgav att de avbryter behandlingen efter sex inseminationer utan resultat. En klinik avbryter efter högst nio behandlingar. En annan klinik bedömer varje fall individuellt och en klinik ger undantagsvis mer än 15 behandlingar. Vid en klinik ges sex inseminationer. Om dessa blir resultatlösa görs en fullständig fertilitetsutredning på kvinnan. Om det visar sig att kvinnan är fullt fertil kan behandlingen därefter fortsätta upp till två år. Vid en klinik ges obegränsat antal behandlingar om kvinnan är under 35 år. Är hon över 35 år ges behandling längst tills hon fyllt 40 år.

I fråga om makeinsemination görs mellan tre och sex inseminationer innan behandlingen avbryts.

På frågan hur många som sysselsätts vid kvinnokliniken med inseminationer uppgav flera kliniker att verksamheten ingår som en integrerad del i den vanliga verksamheten och att den extra tidsåtgången är låg och svår att uppskatta. Bland de kliniker som sysslar med givarinseminationer och som kunnat uppskatta den extra tidsåtgången (4 kliniker) varierar läkarens insats mellan 200 och 400 timmar om året samt övrig personals (sjuksköterskor, sjukvårdsbiträden, laboratorieassistenter och sekreterare) insatser till sammanlagt mellan 240 och 800 timmar om året.

En kvinna som får givarinsemination får enligt enkätsvaren vanligtvis betala givarens ersättning för varje spermagivning samt vanlig mottagningsavgift på sjukhuset. Vid en klinik behöver kvinnan dock inte betala

¹ Malmö allmänna sjukhus, Halmstads lasarett och Karolinska sjukhuset

någoting utöver mottagningsavgiften. Landstinget står för ersättningen till givaren.

Vid de flesta kliniker som sysslar med givarinsemination är uppenbarligen utebliven ägglossning hos kvinnor som får givarinsemination ovanlig. De flesta uppger att detta förekommer i mindre än fem procent av fallen. Däremot uppges rubbningar i ägglossningen vara betydligt vanligare. Två kliniker uppger emellertid att utebliven ägglossning förekommer i 10-20 % av fallen.

Samtliga kliniker tillgriper vid behov behandling som stimulerar ägglossningen.

Endast en klinik upp gav att det vid ett tillfälle förekommit att en kvinna som blivit gravid genom insemination begärt abort. Den ifrågavarande kvinnan hade insjuknat i röda hund.

Ingen klinik kunde berätta om något speciellt fall där utvecklingen för inseminationsfamiljen inte varit positiv efter barnets födelse. Däremot upp gav flera kliniker att de genom bland annat brev från inseminationsparen får många bevis på motsatsen. En klinik nämnde att skilsmässor förekommit även i inseminationsfamiljer men att det därvid aldrig blivit något problem med faderskapsfrågan.

Synpunkter från klinikerna

Många kliniker har uttalat hur viktig inseminationsverksamheten, särskilt givarinseminationer, är för att hjälpa människor som är ofrivilligt barnlösa. Ett par kliniker betonade fördelarna för många att få insemination i stället för att adoptera ett barn med hänsyn till att inseminationsbarnet får samma etniska ursprung som föräldrarna vilket oftast inte är fallet vid adoption.

Många kliniker framhöll vikten av att en rättslig reglering kommer till stånd av verksamheten särskilt när det gäller den rättsliga ställningen för ett barn som avlats genom givarinsemination.

En klinik upp gav att de kvinnor som begär att få bli inseminerade ofta är starkt fixerade vid att få barn. De upp ger att de annars avser att skaffa barn genom en tillfällig förbindelse. Några kvinnor har även – ofta med makens goda minne – ”förstärkt” inseminationen genom en sådan tillfällig förbindelse. Enligt kliniken föds för närvarande omkring 6 000 barn varje år i Sverige med en annan far än den uppgivne. I detta perspektiv anses problemet med att den biologiske fadern är okänd vid givarinsemination inte vara så stort.

En klinik ansåg att en man som går med på att hans hustru får givarinsemination skall behandlas på samma sätt som när barn i andra fall föds i ett äktenskap. Har hustrun varit otrogen bör han sålunda kunna begära förklaring vid domstol att han inte är far till barnet. Givaren bör rutinmässigt underkastas blodgruppsserologisk undersökning.

En klinik ville att samhället tar större ansvar för inseminationsverksamheten. Givarinsemination bör endast få bedrivas på landets regionsjukhus där det finns tillgång till en samlad kompetens av läkare, kuratorer, psykologer och genetiker.

En annan klinik ansåg att sjukhusets förmedling av ersättning från kvinnan till givaren är otillfredsställande. Det föreslås att någon form av fond upprättas ur vilken ersättning kan utgå.

Några kliniker, som bara sysslar med makeinseminationer, uttryckte tveksamhet till verksamheten med givarinsemination över huvud taget. Tveksamheten bottnar i bland annat följande fakta. De legala aspekterna har inte reglerats. I de flesta fall förutsätts att barnet inte informeras. Barnet växer sålunda upp under falska förutsättningar. Barnets relation till modern och den föregivne fadern blir från deras synpunkt olika. Det kan vara svårt att undvika att barnet genom förflugna ord förstår sammanhanget.

Givarinseminationer vid svenska kvinnokliniker 1978-81

	1978-79 ¹	1980-81	1978-81
Boden	269	283	552
Halmstad	–	95	95
Falun	324	700	1 024
Östra sjukhuset, Göteborg	965	911	1 876
Karolinska, Stockholm	82	200	282
Linköping	318	464	782
Lund	46	196	242
Malmö	850	625	1 475
Umeå	390	191	581
Sahlgrenska, Göteborg	41	–	41
Helsingborgs sjukhus	–	2	2
Summa	3 285	3 569	6 952

¹ Uppgifterna hämtade från socialstyrelsens undersökning "Heterolog insemination i Sverige".

Barn födda efter givarinsemination vid svenska kvinnokliniker 1978-81

	1978-79 ¹	1980-81	1978-81
Boden	?	≈31	≈31
Halmstad	15	16	31
Falun	60	71	131
Östra sjukhuset, Göteborg	95	111	206
Karolinska, Stockholm	9	12	21
Linköping	36	54	90
Lund	4	32	36
Malmö	58	68	126
Umeå	25	25	50
Sahlgrenska, Göteborg	3	–	3
Summa	305	≈420	≈725

¹ Uppgifterna, som avser antalet graviditeter under perioden, är hämtade ur socialstyrelsens undersökning "Heterolog insemination i Sverige".

Makeinseminationer vid svenska kvinnokliniker 1980-81

	Insemination	Barn födda efter insemination
Boden	165	≈16
S:t Erik, Stockholm	3	0
Karolinska, Stockholm	162	2
Jönköping	5	0
Akademiska, Uppsala	5	0
Södertälje	9	1
Huddinge	20	0
Luleå	5	?
Södersjukhuset, Stockholm	10	1
Danderyd	3	0
Eskilstuna	10	0
Linköping	83	3
Malmö	50	2
Mora	40	2
Lund	15	1
Sahlgrenska, Göteborg	50	5
Mölnadal	6	0
Karlstad	?	?
Visby	10	?
Halmstad	16	0
Östra sjukhuset, Göteborg	67	3
Lidköping	5-10	1-2
Falun	?	?
Sundsvall	10	2
Hudiksvall	2	0
Summa	≈763	≈40

Väntetider för givarinsemination (månader)

	Socialstyrelsens undersökning	Utredningens undersökning
Boden	3-5	?
Halmstad	ingen	2
Falun	12	6-18
Östra sjukhuset, Göteborg	24	18
Karolinska, Stockholm	18-24	36
Linköping	18	12-18
Lund	24	24
Malmö	12	12
Umeå	15	6-12
Sahlgrenska, Göteborg	1	-

Högsta gräns för antal inseminationsbarn per givare

	Socialstyrelsens undersökning	Utredningens undersökning
Boden	10	10
Halmstad	4	4-5
Falun	ingen begränsning	ingen begränsning
Östra sjukhuset, Göteborg	10	20
Karolinska, Stockholm	5	5
Linköping	ingen begränsning	ingen begränsning
Lund	6	6
Malmö	20	20
Umeå	ingen begränsning	ingen begränsning
Sahlgrenska, Göteborg	ingen begränsning	-

Antalet behandlingar vid givarinsemination innan behandlingen avbryts

Boden	ingen begränsning tills kvinnan är 40 år
Halmstad	6-8
Falun	i undantagsfall mer än 15
Östra sjukhuset, Göteborg	10-12
Karolinska, Stockholm	9
Linköping	6
Lund	6 ¹
Malmö	individuellt
Umeå	6

¹ Efter sex behandlingar görs en fullständig fertilitetsutredning på kvinnan. Om kvinnan befins fullt fertil kan behandlingen fortsätta upp till två år.

Hur stor procent kvinnor som tidigare fått barn genom givarinsemination återkom för givarinsemination under åren 1980-81

Boden	40 %
Halmstad	23 %
Falun	45 %
Östra sjukhuset, Göteborg	31 %
Karolinska, Stockholm	0
Linköping	10 %
Lund	? ¹
Malmö	10 %
Umeå	7 %

¹ Tre kvinnor har återkommit.

Ekonomisk ersättning till givaren för varje ejakulat vid givarinsemination

Boden	100 kr
Halmstad	80 kr
Falun	300-350 kr
Östra sjukhuset, Göteborg	200 kr
Karolinska, Stockholm	200 kr
Linköping	200 kr ¹
Lund	100 kr
Malmö	200 kr
Umeå	300 kr

¹ Landstinget står för ersättningen.

Bilaga 2 Resultat av enkäten till privatpraktiserande gynekologer

Förekomsten av inseminationer under åren 1980-1981

Vi erhöLL svar från 270 av 420 tillfrågade gynekologer. 236 av dessa uppgav att de över huvud taget inte sysslar med inseminationer och att de inte heller planerar att göra det inom en nära framtid. Två gynekologer svarade att de avser att inom en nära framtid börja med givarinseminationer. Fyra ytterligare gynekologer uppgav att de avsåg att börja med inseminationer utan att närmare specificera vilket slag av inseminationer.

Fem gynekologer svarade att de sysslar med givarinseminationer. Sammanlagt utfördes under perioden 408 givarinseminationer av dessa.¹ Genom dessa behandlingar avlades sammanlagt 46 barn. En ytterligare gynekolog svarade att han sysslar med givarinseminationer men lämnade i övrigt inga uppgifter.

26 gynekologer svarade att de sysslar med makeinseminationer. Sammanlagt utfördes cirka 422 makeinseminationer av dessa gynekologer. Cirka 38 barn föddes efter sådan behandling.

En gynekolog uppgav att han sysslar med inseminationer men har i övrigt inte besvarat enkäten med hänvisning till att han anser verksamheten vara en sak mellan läkare och patient i varje enskilt fall.

74 gynekologer som inte själva sysslar med inseminationer uppgav att de remitterar en patient som önskar insemination till något sjukhus.

Givaren (vid givarinsemination)

Genomgående uppgavs att givaren måste vara frisk. Tre gynekologer kräver också att givaren inte har någon ärftlig sjukdom i släkten samt att han har egna friska barn i ett bra familjeförhållande. En gynekolog framhåller även att givaren skall ha normal intelligens och vara i en ålder mellan 20 och 40 år. En annan anser att givaren "rasmässigt" bör vara samma typ som kvinnan.

Två gynekologer gör undersökning av givarens sperma. En gynekolog gör dessutom blodgruppering och kromosombestämning. En gynekolog gör ingen medicinsk undersökning alls av givaren.

En gynekolog införskaffar en utförlig anamnes angående givaren för att bland annat utröna om alkohol- eller narkotikamissbruk förekommer. De fyra övriga gynekologerna säger sig inte göra någon särskild undersökning (till exempel psyko-social) angående givaren.

¹ Fördelade enligt följande: 250, 121, 28, 8 respektive 1.

Givare rekryteras av tre gynekologer genom personliga kontakter. En gynekolog uppger att han får rekommendationer om lämpliga givare samt att han genom modern frågar nyblivna fäder om de är villiga att ställa upp.

Samtliga gynekologer uppgav att de har problem att rekrytera givare. En gynekolog angav som orsak den debatt om inseminationer som förekommer i massmedia. En annan angav som en av orsakerna att givaren måste kunna ställa upp med kort varsel på bestämda tider och mot ganska ringa ersättning.

Två gynekologer kräver tillstånd från givarens eventuella make eller sambo för att spermagivning skall komma till stånd. En gynekolog kräver inte tillstånd men uppger att samförstånd ändå alltid föreligger mellan givaren och dennes partner.

Fyra gynekologer tillämpar en övre gräns för antalet spermagivningar från samma givare. En gynekolog använder en givare för fyra – fem spermagivningar, en annan för högst två graviditeter ytterligare en för högst fem graviditeter inom samma region och tio totalt. En gynekolog har en övre gräns på tio barn frånsett syskon till tidigare barn som tillkommit genom givarinsemination. Samtliga åberopar ärftlighetsskäl för att tillämpa en övre gräns.

Två gynekologer uppgav att det förekommer att de blandar sperma från givaren och kvinnans make före givarinsemination.

På frågan vilken ersättning givaren får för sin medverkan uppgav en gynekolog 100 kr. per ejakulat och tre gynekologer en ersättning för resekostnader på vanligtvis 150 kr. per ejakulat. En gynekolog uppgav – utan precisering av belopp – att ersättningen till givaren är mycket hög.

Samtliga gynekologer strävar efter likhet så långt möjligt mellan givaren och kvinnans make eller sambo i fråga om kropps-konstitution, hårfärg och ögonfärg samt eventuellt blodgrupp.

Två gynekologer tillmötesgår krav från inseminationsparet i fråga om utseendemässig likhet. De övriga två tillmötesgår inga krav från inseminationsparet.

Kvinnan

Bland de medicinska krav som ställs på kvinnan både vid make- och givarinsemination märks främst att hon är fysiskt frisk och att en fertilitetsutredning gett positivt resultat. Vid givarinsemination nämns även att kvinnan bör vara psykiskt stabil. Någon gynekolog kräver också att kvinnan är yngre än 40 år.

Två gynekologer uppgav att de tillhandahåller insemination till ogifta samboende kvinnor. En gynekolog uppgav att han även ger insemination till ensamstående kvinnor.

Kvinnans make eller sambo

De flesta gynekologer som sysslar med makeinseminationer kräver att kvinnans make eller sambo vid analys visar sig ha en godtagbar spermakvalitet. Ett par gynekologer kräver även att mannen är normalt frisk och att äktenskapet i vilket mannen lever inte är en olämplig barnmiljö. En gynekolog nämnde även fall där mannen har någon fysisk missbildning som

förhindrar befruktning på naturligt sätt samt fall där mannens spermakvalitet är nedsatt.

När det gäller givarinsemination kräver två gynekologer att kvinnans make eller sambo har starkt nedsatt spermakvalitet men att han i övrigt är fysiskt och psykiskt frisk. En gynekolog tillhandahåller också givarinsemination när maken har en ärftlig belastning.

Sekretess

När det gäller journalföringen vid givarinsemination förekommer olika system. En gynekolog har speciella journalkort skilda från övriga journaler och förvarade i särskilt låst utrymme. En annan gynekolog för en egen privat journal angående inseminationsbehandlingen med kodad givarangivelse. En tredje gynekolog för blyertsanteckningar om behandlingen på kvinnans ordinarie journal.

Två gynekologer sparar samtliga handlingar rörande inseminationsbehandlingen. En gynekolog sparar inte några handlingar. En annan gynekolog sparar ett juridiskt avtal mellan makarna samt uppgift på givaren.

På frågan om givaren vid behov kan identifieras vid givarinsemination skiljer sig svaren. Hos en gynekolog kan identifikation ske fram till förlossningen. Hos en annan gynekolog bevaras uppgiften i två år såvida kvinnan inte önskar en förlängning med tanke på ny graviditet med samma givare. En gynekolog svarade att givaren kan identifieras så länge läkaren kommer ihåg vem givaren var. I samtliga fall tycks bara läkaren själv och ibland någon medhjälpare till denne kunna klara identifikationen.

Tre gynekologer som sysslar med givarinsemination kan tillmötesgå önskemål från inseminationsparet om att få använda samma givare till flera barn för att åstadkomma syskon.

Samtliga gynekologer garanterar inseminationsparet fullständig sekretess angående givarinseminationen från läkarens sida.

Två gynekologer rekommenderar inseminationsparet att inte avslöja för barnet att det tillkommit genom givarinsemination. Två andra lämnar inga rekommendationer. En gynekolog rekommenderar paret att – på samma sätt som vid adoption – tala med barnet om dess riktiga ursprung.

Rådgivning och utredning

Samtliga gynekologer som sysslar med givarinseminationer och även några som sysslar med makeinseminationer uppger att de har någon form av samtal med inseminationsparet innan inseminationen. Vid givarinsemination diskuteras de praktiska, etiska, juridiska och sociala aspekterna på insemination. En gynekolog uppger att han efter samtalen med inseminationsparet ger paret ett års betänketid innan behandlingen påbörjas.

Två gynekologer uppgav att de vid givarinsemination gör en psyko-social bedömning av inseminationsparet vid de samtal de har med paret. Två gynekologer uppgav sig inte göra någon psyko-social utredning.

På frågan om några psyko-sociala krav ställs på inseminationsparet för att givarinsemination skall utföras svarar två gynekologer att paret skall ha levt flera år i ett förhållande som verkar stabilt. Två gynekologer uppgav sig inte ställa några psyko-sociala krav på paret. En gynekolog ställer framför allt

krav på maken. Kommer han att vara tolerant mot inseminationsbarnet om ett antal år?

Tre av gynekologerna som sysslar med givarinsemination lämnar rådgivning till givaren bestående främst av en upplysning om det tekniska förfarandet samt om sekretessen. En gynekolog lämnar samma information till givaren som till inseminationsparet.

Ingen av gynekologerna gör någon uppföljning av hur det går för inseminationsfamiljen efter barnets födelse.

Samtliga gynekologer som sysslar med givarinsemination lämnar information till inseminationsparet angående de juridiska konsekvenserna av att ett barn föds efter givarinsemination.

En gynekolog utfärdar ett juridiskt kontrakt mellan parterna angående faderskapet till barnet, arvsrätt m.m.

Samtliga gynekologer använder sig av färsk sperma. Ingen har tillgång till fryst sperma.

Övrigt

På frågan hur många givarinseminationer som ges till en kvinna innan behandlingen avbryts svarar en gynekolog 2-3 stycken och en annan i allmänhet 6 behandlingar. En gynekolog låter paret fortsätta så länge det vill men framhåller att chanserna för graviditet minskar efter hand och att chanserna är små efter ett till ett och ett halvt års behandling.

I fråga om makeinseminationer varierar antalet behandlingar mycket. En gynekolog avbryter behandlingen efter två – tre försök. En annan gynekolog kan tänka sig upp till 12 behandlingar. Någonstans mellan dessa ytterligheter hamnar de flesta gynekologer. Ett par läkare låter kvinnan själv bestämma hur länge behandlingen skall pågå.

Läkarnas synpunkter på inseminationsverksamheten

Det tycks råda en allmän enighet om att makeinseminationer är ett sätt att hjälpa barnlösa par och att verksamheten är okontroversiell från etisk synpunkt.

När det gäller givarinseminationer är meningen delade. Många gynekologer anser att verksamheten är viktig för att hjälpa människor som är ofrivilligt barnlösa. Dock framhålls vikten av att verksamheten regleras juridiskt till skydd för dels inseminationsparet och dels den ansvarige läkaren.

Ett par läkare, som bara sysslar med makeinseminationer, menade att hemlighetsmakeriet kring givarinsemination inte är bra för barnet utan att det bör upplysas om det rätta förhållandet. Risken är annars att det på omvägar får reda på sanningen.

Flera läkare betonade att givarinsemination är en högt specialiserad verksamhet som bör centraliseras till ett fåtal platser i landet.

En gynekolog framhöll särskilt vikten av sekretessen kring givarinseminationer. Många människor, såväl inseminationspar som givare, är i dag oroliga för att det skall bli någon form av officiell registrering av dem. Möjligheterna att få tag på givare torde i sådant fall bli ytterst små. Om den verksamhet med givarinseminationer som förekommer i dag kommer att stoppas genom en ny

lagstiftning finns risk att mindre nogräknade personer kommer att göra givarinseminationerna till en ekonomiskt givande verksamhet.

En läkare ansåg att verksamheten med givarinseminationer bör förbehållas privatpraktiserande gynekologer med hänsyn till de större möjligheter att bibehålla sekretessen i verksamheten som därigenom ges.

Bilaga 3 Etiska synpunkter på inseminationerna

av Holsten Fagerberg

1 Allmänt om etik

Etik är härlett ur det grekiska ordet *ethos*, sedvänja. Ett annat ord för samma sak men med latinskt ursprung är moral. Någon klar och av alla accepterad gräns mellan de båda uttrycken finns inte. Ursprungsbetydelsen påminner om ett nödvändigt samband mellan etiken och den sociala gemenskapen. Etiken är inte enbart ett privat företag, utan överallt där människor lever tillsammans behövs – för gemenskapens skull – regler som normerar samvaron.

Man skiljer mellan deskriptiv och normativ etik samt matematik.¹ Den normativa etik, som vi sysslar med här, innebär en *reflektion över varför man bör bejaka vissa handlingar och avvisa andra*. Såsom ett rationellt och allmänmänskligt förehavande förutsätter den människor, som efter överväganden i någon rimlig mening fritt kan välja mellan olika handlingsalternativ. Etik bland djur är inte känd, eftersom djuren saknar förmågan att överlägga och besluta. När ordet djuretik förekommer, syftar det på människors handlingar i förhållande till djuren, t. ex. experiment med djur.

Såsom en reflektion över principerna för rätt och orätt mänskligt handlande skall den normativa etiken skiljas från lag, vana, institutionell sedvänja och allmän moraluppfattning. Etiken är därför inte identisk med rådande lag. En god lag bör vara förankrad i en genomtänkt etik. Det är likväl felaktigt att från förekomsten av vissa lagar sluta till att de också självklart uppfyller etikens krav. Det finns exempel på sådana lagar men också på motsatsen, då alltså en lag kan kritiseras utifrån etiska utgångspunkter. Från etiken skiljer sig lagen genom sitt sanktionssystem. Lagens normer upprätthålls av lagstiftare, domstolar och andra offentliga institutioner.

Etiken innebär en reflektion över vad som är gott och ont, rätt och orätt ur handlingslivets synvinkel. För sin ståndpunkt söker etikern argument. Inget ställningstagande är i och för sig sakrosankt. Det är acceptabelt om och endast om det kan understöjdas av goda argument.

Mer konkret går den normativa etiken ut på uppställandet av en användbar normteori. I renodlad form föreligger två sådan teorier. De kallas den *deontologiska* och den *teleologiska*.

Deontologi betyder pliktlära. Uppmärksamheten inriktas på handlingen som sådan. Deontologen är inte primärt intresserad av de följder en handling får, inte heller av de mål handlingen leder fram till. Intresset gäller

¹ Utförligare framställningar av dessa termer finns i filosofiska handböcker, t. ex. W Frankena, *Ethics* (19), svensk översättning Etik (1976), R. Holte m. fl., *Etiska problem* (1977). Till den följande framställningen hänvisas till artikeln *Ethics i: Encyclopedia of Bioethics* 1 (1978), s 400–547 och uppsatsen *Grundläggande etiska principer i: Etik och genteknik* (1983), s. 67–90.

handlingen som sådan. Buden 'du skall inte dräpa', 'du skall alltid tala sanning', 'du skall inte vålla skada' är absoluta. Men ofta behövs i ett etiskt resonemang hänsyn tas till faktiska omständigheter och till följderna av ett valt handlingsalternativ. Regeln om att inte skada någon kräver i sin tillämpning undantag. Läkaren, som opererar, måste ibland amputera ett ben eller ta bort ett organ för att undanröja ännu allvarigare skador på patientens liv och hälsa. Den deontologiska normteorins styrka ligger i att den erinrar om att det finns handlingar, som i och för sig är så orätta, att de aldrig bör utföras och som i och för sig är så rätta, att de bör utföras. Om de alltid skall komma till stånd tycks dock bero på omständigheterna. Ofta behövs i det etiska resonemanget hänsyn tas till den faktiska verkligheten. I etiken måste nämligen inte bara handlingen utan också dess följder, konsekvenser beaktas. I exemplet med att inte vålla skada måste handlingens konsekvenser vägas in. Det är här de *teleologiska* normteorierna kommer in i bilden.

Dessa teorier utgår från begreppet gott. De säger, att den handling är rätt, som leder till de bästa av möjligt tänkbara konsekvenser. För att kunna avgöra om handlingen är rätt eller fel måste man alltså veta, dels vilka de faktiska konsekvenserna är, dels hur de skall värderas.

En uppenbar svaghet vidlåder dock de teleologiska normteorierna. Om det nämligen skulle visa sig, att enbart ändamålet eller handlingens konsekvenser avgör riktigheten i valt handlingsalternativ, kan det leda till orimligheter. Det finns handlingar som i sig är så orätta, att de aldrig kan rättfärdigas, hur gynnsamma konsekvenser de än skulle få. Tortyr och diskriminering utgör exempel på sådana handlingar. Den tyske filosofen Kant formulerade regeln om att alltid behandla människor som mål i sig, aldrig som medel för ett mål. Att samvetsbestämda övertygelser bör följas är en annan sådan regel av bindande karaktär.

Dessa invändningar mot de teleologiska normteorierna leder till slutsatsen, att en kombination av deontologi, som ser till handlingen som sådan, och teleologi, som beaktar dess mål eller konsekvenser, ger den bästa etiska normteorin. Grundvalen för teoribildningen bör utgöras av någon teleologisk teori, som är uppbyggd på fakta och värderingar. Det finns en skillnad men också ett samband mellan dessa båda. Ord som 'liv' och 'hälsa' både beskriver faktiska förhållanden och innehåller värden. Därför uppfattas det som en etisk förpliktelse att befrämja liv och hälsa. Ren luft, friskt vatten är på motsvarande sätt både beskrivande och värderande. De utgör mål för etisk handling. I medicinsk etik är det högsta goda som skall befrämmas människan och hennes väl.

All medicinsk etik värd namnet kräver för sitt ställningstagande grundläggande kunskaper om fakta. Eftersom sådana finns redovisade och är tillgängliga i denna utredning, saknas här anledning till återupprepning. Några för den etiska bedömningen särskilt viktiga frågeställningar redovisas nedan under punkt 3.

2 Människosynen

Det medicinska handlandet – och dit hör inseminationerna – berör alltid människan. Ingreppen utförs av människor och de företas i syfte att förändra och göra det bättre för människor. Det goda som skall befrämjas är alltså människan och hennes väl. Men för att detta skall bli möjligt är det nödvändigt med en föreställning om vem människan är. Människan är nämligen ett exempel på samspelet mellan fakta och värderingar. Hon kan beskrivas i faktatermer men också uppfattas som någonting gott och värdefullt. Den positiva värderingen av människan utgör grunden för alla internationella överenskommelser om mänskliga rättigheter. Rätten till liv och mänsklig värdighet skyddas i the European Human Rights Convention (art 2 och 3). En konsekvens härav blir skydd för mänskligt liv. Ingen människa får behandlas som ett medel utan är ett mål i sig. De starka restriktionerna mot forskning på levande människor är ett annat uttryck för denna höga värdering av människan.

Frågan om människosynen är ett väldigt ämne, på vilket kan anläggas många aspekter. En framkomlig väg är att undersöka den människosyn, som är företrädd i officiella svenska dokument från det senaste årtiondet. Fyra exempel får lämna material till undersökningen.

2.1 De internationella rättighetsförklaringarna utgår från tanken på individens värde. De vill tillförsäkra individen personlig integritet gentemot de statliga myndigheterna och uppfordra dessa att i sin lagstiftning värna om den enskildes rätt. Samma intentioner har väglett dem som skrivit den nya svenska grundlagen. Respekten för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet betonas i inledningsparagrafen till regeringsformen (RF 1:2). Det samtycke vid medicinska ingrepp, som kan härledas som en mänsklig rättighet ur RF 2:5 och 6 är ett annat uttryck för samma synsätt.¹

2.2 Det andra exemplet kommer från den svenska sjukvårdsdebatten. Under 1960- och 70-talen fanns en trend att lägga renodlat företagsekonomiska aspekter på sjukvårdssamhället. Lönsamhetskrav och effektivitet styrde sjukvårdens utformning. Möjligheterna för rent mänskliga kontakter reducerades². Men på grund av enskilda och statliga initiativ har en förändring kommit till stånd. Alla initierade insåg så småningom att en större rationalisering på bekostnad av det mänskliga i längden inte leder fram till en bra vård. En statlig utredning, Patienten i sjukvården – kontakt och information (SOU 1977:66), vill förbättra patientens situation genom att göra honom/henne mer delaktig i vårdprocessen. Motiveringen utifrån människosynen är denna.

När det gäller patienten avser vi att denne inte får uppfattas som ett passivt objekt, som bara bör matas med all möjlig information. Man bör ha som utgångspunkt att patienten är en *aktiv och kritiskt tänkande människa* (kurs här), som strävar efter att göra det bästa av sin situation. Därför bör också ställas krav på patientens egen aktivitet och åtgärder vidtas för att öka hans medvetande och stimulera honom att efterfråga information.³

2.3 Det tredje exemplet hämtas från socialtjänstlagen. Portalparagrafen har följande lydelse:

Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund

¹ Jfr B Wennergren, Enskilds rättsskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp i: Om våra rättigheter (1980), s 77–92.

² Se G Birath, Det mänskliga i sjukvården (1981).

³ SOU 1977:66, s 10.

främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers resurser.

Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

2.4 Det fjärde exemplet är hämtat från hälso- och sjukvårdslagen 3 §. Där sägs bl. a:

En god hälso- och sjukvård skall särskilt
vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
vara lätt tillgänglig
bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

Om man utifrån de citerade texterna försöker formulera några bärande tankar i en människosyn, skulle de kunna sammanfattas i begreppet fri, ansvarig, skapande och social.

□ Människan äger frihet.

Frågan om mänsklig frihet är ett komplicerat filosofiskt och teologiskt problem. Ur viss synpunkt kan människan betraktas som en kemisk-fysikalisk maskin utan frihet. Men människan är ändå något annat och mera än en maskin. Hon formas i ett samspel mellan arv och miljö, där utrymme finns för frihet. Varje tal om integritet och medgivande förutsätter en människa med förmåga att överblicka konsekvenserna av sina handlingar och fatta beslut grundade på rationella överväganden.

□ Ansvarigheten är en konsekvens av friheten. Vore människan inte i någon mening fri, skulle hon inte heller kunna göras ansvarig för sina handlingar. Samhällets lagstiftare förutsätter en dylik förmåga och vill uppmuntra den. Människan i vårdssamhället är inte ett objekt för vård utan en ansvarig part i processen.

□ Att människan i sig rymmer skapande krafter är i och för sig en gammal insikt men ändå på sätt och vis en nyupptäckt. Inom sig bär varje människa en potential av resurser. Denna kan stängas inne eller den kan frigöras. Samhällets lagstiftning sätter som mål en frigörelse av de mänskliga resurserna. Vården av de sjuka blir mänskligare och bättre om den kan ta tillvara och mobilisera eljest infrusna mänskliga, skapande krafter.

□ Ingen människa är en kokosnöt innesluten i sig själv, säger ett afrikanskt ordspråk. Och det är sant. Ty ingen lever enbart för sig själv. Alla är beroende av varandra både som givare och mottagare i relationer. Då ofrivillig total ensamhet råder föreligger störningar. I sitt ansvariga handlande har individen att tänka inte bara på sig själv utan också på gemenskapen. Den demokratiska staten förutsätter insatser från den enskilde till helhetens bästa.

3 Problem

Makeinseminationerna innesluter inga etiska problem och de kräver därför ingen speciell utredning. De svåra övervägandena är knutna till givarinseminationen, med vilka en rad, ofta känsliga problem är förbundna.

Detta sammanhänger bl. a. med att flera personer är inblandade, vilkas intressen skall tillgodoses men inte alltid sammanfaller. Problemen är av både medicinsk, juridisk, psykologisk, social och etisk natur. De ställer sig olika för de inblandade, dvs. läkaren, modern/föräldrarna, givaren, barnet och samhället.

3.1 *Läkaren* är en av huvudaktörerna i det drama, som inseminationsförfarandet dock alltid innebär. Eftersom verksamheten hittills har varit sekretessbelagd, har ett stort ansvar åvilat honom. På honom ankommer det att inte bara utföra den konstgjorda befruktningen utan också att bestämma, om den skall verställas. Därigenom är ofrånkomligt en stor makt lagd i hans händer.

Tekniken att inseminera är övertagen från djurvärlden. Avgörande är där sädgivarens och därmed också avkommans egenskaper. I husdjursförädlingen har inseminationerna lett till mycket gynnsamma resultat. När det gäller människor, har inga ansvariga anlagt några rasförädlingssynpunkter på verksamheten. Endast rent medicinska kriterier har fått avgöra, om en insemination skall komma till stånd. Som givare har läkarna använt friska, svenska män utan arvet belastning. För att underlätta för barnet har man likväl eftersträvat största möjliga likhet mellan givaren och kvinnans make ifråga om hår- och ögonfärg och kroppsbyggnad. Däremot har man hittills konsekvent avvisat alla önskemål om att givaren skall ha ett bestämt utseende eller besitta vissa egenskaper. Färd finns ändå alltid för ett annat synsätt. Redan pågår utomlands en inseminationsverksamhet i helt andra syften. Den danska "sädeshjälpen" och den amerikanska "nobelpristagarbanken" är exempel härpå. Modern erbjuds att välja en givare med speciella egenskaper. Om en sådan tendens skulle bli mer allmän växer naturligtvis trycket på den inseminerande läkaren. Behovet av en genomtänkt etik ökar, så att utvecklingen inte går snett.

Läkarens agerande kan inordnas under sekretesslagens bestämmelser rörande sjukvård. Men handlar det om sjukvård, om en ensamstående ogift kvinna skulle begära insemination?

3.2 *Givaren*. All givarinsemination har hittills byggt på anonymitet och sekretess. De läkare som sysslar med verksamheten menar anonymiteten vara en nödvändig förutsättning för verksamheten. Det anses inte vara möjligt att uppbringa givare, om de inte kan vara förvissade om bevarad sekretess. Olika skäl anförs för sekretesskravet. Givarna vill ha säkerhet mot alla juridiska och ekonomiska anspråk från det barn han är upphov till. Sekretessen förhindrar känslomässiga och andra psykologiska bindningar mellan den biologiske fadern, modern och barnet. Hänsynen till givarens maka eller fästmo motiverar också upprätthållandet av sekretessen. Denna kan tänkas vara total och omfatta hela verksamheten. Den kan inskränkas till relationen mellan givaren och inseminationsparet. Den kan också innefatta barnet.

Givarinseminationen har väckt de största etiska betänkligheterna. De hänger oftast samman med inställningen till äktenskap och faderskap.

Eftersom en tredje part kommer emellan och blir upphov till det barn, som skulle vara makarnas gemensamma, anses givarinseminationen av sina kritiker utgöra ett hot mot äktenskapet. I debatten har den liknats vid äktenskapsbrott. Vidare anses det orimligt, att en man avlar ett barn, som han aldrig lär känna och vars framtid och utveckling han inte kan påverka. Det är slutligen tveksamt, om givaren i de fall han är gift skall avlåta sin sperma till annan kvinna utan sin makas samtycke.

Som givare har vanligen använts militär, studerande eller män från arbetsplatser, där man har gått ut med information om verksamheten. Sperman har i allmänhet tagits direkt från givaren. Att använda djupfryst sperma ansågs bara för ett par år sedan minska fertiliteten. Men numera förvaras även i vårt land sperma i fryst tillstånd med fullgott resultat. Användningen av fryst sperma blir en etisk fråga.

Svenska givare betalas inte för annat än för sina omkostnader. Man önskar undvika ekonomiska motiv hos dem som ställer sig till förfogande som inseminationsfäder.

Det etiskt berättigade i att avlåta sin säd på konstlad väg diskuteras aldrig i den medicinska litteraturen. År 1897 avvisade dock påven Leo XIII och 1949 Pius XII inseminationerna bl. a. med hänvisning till det ur kyrkans synpunkt oetiska med masturbation för erhållande av sädesvätskan. Numera används inte detta argument. Motiv för den negativa inställningen är i stället inseminationen som hot mot äktenskap och ansvarigt föräldraskap.¹

3.3 Föräldrarna. En förutsättning för all inseminationsverksamhet är frivillighet och samtycke från alla inblandades sida. Vad modern beträffar finns här inga problem, eftersom hon själv tar initiativ till åtgärden. Är kvinnan gift måste också maken lämna sitt medgivande. Utan sådant ömsesidigt samtycke skulle både äktenskapet komma i farozonen och barnets rättsliga ställning äventyras.

Ett problem är om modern skall vara gift eller om även ogifta skall kunna insemineras. Detta sammanhänger med den övergripande synen på samlevnaden, varvid etiska aspekter kan brytas mot rättsliga. Samhällets inställning är inte helt entydig. Samtidigt som nuvarande lag understöder den etiska uppfattningen, att äktenskapet skall vara den normala formen för samlevnad, godtar samhället också samlevnad mellan ogifta under äktenskapsliknande förhållanden. Många betraktar samboendet med eller utan äktenskap som i stort sett identiska företeelser. Gäller detta den allmänna opinionen, så är samhället inte fullt ut konsekvent, eftersom endast gifta par kan komma ifråga vid adoption. Sverige är här bundet av en europeisk konvention från 1967. Även ur etisk synpunkt är det inte självklart med en full likställighet mellan samboende i äktenskap och under äktenskapsliknande förhållanden.

Andra former för samlevnad än äktenskap finns och bör enligt lagstiftaren respekteras. Var dras i så fall gränserna? Skall även kvinnor i lesbiska, stadigvarande förbindelser kunna bli mödrar genom givarinsemination?

Om den ensamstående skulle få laglig rätt till insemination med en anonym givare, ställs många frågor av både etisk, psykologisk och juridisk natur. Vilka blir konsekvenserna för äktenskapet och för barnet? Behöver inte ett barn normalt både mor och far för sin identifikation och utveckling? Att inte alla barn får möjlighet att växa upp under båda föräldrarnas vård är ett

¹ Se artikeln Reproductive Technologies i: Encyclopedia of Bioethics 4 (1978), s 1456–1460.

faktum. Men är detta ett skäl för samhället att genom lagstiftning medverka till åtgärder, som berövar barnet all kontakt med en far under dess uppväxtår?

3.4 *Barnet*. Det förtegs eller glömdes ofta bort, att det blivande barnet trots allt är en viktig person vid givarinseminationen. Visserligen blir det av naturliga skäl aldrig tillfrågat i konceptionsögonblicket. Föräldrarna avgör och agerar, när de vill ha sitt barn. Vid många naturliga graviditeter finns ingen planering utan konceptionen är oavsiktlig. På den punkten föreligger en stor skillnad i förhållande till inseminationen. Den föregås av planering. Det väntade barnet är välkommet. Men i ingetdera fallet tillfrågas det blivande barnet, om det vill födas eller inte.

Den avgörande skillnaden föreligger ändå, att AID-barnet förutsätts bli undanhållet den väsentliga kunskapen om sitt ursprung. I själva tillkomstprocessen införs ett krav på sekretess och anonymitet, som inte gäller vid någon annan form av graviditet. Är det etiskt, psykologiskt och juridiskt motiverat, att i ett medicinskt handlande, som ju skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, införa slumpen och sekretessen som villkor? I vilken mån kan det anses etiskt och psykologiskt berättigat för en individ att känna till sitt ursprung? Utgör det förhållandet, att många människor aldrig kan utröna sina släktskapsförhållanden ett argument för AID? Kan begreppet 'biologisk fader' lika bra ersättas med 'social fader'?

3.5 *Samhället* kan inte längre undandraga sig sitt ansvar för inseminationsbarnens framtid. Inseminationen kan närmast – ur rättslig synpunkt – jämföras med adoptionsinstitutet. Detta är sedan länge reglerat både med hänsyn till föräldrar och barn. I de rättstvister som kan uppkomma måste samhället ingripa till skydd för inblandade parter. Det lagförslag den nya inseminationsutredningen lägger fram är ett uttryck för samhällets vilja att ge form och stadga åt verksamheten. Där kommer på ett helt nytt sätt barnets rätt och intressen i förgrunden.

4 Etiska överväganden

4.1 *Insemination och äktenskap*

För många människor är det tveksamt, om givarinsemination överhuvudtaget är etiskt försvarbar. Ett förfaringssätt utprovat bland djur är överfört till mänskliga relationer med deras helt annorlunda betingelser. Varje människa äger ett självmedvetande. Hon lever i gemenskap med andra. Normalt behöver hon känna till sitt ursprung och sitt släktsammanhang. Hon ingår äktenskap eller lever under äktenskapsliknande förhållanden. Samhället har hittills byggt på äktenskapet som samlevnadsform och plats för barnalstringen. Det kan knappast vara någon tillfällighet, att praktiskt taget alla kulturer reglerar mans och kvinnas samlevnad inom ett äktenskaps ram. Denna kan få olika utformning. Polygama former växlar med monogama. Men oreglerad mänsklig gemenskap är okänd inom alla högre utvecklade samhällen. Där sådan har förekommit – såsom i det gammalvediska eller i det sovjetiska omedelbart efter revolutionen – väckte det protester och ledde till krav på

reformer. Ett faktiskt historiskt konstaterande kan idag stödjas med medicinska och psykologiska iakttagelser. Ett barn behöver för sin utveckling både en mor och en far att fästa sig vid.

Även de friare former för samlevnad, som nu har vuxit fram i protest mot det formella och låsta i många äktenskap, kräver en juridisk reglering. Detta förhållande tyder på att den institutionellt rättsliga sida, som är förbunden med varje äktenskap är en ofrånkomlig del av mänsklig samlevnad och ett ytterligare argument för äktenskapet.

I äktenskapet blir makarna en unik enhet. Ett uttryck härför är barnet. Men vid givarinseminationen tränger sig – enligt en kritisk inställning – en tredje part emellan och bryter sönder enheten. Vad som skulle vara en mänsklig kärlekshandling förvanskas genom inseminationen till blott och bart teknik. Inseminationen skulle i den meningen vara naturstridig, att den fritar den biologiske fadern från allt ansvar för sin avkomma. Risk finns för att modern känslomässigt binds vid den okände man, som är barnets naturlige fader. Givarinsemination uppfattas som äktenskapsbrott, eftersom en annan än den äkta mannen är det väntade barnets biologiske fader.

Sett utifrån strikt biologiska utgångspunkter förhåller det sig otvivelaktigt på det sättet. Men argumentets hållbarhet kan starkt ifrågasättas. Otrohet och äktenskapsbrott ligger inte enbart på handlingens plan utan på viljans, känslans och avsiktens.

Två exempel under helt andra förutsättningar än nutidens kan måhända bidra till att klargöra skillnaden. Båda är hämtade från Gamla testamentet. Det berättas i 2 Samuelsboken kapitel 11 om kung Davids äktenskapsbrott. Mot Urias vetskap och vilja inledde David en förbindelse med hans vackra hustru Bat-Seba. Handlingen stämpas som orättfärdig och erkänns senare av David oförbehållsamt som synd.

Abrahams hustru Sara var länge barnlös. För att tillförsäkra sin släkt fortlevnad gick Abraham på sin hustrus initiativ in till tjänstekvinnan Hagar och fick med henne sonen Ismael (1 Mos 16). Detta förhållande vållade visserligen senare komplikationer mellan de två kvinnorna (1 Mos 20:8 ff) men det betecknas i Gamla testamentet aldrig som äktenskapsbrott. Skillnaden är uppenbar. I det senare fallet förelåg ett medgivande från båda parterna vid handlingens utförande.

Givarinsemination på gift kvinna bör jämföras med förhållandet mellan Abraham och Hager, även om fullständig parallellitet inte föreligger. Det är aldrig förutsatt annat än att båda makarna begär ingreppet. Samtal föregår och medgivande från båda parter skall finnas. Därför är argumenten om otrohet och äktenskapsbrott svagt underbyggda. Självfallet innebär AID ett intrång men den bryter ändå inte mot äktenskapets innersida, som är den vilja till trohet och gemensamt ansvar, som uttrycks i äktenskapslöftet. Detta konstituerar ju också äktenskapet både etiskt och juridiskt.

En nutida kristen etiker¹ uttrycker samma synsätt. Inseminationen hotar inte den äktenskapliga kärleken utan befäster den, när den tillkommit genom båda makarnas samtycke. I det gemensamma beslutet om insemination bejakar makarna på nytt varandras kärlek. Enligt tillgängliga undersökningar förstör inte inseminationsbarnet gemenskapen mellan makarna. Snarare stärker det den. Ett begränsat material finns tillgängligt, som belyser föräldrarnas känslor för varandra efter genomförd insemination. 43 % av

¹ P Sporken: Die Sorge um den kranken Menschen (1977), s 186–191.

kvinnorna och 47 % av de tillfrågade männen ansåg, att äktenskapet hade blivit bättre efter inseminationsbehandlingen. 48 % av kvinnorna och 45 % av männen ansåg det vara oförändrat. Andra observationer redovisar liknande resultat.¹

Betydligt enklare utifrån äktenskapssynen är ställningstagandet till frågan, om även en ogift ensamstående kvinna skall få tillgång till insemination. I detta fall är sambandet med äktenskapet helt upplöst. Trots delade meningar har Europarådet i sina diskussioner² lämnat möjligheten till insemination öppen också för den ogifta. Den svenska inställningen har hittills varit försiktigt negativ, dock inte konsekvent. Några kliniker utför insemination också på ogifta samboende kvinnor. Lagförslaget 1953³ var avvisande med motiveringen att det här inte kunde vara tal om en medicinsk behandling. Svenska läkaresällskapet lämnar i sin rapport frågan öppen. Den nya inseminationsutredningen avvisar givarinsemination på ogift ensamstående kvinna med hänsyn till barnets behov av både en mor och en far.

Om och så länge sjukvården i de fall tredje part är inbegripen ensidigt inriktar uppmärksamheten på den hjälpsökandes behov, kan man svårligen argumentera för en annan ståndpunkt än att också den ogifta skall ha rätt till givarinsemination. Men argumenteringen blir ofullständig, så länge inte också den tredje parten barnet, inbegripes i de etiska övervägandena.

4.2 Etisk argumentering

4.2.1 *Allmänna synpunkter.* Det etiska ställningstagandet hänger samman med människosynen och den tidigare framlagda etiska teorin. Eftersom fyra parter är inblandade måste man också avgöra, om lika hänsyn kan tas till alla parter eller om någon skall prioriteras. Den tidigare utvecklade människosynen handlar om människan som fri och ansvarig, skapande och social. Ingen människa får behandlas som medel. Varje individ har ett värde och är ett mål i sig själv. Det barn, som blir till genom insemination, kan inte tillfrågas. Samtliga vuxna måste därför genom sitt agerande möjliggöra för det väntade barnet att växa till en fri och ansvarig individ i samspel med andra. Långsiktigt goda konsekvenser skall eftersträvas.

Inseminationen är en väl etablerad teknik för hävande av barnlöshet. Tillgängliga kunskaper talar för att de positiva konsekvenserna överväger de negativa, om verksamheten bedrivs under godtagbara former. Avgörande härför blir prioriteringsfrågan. Till vem av de fyra parterna skall den största hänsynen tagas: till läkaren, givaren, modern/föräldrarna eller barnet?

Den moderna sjukvården har hittills utan tvekan prioriterat moderns/föräldrarnas behov. Alla bestämmelser kring sekretess och anonymitet tjänar syftet att lösa det dilemma den äktenskapliga barnlösheten innebär. Läkaren inriktar sina ansträngningar på det barnlösa paret. Tillgången till givare är en nödvändig förutsättning för verksamheten. Hänsynen till givare och mottagare fordras anonymitet i alla led. Inga bindningar skall kunna uppstå mellan den som givit och tagit emot sperman. Givaren vill inte råka in i ett beroendeförhållande till barnet. Detta skall inte kunna resa några juridiska och ekonomiska anspråk på sin biologiske fader. Föräldrarna vill framstå som barnets riktiga föräldrar. Därför bör yttre likhet eftersträvas

¹ Jfr Artificiell insemination. Svenska läkaresällskapets handlingar 89/1980, s 25

² Är återgiven i Svenska läkaresällskapets handlingar 89/1980, s 84–86.

³ Förslag till lagstiftning om insemination SOU 1953:9.

mellan givare och make. Barnet skall hållas utanför genom sekretessbeläggning.

Men huvudpersonen är trots allt barnet. Ett mål för verksamheten är hävande av makarnas barnlöshet. Det barn som blir följden kan dock aldrig behandlas som ett medel för detta mål. Barnet skall växa upp som en fri och självständig individ i en gynnsam miljö. Det är ett mål i sig, inte ett medel för att undanröja andras sorg och besvikelse över en påtvingad sterilitet. Om barnet på nu angivet sätt placeras i centrum får detta genomgripande konsekvenser för inseminationsverksamheten. Den måste präglas av en helt ny öppenhet och tillika medvetenhet hos alla de inblandade.

4.2.2 *Givaren.* Den svenska inseminationskommittén 1953 räknade inte med fullständig anonymitet. Till sädgivare skulle kunna väljas någon makarna själva hade anvisat. Valdes annan person, skulle han vara anonym. Anonymiteten har ansetts utgöra en förutsättning för verksamheten. Europarådet rekommenderar anonymitet i alla led. Tendensen i Sverige går mot en öppnare syn. Barnet anses åtminstone böra få information om att dess sociale fader inte är dess biologiske. Däremot uttalas fortfarande starka reservationer mot att barnet skall kunna lära känna sitt biologiska ursprung. Den biologiske faderns betydelse nedtonas. Väl så viktig sägs den 'sociale' eller snarare 'psykologiske' fadern vara, eftersom han utövar ett avgörande inflytande på barnets utveckling och mognad.

Men frågan är om inte sådana argument strider mot vad som eljest gäller. Den moderna genetiken förutsätter dock kunskaper om de biologiska föräldrarna. Blodgruppsbestämningar byggda på genetiska insikter spelar en stor roll i rättstvister. Psykologiska erfarenheter talar för barnets behov och rätt att känna sitt biologiska ursprung och därmed det släktsammanhang i vilket det står.

Mot anonymiteten finns därför ett vetenskapsetiskt skäl. All forskning vilar på sanningskriteriet. Ingen forskning kan i längden bedrivas och bestå utan hänsynstagande till den på fakta grundade sanningen. Forskningen syftar till allt större förståelse för sammanhang. Att det finns av forskningsobjektet framtvingade gränser för sanningssökandet är en sak, att införa osanningen eller oklarheten som metod är en helt annan. Ytterligare ett av forskningens syften är minimeringen av slumpfaktorerna. Vetenskapen vill kontrollera och förutsäga.

Om givarinseminationen är anonym, inför den osanningen och oklarheten som metod. Det är motsägelsefullt att laborera med osäkerheten och slumpen i en tid, då genetisk forskning för första gången i historien får vetenskaplig och social betydelse. Det finns ett intresse både från samhällets och forskningens sida för så korrekta uppgifter som möjligt om individernas härstamning. Det förhållandet att inte alla barn har eller kan få vetskap om sitt ursprung är inget godtagbart skäl för införandet av ytterligare en osäkerhetsfaktor.

Även den personhistoriska forskningen har ett intresse av korrekta uppgifter. För den framtida forskningen måste det vara av utomordentligt värde, att personlängderna innehåller tillförlitliga uppgifter om ursprung och familjetillhörighet. Ett argument från 1951, framfört av svenska kyrkans biskopar, står sig.

På grund av sin befattning med kyrkobokföringen har kyrkan särskild anledning att vaka över att direkt osannna och vilseledande uppgifter icke stadfästas genom införande i kyrkoböckerna, vilket skulle ske ifall av givarinsemination. Om dylika uppgifter skulle införas, kommer också grunden för exempelvis ärtflighetsforskning och kunskapen om släktband att raseras.¹

Anonymitetskravet innesluter i sig den motsägelsen, att sädgivaren ger upphov till ett mänskligt liv, om vars fortsatta öden han ingenting vet och ingenting kan veta. Om medvetenheten hos givaren ökades, så att han insåg innebörden i sin handling, är det fullt rimligt att han tänker på barnets framtid. Visserligen föreligger i det ögonblick han ställer upp som givare gynnsamma förutsättningar för barnet, men dess upphovsman kan på intet sätt följa dess öden. Om anonymiteten vidmakthålls strikt, vet han ingenting om hur många liv han har satt till världen.

Anonymitetskravet tycks leda till ett etiskt dilemma. Sekretessen har ansetts utgöra en förutsättning för inseminationerna, men den strider mot vetenskapliga krav på sanning och redbarhet. Den reducerar givaren till en spermaproducent.

Naturligtvis måste olika intressen vägas samman. Men synen på den fria och ansvariga, socialt medvetna människan borde leda till en revision av sekretesskravet. Större omsorg bör läggas ned på anskaffningen av givare, som är fullt införstådda med innebörden i sin handling. Starka skäl talar för upprätthållande av sekretessen mellan givare och mottagare. Däremot bör det finnas en beredskap hos givaren att någon gång i framtiden få kontakt med det barn han har satt till världen. Hemlighetsmakeriet kring givarinseminationen bör i långa stycken uppges.

4.2.3 *Barnet.* Om AID-barnen är kunskaperna mycket begränsade. På grund av föreliggande sekretessbestämmelser är det besvärligt med en psykologiskt och etiskt invändningsfri forskning. Det finns visserligen enstaka exempel på vuxna AID-barn, vilka är på jakt efter sitt ursprung. Men detta är undantag. AID-barnen måste därför bedömas i analogi med vad som är känt om andra barn. Om adoptivbarn vet man, hur betydelsefullt det är med bevarande av uppgifter om ursprunget. Även om de inte alltid utnyttjas, är tillgången till informationen av stor psykologisk betydelse.

Det finns i svensk rättstradition en tydlig utveckling bort från anonymiteten till full klarhet ifråga om föräldraskap. Den 17 oktober 1778 utfärdade Gustav III:s regering en förordning, enligt vilken en ogift gravid kvinna hade rätt att föda sitt barn i lönndom och förbli anonym. Hon skulle för barnet kunna dölja både faderns och moderns namn.

Det fanns en god avsikt bakom detta kungliga brev. Eftersom det i samhällets ögon var skamligt att föda barn utom äktenskapet, var barnamoderns antal bland ogifta mödrar stort. Kungen och hans rådgivare ville med sin förordning minska antalet sådana mord. Inte desto mindre framfördes tidigt allvarliga invändningar mot förordningen, därför att den byggde på en bräcklig etisk grund. Under 1800-talet fördes kampen mot anonymiteten främst inom prästerståndet och senare inom kyrkomötet. Det ansågs, att "ett barns okunnighet om sin härkomst måste utöva ett ödesdigert inflytande på dess moraliska utveckling". Vid en konferens om de utom äktenskapet födda

¹ Uttalandet är återgivet i SOU 1953:9, s 57.

barnens rättsliga ställning 1911¹ angavs barnets rätt till kunskap om sitt ursprung som en grundläggande rättighet.

Rättsutvecklingen i Sverige under hela 1900-talet har syftat till ett allt starkare skydd för den tredje parten i ett samliv, dvs. barnet. En svensk rättshistoriker² menar, att till barnets naturliga rättigheter hör kunskapen om föräldrarna. Rättshistorikerns perspektiv är begränsat till de biologiska föräldrarnas moraliska och juridiska ansvar för sin avkomma. Men resonemanget kan utvidgas till att omfatta även psykologiska och mänskliga aspekter.

Den här tecknade utvecklingen bekräftades officiellt så sent som 1977 i ett svar på en riksdagsinterpellation. En fråga riktades till socialministern, om han ansåg det rimligt, att "de sociala myndigheterna minskar sina ansträngningar att fastställa faderskap med hänvisning till kvinnors frigörelse och jämställdhet".³ Bakgrunden var att några mödrar i Lund hade gjort gällande, att fastställande av faderskap var deras privatsak, vilken inte angick samhället eller barnet.

Socialministerns svar var entydigt. Föräldrabalkens 2 kap. ålägger barnavårdsnämnden att sörja för att faderskapet fastställs. Det kan inte godtas, att de sociala myndigheterna minskar sina ansträngningar att utröna faderskapet med hänvisning till kvinnors frigörelse och krav på jämställdhet. "Det är naturligtvis av största vikt för barnet att få faderskapet fastställt och att få veta, vem som är fader, med de möjligheter till kontakter med denne som detta i skilda skeden av livet kan leda till."⁴

Om man utgår från barnet som den viktigaste personen vid inseminationen, måste konsekvensen bli en mycket större öppenhet. Barnet kan i en framtid inte förmenas rätten till kunskap om sitt ursprung. Liksom adoptivbarnet bevisligen har ett behov av tillgång till denna kunskap, finns det ingenting som talar mot antagandet av samma behov hos det uppväxande AID-barnet. Denna önskan måste vägas mot ett legitimt krav på sekretess. Hur kanalerna mellan inseminationsbarnet och dess biologiske fader skall hållas öppna är en juridisk fråga. Ur etisk synpunkt är kravet på tillgänglig information oavvisligt. Endast så kan man bidra till det lilla barnets framtid som en hel människa.

4.2.4 *Föräldrarnas frihet framträder i samtycket.* Ingen insemination kan komma till stånd, om någon av makarna motsätter sig åtgärden. I och med en verkställd och lyckad insemination sätts ett nytt liv till världen, för vilket föräldrarna har gemensamt ansvar. Det är ur denna synpunkt motiverat, att endast vuxna av båda könen blir föräldrar. Håller man strikt på äktenskapet, bör inseminationen givetvis begränsas dit. Den gifte mannen ikläder sig ett ansvar som psykologisk fader. Ett uttryck för detta ansvar är hans bindande samtycke. Det får inte längre hända – som i det s. k. Haparandafallet – att ett barn genom rättliga åtgärder förklaras faderlöst. Förutsättningar behöver förmodligen skapas för att föräldrarna tillsammans på ett verksamt sätt går in under det gemensamma ansvaret. Inseminationen som lösning på barnlöshetsproblematiken är aldrig den enda och självklara.

Adoptionen kan vara en annan väg. Ibland måste man acceptera något så svårt som att man inte kan få barn och då kanske i stället få hjälp att bearbeta detta. Livet ställer alla inför svåra och oväntade situationer. Till människans mognad hör förmågan att finna vägar vidare ur sådana svårigheter.

¹ J Pettersson, De utom äktenskapet födda barnens rättsliga ställning. Svenska fattigvårdsförbundets skriftserie 7/1911, s 21, Jfr riksdagens skrivelse 136/1906: "Redan den omständigheten, att ett barn af okänd moder är utestängd från möjligheten att erhålla kännedom om sin härkomst, innebär för barnet förlusten af en naturlig och betydelsefull förmån."

² G Inger, Kompendium i svensk rättshistoria (1978), s 104.

³ Riksdagsprotokoll 1977/78:4, s 69.

⁴ Riksdagsprotokoll 1977/78:7, s 34.

4.2.5 *Läkaren*. På denne vilar ett stort ansvar, som han kan behöva dela med andra. Varken hans tid eller kunskaper räcker alltid till för en psykologisk bearbetning och motivprövning, som bör föregå varje inseminationsbehandling. Vid adoption är psykologisk rådgivning nödvändig. Säkerligen skulle också inseminationsföräldrarna behöva erbjudas en liknande rådgivning. För den uppgiften räcker inte läkaren ensamt till.

Läkarens ansvar kvarstår likväl. Han måste framför sina ögon se inte bara inseminationsparet och donatorn, han måste också ta med in i blickfältet det kommande barnet. Inga andra är rent medicinska skäl kan styra läkarens handlande. De kriterier på urval av givare, som hittills har varit vägledande för verksamheten i Sverige, tycks vara rimliga och acceptabla även från etiska utgångspunkter. Inseminationsverksamheten får inte förvandlas till en aktivitet i rashygieniskt och rasförädlade syfte. Helt andra etiska kriterier gäller dock för människorna än för djuren.

Genetiker påpekar, att det saknas möjligheter att välja en donator med speciellt 'bra' gener, eftersom man saknar tillräckliga kunskaper för att kunna definiera, vad som menas med en 'bra' och en 'dålig' gen. Perspektivet med superbarn, som har tillkommit med sperma från nobelpristagare och tillförts särskilt utvalda kvinnor, skrämmer. Det påminner alltför mycket om de rasistiska fördomarna under 1930-talet, vilka fick så många negativa följder.

Människans utveckling från embryo och foster till individ grundar sig på ett samspel mellan biologiskt arv, miljö och mänsklig frihet. Det samspelet skall ingen teknik försöka upphäva utan obotlig skada för människan.

5 Sammanfattning

Den medicinska etiken bygger på välgrundade fakta och värderingar. För ett etiskt ställningstagande behövs ordentliga kunskaper om inseminationens innebörd och konsekvenser för alla inblandade parter. Särskilt viktigt är det att få vetskap om inseminationsbarnets utvecklingsmöjligheter och framtid. Av naturliga skäl är insikterna härom hittills mycket begränsade, eftersom verksamheten har varit belagd med sträng sekretess. Man får i stället hämta lärdomar från andra källor, främst från barnavårdsnämnder och adoptionsbyråer. Inseminationernas betydelse för föräldrar och givare är det också viktigt att ha kännedom om. Värderingarna i den medicinska etiken gäller framför allt människan som en fri, skapande och social varelse. Alla tillgängliga officiella dokument, som behandlar människan som medborgare och patient, förutsätter frihet, samtycke och information.

Enligt den etiska normteorin skall långsiktigt goda konsekvenser för de inblandade parterna eftersträvas. Därvid måste hänsyn tagas till individens värde och okränkbarhet. Ingen människa får enligt vedertagen uppfattning behandlas blott som ett medel. Varje individ är ett mål i sig. Det är också ett etiskt intresse att värna om den äktenskapliga gemenskapen.

Eftersom inseminationsverksamheten inbegriper fyra parter, dvs. läkaren, givaren, föräldrarna och barnet, med skilda intressen, måste en prioritering företas. Huvudpersonen är inte föräldrarna utan det väntade barnet. Dess

framtid som en fri, skapande och social varelse måste säkerställas. Därför ställs kravet på båda föräldrarnas fria och förpliktande samtycke till inseminationen. Barnets rätt till en mor och en far måste upprätthållas. Sekretessen kring inseminationerna måste i stor utsträckning uppges. Barnets rätt att känna sitt biologiska ursprung är en ouppgivlig etisk fordran.

Bilaga 4 Summary

Terms of reference

By decision of December 3, 1981 the Government appointed a special examiner to investigate the matter of artificial inseminations.

As special examiner the Government appointed Mr. Tor Sverne, the Parliamentary Commissioner for the Judiciary and the Civil Administration. To assist the examiner in an advisory capacity the Government appointed Professor Holsten Fagerberg, Department Councillor Lars Hultstrand, Chief Physician Ingrid Ursing, and Department Manager Kristina Widgren. To assist the examiner in an expert capacity the Government appointed Child Psychologist Inga Gustafsson, Professor Marc Bygdeman, Professor Ragnar Holte, Secretary Ann-Kristin Centerstig, and members of Parliament Linnea Hörlén, Lilly Bergander and Siri Häggmark. Judge of District Court Göran Ewerlöf was appointed Secretary.

This summary is in condensed form the Committee's main report "Children Conceived By Artificial Insemination" (SOU 1983:42).

The Committee has largely been in agreement. Concerning two issues, however, Professor Bygdeman has declared his dissent (see below).

In this report the Insemination Committee brings up for consideration matters relating to artificial inseminations. The Committee submits draft proposals for new and amended statutory provisions with regard as well to artificial insemination by husband, AIH, as to artificial insemination by donor, AID. Furthermore, medical, psycho-social and ethical norms are recommended to apply to the activities in this field.

The Committee goes on to consider matters relating to in-vitro fertilization, IVF, so-called surrogate mothers, and other matters which may be related to the conceiving of children by artificial means.

History

Artificial insemination on animals has probably been done ever since classical antiquity. The method was scientifically described in the 1780's by the Italian Spallanzani. He performed his experiments on dogs. In the early 1900's insemination treatment of sheep, cattle and horses has been developed by the Institute of Fertilization Physiology in Moscow. The method then spread rapidly to many countries and also reached Sweden.

The first information to the effect that artificial insemination had been

tried on humans goes back to 1799 when an English physician by the name of Hunter is alleged to have used the technique. The accuracy of this information has been challenged, however. Verified information is available from 1834 to the effect that a child was born after insemination treatment. As early as in the 1860's, artificial insemination was brought up for treatment. At the time AIH was the method primarily considered.

AID has been undertaken in Sweden, in any case since the 1920's. From an investigation report is evident that 95 inseminations were made in Sweden during the period July 1945–June 1948. These resulted in 7 pregnancies.

A Swedish Government Committee in 1953 submitted recommendations on AID. This did not result in any legislation, however. No safe conclusions can be made as to the cause of this. It might have been due to the opinion that too few inseminations were undertaken in Sweden in order to warrant regulation by law. Another reason may have been that strong pressure groups opposed legalization. To the outcome contributed probably also the circumstance that there were Swedish children available for adoption.

The interest in artificial insemination as a method to remedy involuntary childlessness has, since the 1950's and not least during the last decade, increased gradually more in Sweden as well as abroad.

At present, at least 230 children are born annually in Sweden after conception by AID. In all Europe, at least 2,000 children and in the USA at least 10,000 children are said to be born each year after artificial insemination. The development during recent years indicates that the demand for artificial insemination as a method to remedy childlessness will go on increasing during the next few years.

Foreign legislation

Despite the comparatively extensive use of insemination throughout the world, judicial regulation and public control of this activity is entirely lacking in most countries – including all of western Europe.

In some states in the USA and Canada there exists certain legislation governing AID. The purpose of these statutes is mainly to give an insemination child the same legal status as a child born in matrimony.

In Hungary the Ministry of Health has issued regulations governing artificial insemination.

Artificial insemination issues have been discussed in various contexts in the Council of Europe. These discussions, however, have not resulted in any agreements and the work in the Council of Europe dealing with artificial inseminations is at present at a standstill.

Artificial inseminations in Sweden

The Committee has made a study of the insemination activities in Sweden. The report indicates i.a. the following.

At present, at least 230 children are consequently born in Sweden per annum after conception by AID. In 1976 the figure was slightly more than 100 children. The AID activity is merely carried on in hospitals. In a few cases AID is also undertaken by private practicing-gynecologists. Nine hospitals and five private practicing-gynecologists are engaging in AID in Sweden.

Approximately 1.800 inseminations are undertaken annually in hospitals and 200 annually by private practitioners. Approximately 200 children are born after AID in hospitals and approximately 30 after AID administered by private practicing-gynecologists.

AIH is undertaken at 28 hospitals and by 26 private practitioners in Sweden. Approximately 40 children are born after AIH in Sweden each year.

The number of available donors of sperm for AID is limited. The donors are recruited either among the physicians' personal contacts or by inquiries at work places or military units. The medical and psycho-social examination of the donor is frequently superficial. At most it is a matter of checking the sperm and to make a blood group determination and chromosome analysis. The physician also meets the donor for a conversation. Some doctors require that the donor be married and have own, healthy children, and that his wife agrees to his volunteering as donor. A donor in Sweden as a rule receives 200:- SEK on each occasion in compensation for his expenses.

The physician in most cases tries to find a donor who resembles the woman's husband or cohabitant as much as possible with regard to eye colour, hair colour and bodily constitution. Other requirements on the part of the insemination couple with regard to the donor are not granted.

AID-treatment is as a rule preceded by one or more conversations between the doctor and the insemination couple. No psycho-social investigation in order to establish the suitability of the prospective parents is undertaken, however.

The protection of privacy and secrecy in AID cases is complete. In certain hospitals the notations as to whom is the donor is destroyed when the pregnancy has commenced. Neither the AID child or its parents have any possibility whatsoever of finding out the identity of the sperm donor. The latter in his turn can in no way find out the child's identity.

The Committee's general point of departure

In the opinion of the Committee AIH is to be regarded as one of several gynecological measures aiming to remedy an involuntary childlessness in a married couple. By and large the present legal protection of children covers also children begotten in this manner.

Parents of a child conceived by AID are in approximately the same situation as adoptive parents. The issue is in both cases the fact that at least one of the parents is not a natural parent of the child with the problems which this may entail. The Committee finds strong reasons in favour of drawing parallels between adoption and AID to the greatest possible extent when it comes to society's attitude to the issue. At present, however, the approach to the problem varies considerably according to what alternative – adoption or AID – is chosen by the childless couple.

As far as adoption is concerned, an organized activity has been built up under public auspices and statutory rules and norms laid down in order to as far as possible protect the adopted child.

In the case of AID, no equivalent publicly organized activity is going on. AID is undertaken almost exclusively setting out from medical precondi-

tions. There is no specific protection for the AID child, judicially or in any other respect.

In the Committee's opinion society's present attitude to the AID activity can no longer be accepted. A selfevident prerequisite for permitting the undertaking of AID should be – as in the case of adoption – that the needs and interests of the prospective child be satisfied and safeguarded in a satisfactory way.

If society's attitude to AID changes, and certain amendments are made in the present statutes towards making the child's best interest the guiding principle, the activity should be allowed to continue. The Committee presents a number of recommendations of legislative and norm-forming character in order that the activity be given this orientation.

AIH

The Committee recommends that AIH be permitted for married women as well as women cohabiting with a man under circumstances of marital character.

As far as the child's legal status is concerned, there are on the whole no problems since it is the woman's husband or cohabitant who has supplied the sperm.

AIH is to be allowed on the explicit condition that the man supplying the sperm is alive and has given his consent to the treatment.

AID

The judicial situation of a child born after AID is, under the present legal order, different according to the mother's civil status, i.e. if she was married or not when the child was born.

If the mother was married when the child was born, the husband in the marriage is to be regarded as the father of the child. The husband in the marriage may request, however, that a court issue a declaration to the effect that he is not the father of the child, if the child was begotten by some other man. Such a claim can be pursued without limitation in time. By declaring that the husband is not the father of the child, he is exempted from all rights (e.g. right of access) and liabilities (e.g. maintenance contributions) in relation to the child. In a decision of March 1983 the Supreme Court has expressed itself in favour of such an interpretation of the present statutory provisions in respect to AID-children.

In respect to AID in an unmarried women, the legal protection of the child is very weak under current legislation. The cohabitant of such a woman can not be regarded as the child's legal father. The only possibility to legally bind the man to the child is, under the current order, that the man adopts the child. This deprives under current regulations, however, the woman of her right to the child.

Cohabitation between unmarried individuals is accepted since many years in Sweden. Approximately one third of all children born per annum have an unmarried mother. The majority of these mothers live in a cohabitation relationship with a man. Also in the future it is to be expected that people will

to a great extent go on living together as couples without being married to each other.

The Committee finds it reasonable that the legislation, in a realistic manner is in accord with society's view with regard to the family formation pattern. The Committee therefore recommends that a AID be permitted for married women and also for unmarried women who are cohabiting with a man under circumstances of marital character.

Furthermore the Committee proposes that enactments be instituted to the effect that the woman's husband or cohabitant shall in the sense of the law be regarded as the child's father. Prerequisite for this, however, is that the man consents to AID being undertaken.

A man who has consented to his wife or cohabitant woman undergoing AID will consequently be irrevocably regarded as the legal father of the child conceived by insemination. If, during the period of the AID treatment, the woman has had sexual intercourse with another man, her husband or cohabitant should – like any other man under Swedish law – be entitled to bring the matter of paternity before a court of law.

A child conceived by AID will consequently be regarded in a legal sense as the joint child of the woman and her husband or cohabitant. The natural father (the sperm donor) is thereby deprived all rights and exempted from all liabilities in relation to the child. The child will thus enjoy right to inherit the woman's husband or cohabitant but not the natural father.

With regard to AID in a single woman or a woman living in a lesbian relationship, the Committee considers as follows. Child psychologists and child psychiatrists emphasize especially the importance to a child's development of having a mother and a father. Looking at the problem in this way, the prospects of a favourable development are less in the case of a child who grows up together with only one parent. The Committee finds AID to be a method in certain cases to help families who cannot have children due to the man's infertility. Should AID be allowed for single women living in a lesbian relationship it would mean a deviation from this principle. For these reasons, the Committee proposes that AID not be allowed for single or lesbian women.

Medical requirements for artificial insemination

AIH is undertaken primarily when a man, who is fertile per se, suffers from a physical deformity preventing his sperm to be deposited during sexual intercourse in the upper part of the woman's vagina. It may also be the case of a man who is incapable, due to some injury or for other reasons, to complete a sexual intercourse but who still is capable of ejaculation. Finally, AIH may be the alternative to be chosen when the man or the woman suffers from a deficiency influencing the ability of the sperm-cells to reach the uterus.

The Committee does not find it justified to lay down by enactment the medical norms to be fulfilled in order that AIH be permissible. In the opinion of the Committee it should also in the future be incumbent on the doctor performing the treatment to judge, in conformity with science and established experience, what is a suitable treatment in the individual case.

AID is mainly undertaken when the woman's husband or cohabitant is

infertile or the quality of his sperm is so inferior that fertilization with his sperm can be regarded as impossible.

AID may also be the preferable alternative in cases where the man's sperm is of normal quality but where there exists an immunological factor preventing the man and the woman from having a child together. Another reason for AID may be that the man suffers from a hereditary disease.

To the *woman* applies as a prerequisite for AID from the medical aspect that she is physically and mentally healthy and fertile. In certain instances, a certain age limit (35 or 40 years) applies. Another requirement being that she must not suffer from any disease entailing an impediment for adoption or a risk to the woman in connection with pregnancy or child birth.

With regard to the *woman's husband* or *cohabitant* the requirement for permitting AID as a rule applies that the husband be in good physical health and that he should not suffer from any disease apt to influence the length of his life.

With regard to the *donor* the requirement frequently is that he should be physically and mentally healthy and of average intelligence, that his sperm be of good quality and that he should not suffer from any hereditary disease. In certain instances, the requirement also applies that the man concerned should be under 40 and married and that he should have a healthy child of his own.

Respecting the AID couple the Committee does not find any reason to question the medical norms that exist. The Committee can not find that there exists any need of formalizing these norms by legislation. It should rest with the responsible physician to judge what is suitable treatment in the individual case. Thus, AID should be looked upon as a medical treatment in order to remedy involuntary childlessness. As the rule is in cases of other medical treatment, it should rest with the responsible physician to decide if AID is warranted.

An important requirement is that the child should not inherit a disease from his/her parents or that other medical circumstances relating to AID must not jeopardize the prospective child's health. This demands that also the sperm donor should undergo certain medical examinations. As concerns the donor it should be established by proper examination that the sperm is not infected, that the donor does not suffer from any verifiable disease of physical or mental character which might through him be transferred to the child. The sperm must moreover be collected and stored in a medically acceptable manner.

The Committee finds it important that uniform guidelines be formulated in order to guarantee as far as possible that the donor is not afflicted with any of the diseases referred to above. This requires interviews with the donor, a physical examination and some kind of psychological appraisal of him. The Committee leaves it to the National Board of Health and Welfare (NBHW) to issue instructions for this purpose. In this connection the NBHW should also decide if the donor of the sperm should undergo some kind of genetic examination.

The Committee proposes that AID should only be undertaken in hospitals under the supervision of a gynecologist. The Committee also recommends that the permission of NBHW should be required for engaging in activities

involving AID, the task of the NBHW in this case being to judge if the hospital applying for such permission possesses sufficient competence in order to be able to effect the treatment in a manner acceptable from medical and ethical viewpoints.

No special competence requirements are recommended as requisite for performing AIH-treatment.

Psycho-social requirements in cases of artificial insemination

When somebody wants to adopt a child a homestudy undertaken by a social authority is required in Sweden as well as a court decision. The suitability of the adoption is consequently subject to consideration, as is the capability of the applicants to offer a child a secure environment to grow up in, and the applicant's aptitude to take care of a child. The prospective adoptive parents are also informed about the responsibilities and problems which an adoption may entail.

In the case of artificial inseminations there is no corresponding procedure. As far as AIH is concerned, the Committee does not find that any more detailed investigation of the couple's circumstances is required, since the insemination can be regarded as completely comparable with the alternative that the couple beget a child together in the natural way or by means of other medical treatment.

With regard to AID the Committee finds that this treatment should only be permitted if the prospective parents' circumstances are of a character enabling the child to grow up under favourable conditions. It is therefore the Committee's opinion that the couple applying for insemination should undergo a psycho-social examination in order that it be concluded if AID could suitable be undertaken.

Among the psycho-social requirements which should be made on the AID couple, the following may be mentioned. The man and the woman should be not less than 25 years. They should live in a stable and mature relationship with each other. The man must have accepted his infertility. The couple's motives for wanting to have a child must have been carefully considered and the man and the woman should be certain about their decision. If the man suffers from any serious disease, the AID treatment should be postponed until his condition has become stabilized.

With regard to the donor it should be required that he has a mature and responsible attitude to his engagement and that his circumstances are otherwise of such character that his assistance can be counted on when it comes to satisfying the child's possible need of being informed of the identity of his/her natural father.

Psycho-social advice and investigation in conjunction with AID

Even if the comparison between adoption (primarily of foreign children) and AID is not fully relevant, there exist, in the opinion of the Committee, undoubtedly many similarities justifying a comparison. In both cases it is, the matter of couples who can not have natural children together. The sorrow over this fact is in both cases the fundamental reason and has to be mentally processed. In many cases, outside aid is required in order to manage this

process. To begin with, the couple must make themselves accept the fact that they are childless. Only after that, they can be regarded as prepared to discuss in more detail what alternatives are open to them.

Irrespective if the choice will be adoption or AID, this is a situation which differs from that of the ordinary family. The child will not be the natural child of both parents. This may cause specific complications in the relationship with a child and between the parents. In any case, the special difficulties to exercise a parenthood of this kind must be taken into account. The child's need of knowing its biological origin may constitute a pressure on the parents as may the attitude of relatives and friends.

In the case of AID, there is the additional fact that the man is not a natural parent, but that, on the other hand, the woman is this. This inequality in their relationship may create special difficulties.

The insemination activity has until today been carried on in secret with the ambition that no outside persons should be allowed to know that AID treatment has been administered. Obviously, it has among many AID parents been considered as to a certain extent embarrassing to have children by AID. As a consequence they have been left to work with their own problems and reflections over the insemination. There is a risk that for this reason they may not have to a sufficient extent tried the tenability of their decision.

The Committee finds that AID parents – like prospective adoptive parents – would in many cases benefit from some kind of group discussion with other couples in the same situation, prior to the decision to apply for AID. The Committee consequently proposes that possibilities be offered future AID parents to participate – if they so wish – in group discussions under the guidance of a social-welfare officer, psychologist or similar, before finally deciding whether they want to have a child by AID or not.

The investigation which should – as recommended by the Committee – be undertaken by a social-welfare authority in the same way as in adoption cases, should aim at finding out if the applicants' circumstances are of a kind to warrant the assumption that a prospective child will grow up under favourable conditions.

The AID family may have to face many problems after the birth of the child. These may be problems between the parents ensuing from the inequality in biological status in relation to the child. There may be stresses due to the reactions among persons in their surroundings and there may also be difficulties in handling the question of the child's right to information about his/her origin.

The social-welfare authorities should consequently offer the AID-parents opportunities of engaging in group discussions also after the child has been born. Other assistance may be obtained in the form of family advisory service, child psychiatric services or social services which are offered by the community.

Sperm donors who feel the need of discussing emotional problems which may ensue subsequently, should in the first instance consult an almoner at the hospital where he supplied the sperm.

The Committee concludes that – as in adoption cases – the psycho-social examination should be undertaken by a social-welfare authority. The

Committee proposes that a precondition for a doctor to be allowed to administer AID is to be that this is recommended by the social-welfare authority. Should the authority refuse an application for AID, the applicants are recommended to appeal against the decision to an administrative court.

Consent to artificial insemination

With regard to the woman, the Committee does not propose any formal requirement of consent to artificial insemination, either in the case of AIH or AID. The circumstance that the woman voluntarily applies for the treatment is regarded by the Committee as a consent.

For AIH treatment only new sperm is at present used in Sweden. This means that the husband/cohabitant must, in respect to time, supply his sperm in conjunction with the insemination. The circumstance that the man has supplied the sperm must be regarded as implying a consent to the insemination. In this case, the consent needs consequently not be in writing. The Committee is not willing to authorize the use of deep frozen sperm for AIH treatment.

In the case of AID the need of a formal consent by the husband or the cohabitant man is more prominent. The consent will, under the recommendations of the Committee, be of decisive importance for binding the man legally to the AID child. The Committee therefore finds that there must exist an unambiguous declaration of will on the part of the man that he consents to AID being administered to his wife/cohabitant. The consequence of the consent will be that the husband or the cohabitant man will assume the role of the legal father of a child begotten by the insemination. Such a declaration of will shall, as proposed by the Committee, be in writing and witnessed.

The Committee proposes that the woman shall give her written approval to the consent given by the man. This approval is regarded as necessary in order that there be no subsequent doubts about the woman's free will in this context. The approval implies that the woman is aware of and accepts the consequences of the consent, i.e. that the man becomes the child's legal father.

If a man, who has given his written consent, wishes to revoke the consent, he may do this before the child has been conceived by AID. Until such a revocation has been received by the responsible physician, the man is consequently legally bound to a child begotten by AID on the strength of his consent.

The child's right to know his/her origin

The attitude of society with regard to a child's right to be informed of his/her origin has until today been very different in the case of adopted children as against AID children.

In the case of adopted children the aim is, since some 20 years, to achieve as much openness as possible in this special area. This openness implies, on the one hand, that the parents very early and recurrently thereafter talk with the child about the circumstance that it is adopted and the significance of this fact, and, on the other hand, that the child receives as much information as

possible about his/her natural parents and home-land. In Sweden, the adoptive child has since many years a statutory right to access to the information about his/her natural parents which is filed with different authorities. Adopted persons are also assisted by public authorities – to the extent this is possible and suitable – to get in contact with their natural parents.

As far as AID children are concerned, society has as yet assumed a completely opposite attitude. The activity is protected by maximum secrecy and the aim is that as few as possible – and preferably not the child – should be informed of how it was conceived. There exists no possibility for an AID child to obtain information as to who is his/her natural father.

The research on adopted children¹ carried on in the USA, Canada and Great Britain clearly confirm that the need among adopted children to become knowledgeable about their origin is very large, and that the possibilities of obtaining such knowledge is of great importance for the child's development. Also organisations and individuals handling adoption matters in Sweden confirm that they share the same experiences.

With regard to AID children there is no corresponding research. This is selfevidently a shortcoming when it comes to taking position to an issue as delicate as the right of these children to know their origin. However, the Committee finds viable reasons exist in favour of applying – as has been done by the British adoption researchers McWhinnie and Brandon – to the AID children the research results and experiences available with regard to adopted children's need of obtaining knowledge their origin.

The question of a child's right to obtain knowledge about his/her origin actually includes a number of different partial questions. In the case of the AID children, these questions can be identified as follows. One question is if and when a child should be informed of the fact that the person acting as father is not the child's natural father, and also of the way in which the child

¹ See i.a.:

McWhinnie, A: *Adopted Children. How they grow up.* Routledge & Kegan Paul, London, 1967.

D. Brodzinsky: *New Perspectives on Adoption Revelation.* Paper presented at the World Congress on Adoption, Elat, Israel, May 1982.

D. Brodzinsky, C. Pappas, L. Singer och A. Braff: *Children's Conception of Adoption: A Preliminary Investigation.* Journal of Pediatric Psychology, Vol. 6, No. 2, 1981.

Rondell, F. & Michaels, R.: *The Adopted Family, Book I: You and Your Child.* New York, Crown Publishers, 1978.

Kirk, H.D.: *Shared Fate. A theory of adoption and mental health.* New York. Free Press, 1964.

McWhinnie, A.: *The Case for Greater Openness concerning AID.* Paper presented at Buckinghamshire College of Higher Education, september 1982.

Snowdon, R. G. och Mitchell, G. D.: *The Artificial Family.* Allen & Unwin, 1981.

Sants, H.J.: *Geneological bewildernes in children with substitute parents.* Child Adoption, a collection of papers, ABAFA, 1977.

Wieder, H: *On when and whether to disclose about adoption.* Journal of American Psychoanalytical association, 1978, Vol 26 s. 793–811.

Brandon, J: *Telling the AID child.* Adoption and Fostering 95 (No 1,1979).

Sandler, B. *Adoption and Artificial Insemination by Donor (AID),* chapter 12, *Medical Aspects of Adoption and Foster Care,* Wolhind Stephen (ed) Hememann, 1979.

was conceived. Another question is whether the information about the child's biological origin should be kept in file. A third question is whether a child who is not living together with his/her natural father, should be entitled to at least some information about his/her biological origin. (This does not necessarily mean that the identity of the natural father is disclosed). A fourth question is, finally, whether the child should be entitled to know who the natural father is and thus be afforded the opportunity to visit him.

The majority of the researchers engaged in adoption issues are today – as earlier indicated – obviously agreed that it is of paramount importance to the development of an adopted child to be informed of the fact that he/she is adopted, and that this information be given by the adoptive parents themselves. What is a matter of disagreement is the point in time when the parents should bring up the matter. Some researchers think that the parents should as soon as possible – already when the child is 2–4 years old – bring up the matter and then recurrently and gradually more in detail discuss it with the child. Other researchers find that the parties concerned have overestimated the capability of an adopted child, not yet of school age, to grasp the significance of being adopted, but still find that the matter should be brought up early with the child. Individual researchers conclude that it might be detrimental to little children to start mentioning the adoption too early.

In justification of the parents informing the child at an early stage of the fact that it is adopted, it is i.a. alleged that it contributes to creating an honest and trustful relationship between the child and the adoptive parents, and that as a result the child does not risk to be told the true state of things by some outside person. Another claim is that children, particularly in those age-groups where they speculate much about their origin, feel with particular sensitivity if the parents do not tell the truth or conceal what has to do with the child's origin.

Studies undertaken also indicate that an adopted child may experience it as a severe shock and a crisis to be informed by the adoptive parents otherwise than by recurrent and planned talks, that he/she is not the natural child of the parents. Adopted children who happen into a situation like this feel it as if the adoptive parents have failed them.

To adoptive parents who do not tell their children the truth it frequently means severe mental stress to live with their life-long deception. The mental strain on them is especially severe when having to listen to comparisons made by relatives and friends between the child's and the parents' looks, personal characteristics, etc.

Since no research has in this respect been undertaken with regard to AID parents, little is today known about the way in which these parents experience living with their life-long deceit. In the opinion of the Committee there is, however, every reason to believe that AID parents do not experience their situation in a way markedly different from what adoptive parents feel.

Under any circumstances, there must be a risk that an AID child may, just as an adopted child, come upon the true state of things in roundabout ways, or that the child itself suspects that "there is something wrong", even if the risk is probably greater in the case of an adopted child.

Some parties have contended that there is a risk that the relationship

between the child and its parents – particularly the father – would deteriorate if the child were informed that he/she has been conceived by a AID. If conclusions are to be drawn from studies concerning adopted children, these misgivings are not justified. The studies referred to rather indicate that an open and honest attitude on the part of the parents will in this respect contribute to an even closer relationship between the child and the parents.

As an additional argument against disclosing the truth to the child it has been contended that this would reveal the fact that the woman's husband or cohabitant is infertile.

Even if many AID parents may experience it as desirable and practical to keep to themselves how the child was begotten, the Committee cannot on the grounds set forth find this acceptable from the child's viewpoint. An open and honest relationship between parents and child certainly is an important prerequisite for the child's favourable development.

The Committee wishes to specifically underline how important it is that AID parents talk with the child – as early as it may be found possible and suitable and thereafter recurrently and increasingly more in depth – about how the child was conceived. The Committee does not find it suitable that this principle be laid down by legislation. It should instead be incumbent on all those – primarily physicians, almoners and social welfare personnel – who are in contact with AID parents to emphasize the importance of this openness to the child. This matter should be discussed in detail in advisory talks, group discussions, and case investigations concerning the social circumstances of the AID couple.

In the case of adopted children, the conclusion may be drawn from available research results that it is of great importance to an adopted child that the information filed on the child's natural parents is not obliterated. The feeling of not having any link with one's past, creates in many individuals a feeling of rootlessness which may be difficult to cope with.

The Committee finds that information about the natural father of an AID child should never be obliterated. It should consequently be an irrefutable demand in AID cases that data on the sperm donor be documented and deposited in a manner making it possible to establish who is the natural father of an AID child.

From this follows also that it cannot be regarded as acceptable to destroy, at the request of the woman, her husband or cohabitant, or the donor, information about the insemination in the records kept on the treatment administered.

If, in the future, there are to be possibilities of obtaining information as to who is the natural father of an AID child, there must, to begin with, exist an entry in the woman's and her husband's or cohabitant's record to the effect that AID has been undertaken. Furthermore, a record must be kept on the donor. Finally, there must exist a link between the woman's record and the donor's record in order that evidence be obtainable as to who is the natural father of a certain child.

The purpose of these records is consequently to primarily make it possible for the party having access to the woman's as well as the donor's record to obtain information as to who is the natural father of an AID child. This is

important, since it may take some time before the need arises to extract this information. The access to the information should then not be contingent on the knowledge being related to a certain individual.

The research pursued concerning adopted children clearly indicates that there is in almost all adopted children during different stages of their lives – even when the child grows up under favourable circumstances with the adoptive parents and develops well – an interest and wonder about "the roots". The development phases in an adopted person when this interest is particularly marked are, above all, the puberty and when the person is about to himself/herself start raising a family. The interest is primarily about the reason why the natural parents left the child for adoption, but also how the natural parents look, how old they are, what their occupations are, and if they are healthy and "normal".

The Committee finds that weighty reasons exist for believing that an AID child has a need equally great as an adopted child's to obtain information about the natural parents with whom the child has no contact. The Committee finds that it must for this reason rest with the responsible physician – who should be assumed to have the best knowledge of the donor – to give the AID parents reasonably detailed information about the child's natural father, e.g. approximate age, occupation, interests and looks, and possibly also some information about his family and why he volunteered as a donor. It ought to be possible for the physician to give the parents such information without the donor's identity being disclosed as a result. The parents should then be free to use the information received when talking with the child about its origin.

Research and experience with regard to adopted children indicate that what is most important to such a child is that the information about its biological origin be preserved. The very knowledge that information about the natural parents is kept in files somewhere in a way to prevent its obliteration, makes the adopted person not feel deprived of his/her origin by any outside party. The adopted individual instead experiences that he or she is granted the option of searching for his/her "roots". Studies show that this "right of disposal" is frequently sufficient for neutralizing a curiosity in the adopted person about his/her origin, and that it entails that most adopted persons never utilize the possibility to obtain the information about his/her natural parents.

It also seems to be psychologically important to an adopted person to know that he or she is the one to decide in this respect.

A matter of relevance in this context is what interest an adopted child may have of actually knowing the identity of the natural parents.

To many adopted children, the probable reason is that the child wants more knowledge of who the natural parents are, their background and their family relationships. The intention is, on the other hand, not to meet with the natural parents.

Among other adopted children there is probably a desire to seek out the natural parents in order to get to know them better and perhaps, and above all, to try to find their motive for handing over the child for adoption. It is obviously clear, however, that it is ordinarily not a question of the child trying to create an emotional relationship with the natural parents.

An adopted child consequently has the need of creating a favourable image of his/her natural parents. As a rule, this is realized by the child asking the adoptive parents about what they know of the natural parents. On occasions the need of knowing more is so great that the child exercises his/her right to find out who the natural parents are, and possibly also to go to see them.

When setting out from the premise that an adopted child's need of finding out the identity of his/her natural parents is only an expression of the child's desire to probe into his/her biological origin, no special complications need to ensue. However, the possibility is also afforded to seek them out. A meeting between an adopted child and his/her natural parents may, after many years, frequently be a harrowing experience. Also, the natural parents' real-life situation may be of a character to make a meeting seem unsuitable and apt to only cause conflict. In Sweden, it is for this reason general practice that a meeting between a Swedish adopted child and his/her natural parents is preceded by talks and processing of the problem together with a social welfare officer. If, after contact with the natural parents, the social welfare officer has found a meeting to be unsuitable – due to the real-life situation of the natural parents or because they simply oppose a meeting – the social welfare officer usually tries, after having discussed the matter with the adopted child, to prevent the meeting. Most adopted children also accept that a meeting should not take place.

The AID activity has all the time been protected by rigid secrecy and AID parents have in general endeavoured to conceal to outside parties how their child was begotten. This has contributed to AID being in the public mind frequently conceived as a questionable method of remedying an voluntary childlessness. The attitude of the public to AID has, in its turn, probably contributed to the donors' not wanting their identity to be disclosed to outside parties.

Among physicians administering AID treatment there is a conviction that an unconditional right for the child to be informed of the identity of its natural father, would entail that the chances of obtaining suitable sperm donors would in the future be rendered difficult to a degree where as a result the AID treatment would in practice be abandoned at the hospitals. It has been alleged that there would in such case be considerable risk that the AID activity would instead develop in an undesirable direction e.g. in the form of private acquisition of donors. Nor would there be anything to prevent individuals from going abroad in order to have children by insemination. Comparisons are in this context made with the illegal abortion activities which went on in Sweden, and with the visits abroad made for the purpose, before the new act on free abortion became effective.

An AID activity exempt from public control – carried on in the way feared by some physicians – cannot obviously be in the best interest of the AID children. But in the opinion of the Committee these apprehensions are exaggerated. An inquiry made for the account of the Committee among sperm donors in a hospital in Sweden also supports this opinion. According to the findings of this inquiry 4 of 12 interviewed donors would volunteer even if the children, who were born as a result of their cooperation, would in the future be entitled at mature age to know who the natural father is (name, address, etc).

In addition to the risk that an illegal AID activity would develop another motive to refuse unconditional right for the AID child to be informed of the identity of his/her natural father, has been adduced, i.e. that this does not pay regard to the other party involved, viz. the natural father. His situation may – when the time comes for the child to try seeking him out – be of a character making it unsuitable to disclose that he was the sperm donor or that any contact at all be established. If, under such circumstances, a meeting between the child and the natural father should be enforced, the contact would probably do the child more harm than benefit. On the other hand, these inconveniences could, in the opinion of the Committee, be avoided if the contact were arranged via the social welfare authorities in the same way as in adoption cases.

The basic consideration underlying the Committee's recommendations on artificial inseminations is the best interest of the child. If AID is considered from the viewpoint of the prospective child, there are weighty reasons in favour of a decision – despite the risk that in an initial stage the activity would decrease in hospitals – to demand that only such sperm donors are used who do not oppose that their identity may subsequently be disclosed to the child. Such a decision would hopefully lead to that it would be possible in the long term to obtain only donors with a responsible and mature attitude to their cooperation.

In the Committee's opinion there also exist good reasons to believe that statutory regulation and a resultant acceptance by society of the AID activity will, in a longer perspective, bring about a more open attitude to AID. Such a development would probably entail that it would no longer be necessary to keep AID and the identity of the sperm donor secret to the child. It is also probable that the number of available suitable sperm donors would increase.

An unconditional right for an AID child to be informed at adult age of the identity of the natural father would not necessarily entail any major inconveniences to most sperm donors. Comparisons with the adoption situation primarily supports the contention that only a limited number of children would utilize the possibility to find out who the natural father is, and still fewer would seek him out. Of primary importance to adopted children seems to be the feeling that they are the only ones to decide. To most adopted children trying to find their origin it also seems to be sufficient to talk about and process one's feelings and thoughts related to the adoption in the company of someone experienced in these matters. Frequently, the need of going further in the search abates after this.

When evaluating the reasons for and against the Committee has arrived at the opinion that the consideration to the best interests of the AID children must – also in the matter of their origin – be given preference over considerations to other parties involved. Due regard to the AID children requires that these children – like all other children – have in principle the right to be informed at adult age of the identity of the natural father. We are aware of the possibility that an openness like this will – at least during a transitory phase – entail problems for the AID activity. It is our hope, however, that this openness will entail that the activity will in the long term be to the benefit of all parties involved.

The right of an AID child to access to information about the identity of the natural father is suggested to arise when the child has reached the age of 18. Only then, children in general may be considered to have become mature enough to enable them to deal with this delicate matter in a sensible way.

In the case of adopted children the experience is – as indicated above – that a search for one's origin frequently derives from or is connected with emotional problems which may need processing. In order to remedy these problems, the adopted children usually can be aided by a social welfare officer. In pertinent cases, this officer usually arranges the contact between the adopted child and the natural parent. The Committee finds that a corresponding procedure would be suitable also in the case of AID children.

The Committee therefore recommends that information about the natural father is to be imparted via a social welfare authority.

Also children younger than 18 may experience a great demand of obtaining knowledge of the identity of the natural father. Especially in the teens this demand tends to become particularly marked. In the opinion of the Committee, however, a teenage child is in general emotionally not mature enough to utilize information about the natural father's identity in a responsible manner. It is in most cases also a question of a need in the child to discuss in depth with some outside and experienced person the emotions related to the knowledge of having been conceived by AID. The Committee finds that it should preferably rest with the social welfare authorities to assist also these young people.

In the first place, it should also in these cases be a matter of talks between the child and a social welfare officer. Only in exceptional cases the Committee finds it warranted that the child – especially if it is close to eighteen – be afforded the possibility of getting to know who the natural father is. In such cases, the same procedure should be used as in the case of grown-up AID children. With regard to underage children the Committee recommends, however, that the natural father, not the child, be the one to finally decide whether the father's identity should be disclosed.

The Committee's recommendation is consequently that the present secrecy regulations are to apply unchanged in these cases. A different order would imply that the AID parents would, in their capacity of the child's custodians, be entitled to know who the donor is, until the child has reached the age of 18. The Committee cannot find any weighty reasons to permit this.

The Committee proposes that notations on AID in the records of the hospitals and in the files of social welfare authorities be preserved for the future.

Storing of frozen sperm

The purpose of storing sperm in frozen condition is to be primarily in order to achieve more flexible handling routines. Access to frozen sperm means that the woman and the donor need not visit the hospital simultaneously. AID can be administered when it is suitable for the woman from the medical viewpoint

and without any need to consider if there is any suitable donor available on that very occasion. For this purpose, a longer storing of sperm than at most a few months is not required. Utilization of a technique to freeze sperm may, however, enable the administration of sperm, divided into several doses for insemination of a woman during the whole treatment period (6–9 month). In view of this, the Committee recommends that sperm to be used for AID be kept for not more than one year in frozen condition.

Storing of frozen sperm must, under the recommendations of the Committee, not aim at organizing a donor bank containing donors with different personal characteristics and qualifications.

The utilization of a deceased men's sperm for artificial insemination

The Committee cannot find any weighty reason warranting the permission of using a deceased man's sperm, presented in frozen condition, for a AIH purposes. The Committee bases the position taken on the necessity for the child to have access to both a father and a mother. The Committee therefore recommends that a prerequisite condition for AIH to take place be that the husband or the cohabitant be living on the occasion of the insemination.

Primarily for ethical reasons AID should neither be allowed, should the sperm donor be found to have died. Under the recommendations of the Committee, the responsible physician should not be required, however, to ascertain on the occasion of the insemination with sperm which has been frozen that the donor is living.

Penal responsibility relating to artificial insemination

The Committee finds it important that the activities relating to artificial inseminations be carried on only in the recommended forms. In order to prevent primarily AID from being pursued in unsuitable forms, the Committee finds that it should be possible to punish an activity not under public control which is pursued on a regular basis, i.e. on repeated occasions or in more or less organized form. Also activities which cannot be directly classified as of a regular character but carried on for purposes of gain should be subject to penalty.

It should consequently be possible to bring legal action against persons who perform insemination on a regular basis or for purposes of gain or who supply sperm in violation of the regulations applying to artificial inseminations.

The penalty clause is primarily to be applicable to private individuals or private organizations who pursue AID activities on a regular basis. Also donors who are, on a regular basis or for purposes of gain, supplying sperm in violation of statutory regulations should be punishable.

With regard to physicians who are illegally engaging in artificial insemination activities the general responsibility of members of the medical profession shall primarily apply.

Other

With regard to *mixing of sperm* supplied by different donors in cases of AID, the Committee takes the following position.

The Committee finds that it must be possible to establish the donor's identity. Mixing of sperm from different donors or AID treatment with the sperm of different men within the scope of the same menstruation cycle, renders identification difficult. Also mixing of sperm from the donor with sperm from the woman's husband or cohabitant may impede such identification. The Committee therefore recommends that it be prohibited to use sperm from different men for AID purposes in a manner impeding identification of the natural father.

In respect to *recruitment of sperm donors* the Committee finds that this should be the task of the responsible physician. It rests with the physician to see to it, under his professional responsibility, that the donor does not suffer from any verifiable hereditary disease, and that there are no other medical circumstances which would make the use of his sperm entail a hazard to the health of the woman or the prospective child.

With regard to the question of *financial compensation to the sperm donor*, the Committee concludes that this should be the liability of the community (as a rule 200 SEK each time sperm is supplied). The sperm donor should be granted compensation for expenses incurred. In addition to this, the donor should not receive any compensation for his services. Donation of sperm must, in the opinion of the Committee, be based on idealistic considerations.

The Committee proposes that donors in general should be allowed to beget *at most six children* in order that there be no obvious risk that half-siblings have children together.

The Committee also recommends that it should be prohibited to *import frozen sperm* from other countries for AID purposes. The risk entailed by such import is that women who cannot have a AID in Sweden, buy sperm privately from abroad for self-insemination. Such an activity beyond public control completely counteracts the efforts to protect the future AID children to which the Committee's recommendations aim.

The Committee finally recommends that information to the effect that the child has been conceived by a AID shall – in correspondence with the entry that a child has been adopted – be entered in the Population Register. This proposal is justified from the aspect that the Population Register should not contain knowingly incorrect information, and that the information may be of importance from genealogy aspects. In this context may be mentioned that the secrecy requirement concerning entries in hospital records (e.g. the identity of the donor) applies for 70 years.

From Professor's Bygdemans statement the following is i.a. evident.

Professor Bygdemans shares the Committee's opinion in the various matters of fact except on the issue of the child's right to know its origin, and in the matter of entry in the Population Register of information that the child has been born after AID. Thus Professor Bygdemans is in agreement insofar as that the AID child's legal status must be regulated by law and that psycho-social examination of persons applying for AID should be underta-

ken by a social welfare authority in the same way as in adoption cases.

With regard to the right of an AID child to know its origin, Professor Bygdeman shares the Committee's opinion that an AID child should be informed of how it was brought into being. The child should also receive all information there is about the donor's person, family situation, etc., only provided that the donor's name not be disclosed. Professor Bygdeman bases his opinion in the last-mentioned respect on the following.

In support of its opinion, the Committee refers to a number of studies, primarily foreign, about adoptive children's need to know their origin. There are no corresponding studies with regard to AID children. It is not scientifically verified that the analogy with adoptive children is relevant. To grant the child, under these circumstances, an unconditional right to be informed at adult age of the donor's identity is to go too far. This is to disregard the viewpoints of the childless couple. To most donors anonymity is a prerequisite condition for their cooperation. The donor is, on the occasion of the donation, hardly in position to predict what his situation will be approximately twenty years later, and how he will then react to being forced to meet his AID child. Hopefully, we will at that time have a more open way of looking on AID, making it natural to the donor to meet the child. Since today we cannot with certainty foresee the development, the donor must be granted the final right of decision if he wishes to meet the child or not, when the child has reached adult age. There is full agreement among physicians engaging in AID that the removing of the anonymity protection of the donor would markedly reduce the extent of the insemination activity.

The risk of an illegal insemination activity would as a result increase considerably.

The Committee's recommendation that information be entered in the Population Register to the effect that a child has been born after AID, Professor Bygdeman does not find acceptable. Already today, incorrect information is to a great extent knowingly entered in the Population Register as to who the natural parents are.

Litteratur

- Artificiell insemination, Acta Societatis medicorum suecanæ hygiea, band 89, häfte 3, 1980
- Betaenkning om en saerlig lovgivning om Kunstig Befrugtning, Köpenhamn, 1953
- Björk, M., Jakobsson, M. och Jansson, V.: Givarinsemination, C-kurs i rättskunskap, Sköndalsinstitutet, våren 1981
- Brandon, J: Telling the AID child. Adoption and Postering 95 (No 1, 1979).
- Broberg, A-C och K: Barnlöshet – vägledning för infertila, Lic förlag, 1982
- Brodzinsky, D.: New Perspectives on Adoption Revelation. Paper presented at the World Congress on Adoption, Elat, Israel, May 1982
- Brodzinsky, D., Pappas, C., Singer, L. och Braff, A: Children's Conception of Adoption: A Preliminary Investigation. Journal of Pediatric Psychology, Vol. 6, No. 2, 1981
- Enarsson, A-M., Ericsson, G., Quardt, M. och Skogar, T.: Fader – okänd soldat eller Bara en mor, C-kurs i socialrätt, högskolan i Östersund, januari 1981
- Ewerlöf, G., Röst Andréasson, B. och Sverne, T.: Barnets bästa- Om föräldrars och samhällets ansvar, Publica, 1982
- Furuhjelm, M., Hafström, G. och Petrén, A.: Om insemination, Svenska kyrkans diakonistyrelses bokförlag, Stockholm, 1951
- Karlsson, C., Resch, C., Schill, E. och Stenmark, U.: Givarinsemination, C-kurs i socialt arbete, socialhögskolan i Göteborg, våren 1982
- Kirk, H. D.: Shared Fate. A theory of adoption and mental health. New York. Free Press, 1964
- Law and ethics of AID and embryo transfer, Ciba Foundation Symposium 17, 1973
- Läkartidningen 38/80
- Mc Whinnie, A: Adopted Children. How they grow up. Routledge & Kegan Paul, London, 1967
- Mc Whinnie, A.: The Case for Greater Openness concerning AID. Paper presented at Buckinghamshire College of Higher Education, september 1982
- Ottar nr. 2 1981: Drivhusbarn
- Overduin, D. och Fleming, J.: Life in a test-tube, Lutheran Publishing House, Adelaide, 1982
- Rondell, F. & Michaels, R.: The Adopted Family, Book I: You and Your Child. New York, Crown Publishers, 1978
- Rosenkvist, H: Sociale, psykologiske og psykiatriske aspekter ved donorinsemination, FADL's forlag, Köpenhamn 1979
- Rönne-Petersen, E: Inseminationen, Norstedts, 1953
- Sandin, G: Psykologiska aspekter på ofrivillig barnlöshet, självständigt arbete för psykologexamen, Lunds universitet
- Sandler, B: Adoption and Artificial Insemination by Donor (AID), chapter 12, Medical Aspects of Adoption and Foster Care, Wolhind Stephen (ed) Hememann, 1979

- Sants, H. J.: Geneological bewildernes, in children with substitute parents. Child Adoption, a collection of papers, ABAFA, 1977
- Stjerna, I: Barn som barn, Proprius, 1981
- Snowdon, R. G. och Mitchell, G. D.: The Artificial Family. Allen & Unwin, 1981
- Statens offentliga utredningar (SOU) 1953:9: Förslag till lagstiftning om insemination.
- Storage and utilization of human sperm, Advisory committee to the Minister of National Health and Welfare, Canada, 1981
- Stroud, J: Services for children and their families, Pergamon Press, 1973
- Tentative proposals for a human artificial insemination act, Law reform Commission of Saskatchewan, 1981
- Walter, H.: Psychological and Legal Aspects of Artificial insemination (AID): An Overview, American Journal of Psychotherapy, Vol XXXVI, No. 1, January 1982
- Wieder, H: On when and whether to disclose about adoption. Journal of American Psychoanalytical association, 1978, Vol. 26 s. 793-811.
- von Knorring, A-L: Adoption studies on psychiatric illness, Umeå universitet, 1980

KUNGL. BIBL.

1983 09-12

SOU 1983:42

Statens offentliga utredningar 1983

Kronologisk förteckning

1. Fristående skolor för inte längre skolpliktiga elever. U.
2. Nytt militärt ansvarssystem. Ju.
3. Skatteregler om traktamenten m. m. Fi.
4. Om hälften vore kvinnor. A.
5. Koncession för försäkringsrörelse. Fi.
6. Radon i bostäder. Jo.
7. Ersättning för miljöskador. Ju.
8. Stämpelskatt. Fi.
9. Lagstiftningen på kärnenergiområdet. I.
10. Användning av växtnäring. Jo.
11. Bekämpning av växtskadegörare och ogräs. Jo.
12. Former för upphandling av försvarsmateriel. Fö.
13. Att möta ubåtshotet. Fö.
14. Barn kostar. S.
15. Kommunnalforskning i Sverige. C.
16. Sysselsättningsstrukturen i internationella företag. I.
17. Näringspolitiska effekter av internationella investeringar. I.
18. Lag mot etnisk diskriminering i arbetslivet. A.
19. Den stora omställningen. I.
20. Bättre miljöskydd II. Jo.
21. Vilt och jakt. Jo.
22. Utbildning för arbetslivet. A.
23. Lag om skatteansvar. Fi.
24. Ny konkurslag. Ju.
25. Internationella faderskapsfrågor. Ju.
26. Bestrålning av livsmedel. Jo.
27. Bilar och renare luft. Jo.
28. Bilar och renare luft. Bilaga. Jo.
29. Invandringspolitiken. A.
30. Utbyggd havandeskapspenning m. m. S.
31. Familjeplanering och abort. S.
32. Företagshälsövård för alla. A.
33. Kompetens inom hälso- och sjukvården m.m. S.
34. Information som styrmedel. I.
35. Patentprocessen och sanktionssystemet inom patenträtten. Ju.
36. Effektivare företagsrevision. Ju.
37. Fastighetsbildning 1. Avveckling av samfällda vägar och diken. Ju.
38. Fastighetsbildning 2. Ersättningsfrågor. JU.
39. Politisk styrning-administrativ självständighet. C.
40. Konsumentpolitiska styrmedel-utvärdering och förslag. Fi.
41. Kontroll av rådgivare. Ju.
42. Barn genom insemination. Ju.

Statens offentliga utredningar 1983

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Nytt militärt ansvarssystem. [2]
Ersättning för miljöskador. [7]
Ny konkurslag. [24]
Internationella faderskapsfrågor. [25]
Patentprocessen och sanktionssystemet inom patenträtten. [35]
Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Effektivare företagsrevision. [36] 2. Kontroll av rådgivare. [41]
Fastighetsbildningsutredningen. 1. Fastighetsbildning 1. Avveckling av samfälliga vägar och diken. [37]
2. Fastighetsbildning 2. Ersättningsfrågor. [38]
Barn genom insemination. [42]

Försvarsdepartementet

Former för upphandling av försvarsmateriel. [12]
Att möta ubåtshotet. [13]

Socialdepartementet

Barn kostar. [14]
Utbyggd havandeskapspenning m. m. [30]
Familjeplanering och abort. [31]
Kompetens inom hälso- och sjukvården m.m. [33]

Finansdepartementet

Skatteregler om traktamenten m. m. [3]
Koncession för försäkringsrörelse. [5]
Stämpelskatt. [8]
Lag om skatteansvar. [23]
Konsumentpolitiska styrmedel-utvärdering och förslag. [40]

Utbildningsdepartementet

Fristående skolor för inte längre skolpliktiga elever. [1]

Jordbruksdepartementet

Radon i bostäder. [6]
Utredningen om användningen av kemiska medel i jord och skogsbruket m. m. 1. Användning av växtnäring. [10] 2. Bekämpning av växtskadegörare och ogräs. [11]
Bättre miljöskydd II. [20]
Vilt och jakt. [21]
Bestrålning av livsmedel. [26]
Bilavgaskommittén. 1. Bilar och renare luft. [27] 2. Bilar och renare luft. Bilaga. [28]

Arbetsmarknadsdepartementet

Om hälften vore kvinnor. [4]
Lag mot etnisk diskriminering i arbetslivet. [18]
Utbildning för arbetslivet. [22]
Invanderingspolitiken. [29]
Företagshälsövård för alla. [32]

Industridepartementet

Lagstiftningen på kärnenergiområdet. [9]
Direktinvesteringskommittén. 1. Sysselsättningsstrukturen i internationella företag. [16] 2. Näringspolitiska effekter av internationella investeringar. [17]
Den stora omställningen. [19]
Information som styrmedel. [34]

Civildepartementet

Kommunalforskning i Sverige. [15]
Politisk styrning-administrativ självständighet. [39]

