

Judith Lind

Barnets bästa vid assisterad befruktning

– bedömning av föräldrapotential vid behandling med och utan donerade könsceller

The best interests of the child in assisted reproduction – assessments of parent potential in treatment with autologous and donor gametes

Considerations of the welfare of the intended child in assisted reproduction include the assessment of candidates' capacity to care for the child. Swedish legislation prescribes the evaluation of candidates' psychological and social circumstances only when gametes from a donor are used for treatment. However, accounts of the evaluation process by fertility clinic staff indicate that candidates' social and psychological circumstances are also considered in non-donor treatment. While legislation demands that a professional behavioural scientist is involved in the assessment for donor treatment, this is not the case for non-donor treatment. Candidates for non-donor treatment are reported as being evaluated by a counsellor only if they attract the negative attention of clinic staff through self-disclosed information or their behaviour during visits to the clinic. The outcome is an evaluation process in non-donor treatment that is non-transparent and therefore unpredictable for candidates. This article is based on focus group discussions with fertility clinic staff at four public clinics in Sweden.

Key words: assisted reproduction, child welfare assessment, parenting capacity, parent potential, regulation of access

Judith Lind är fil.dr och universitetslektor vid institutionen för Tema, Linköpings universitet

Kontakt: judith.lind@liu.se

Inledning

Den här artikeln handlar om assisterad befruktning och mer specifikt om hur lämpligheten som föräldrar bedöms hos dem som söker behandling med assisterad befruktning. Eftersom de flesta människor som söker sådan behandling ännu inte är föräldrar är det som kan bedömas deras potential som föräldrar.

Behandling med donerade könsceller kräver enligt lagen om genetisk integritet att det görs en så kallad särskild prövning av om det ”med hänsyn till makarnas, sambornas eller den ensamstående kvinnans medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att behandlingen äger rum”. Vidare sägs att behandlingen får utföras endast ”om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden” (SFS 2006:351 6 kap. 3 §, 7 kap. 5 §). Vad som är intressant med den svenska lagstiftningen är att kravet på en särskild prövning endast gäller behandling med donerade könsceller. Om parets egna könsceller används ska ingen särskild prövning göras och barnets framtida uppväxtförhållanden alltså inte beaktas. Ytterligare en skillnad är att det enbart är patienter som nekats behandling med donerade könsceller som kan begära att Socialstyrelsen prövar frågan (SFS 2006:351 7 kap. 5 §, se även 6 kap. 3 §, se även Dahlqvist 2021). Den distinktion som görs i lagstiftningen mellan behandling med donerade könsceller respektive parets egna, och som innebär att sökandes föräldraförmåga utreds olika noggrant beroende på vilken typ av behandling de söker, kan i sig ifrågasättas. Så har också skett när Statens medicinska råd föreslagit att en särskild prövning görs vid båda typerna av behandling (SMER 2013). Den här studien syftar till att undersöka vilka konsekvenser denna distinktion får i praktiken när sökande ska utredas och behandlingsbeslut fattas. Det görs genom att analysera hur klinikpersonalen beskriver och diskuterar utredningsprocessen och de bedömningar som görs av sökandes lämplighet som förälder.

Regleringen av behandling med assisterad befruktning

Utöver den nationella lagstiftningen regleras tillträdet till behandling med assisterad befruktning också av regionala riktlinjer. Enligt SKR:s (2020) rekommendationer ska patienter som uppfyller kriterierna erbjudas tre behandlingscykler med IVF eller sex cykler med insemination. Till dessa kriterier hör till exempel vissa ålderskrav och att patienterna inte redan har barn. Därutöver specificeras kraven som ska vara uppfyllda för att komma i åtnjutande av offentligt finansierad behandling av varje region. Till sådana krav hör till exempel att par som söker behandling tillsammans ska vara sammanboende och ha haft en stabil relation i två år och krav kopplade till body mass index. Särskilt intressant för studien är kravet att ingen ”psykologisk och/eller social kontraindikation mot föräldraskap bedöms föreligga” (se t.ex. <https://www.karolinska.se/for-vardgivare/tema-kvinnohalsa/gynekologi-och-reproduktionsmedicin/>

reproduktionsmedicin/regler-och-grundkrav---ivf1/). Medan den nationella lagstiftningen alltså ställer krav på personernas sociala och psykologiska förutsättningar för att bli föräldrar enbart vid donationsbehandling, gör de regionala riktlinjerna det vid all offentligt finansierad behandling oavsett om behandling sker med donerade könsceller eller inte.

Sammantaget innebär reglerna att sökande kan nekas offentligt finansierad behandling av en rad olika skäl: om det föreligger en medicinsk risk för kvinnan eller det tilltänkta barnet, om de sökande inte anses ha rättmätiga behov av behandlingen (t.ex. om de redan har barn), om behandlingen anses ha alltför små chanser att lyckas (t.ex. på grund av kvinnans ålder) eller den sökande anses kunna göra mer för att öka chanserna att behandlingen ska lyckas (t.ex. gå ner i vikt eller sluta röka) eller om de sökande inte anses ha förutsättningarna för att ge barnet goda uppväxtvillkor.

År 2016 föreslog den statliga utredningen om behandling av ofrivillig barnlöshet (SOU 2016:11) att de särskilda prövningarna vid donationsbehandling skulle utföras av socialtjänsten eftersom den har omfattande erfarenhet av bedömningar av föräldraförmåga. Förslaget förkastades med hänvisning till svårigheterna att skilja den medicinska bedömningen från den psykosociala (prop. 2017/2018:155). I stället fattas behandlingsbeslutet av den ansvariga läkaren. I beslutet ska utfallet av den särskilda prövningen vägas in. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska "en yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens" medverka i denna del av utredningen (SOSFS 2009:32, 4 kap. 11 §).

År 2016, samma år som det blev möjligt att erbjuda ensamstående kvinnor behandling med assisterad befruktning, publicerade Socialstyrelsen ett nationellt kunskapsstöd för den särskilda prövningen som skulle göras vid assisterad befruktning med donerade könsceller (Socialstyrelsen 2016). Kunskapsstödet hade Socialstyrelsens handbok för medgivandeutredningar vid adoption som förlaga och fastslår att "[d]en psykosociala bedömning som görs inom den särskilda prövningen syftar till att sätta barnets bästa främst" (Socialstyrelsen 2016 s. 9). Det ska finnas förutsättningar "för att barnet kan få en god och trygg uppväxt", och de sökande ska ha "en positiv inställning till barn och föräldraskap, en beredskap att sätta sina egna behov i andra hand, förmåga till lyhördhet och omsorg" (Socialstyrelsen 2016 s. 10).

Kunskapsstödet listar också ett antal riskfaktorer, däribland fysisk och psykisk ohälsa, att tidigare barn är omhändertagna av socialtjänsten, allvarlig kriminalitet, bristande försörjningsförmåga och/eller allvarliga brister i bostadssituationen, tecken på våld i nära relationer, oklarhet om relationen, att önskemålet om donationsbehandling inte är genomtänkt, avsaknad av välfungerande socialt nätverk och bristande insikt om ett barns rätt och behov av att få kunskap om sitt ursprung (Socialstyrelsen 2016).

Tidigare forskning

En betydande del av den tidigare forskningen om reproduktionsteknologier har behandlat det rättsliga föräldraskapet (t.ex. Singer 2006), frågor som rör barnets ursprung (t.ex. Jonsson Malm 2011) samt vilka familjenormer som kommer till uttryck och förstärks genom regleringen av deras tillgänglighet (t.ex. Tinnerholm Ljungberg 2015). Regleringen av tillämpningen av reproduktionsteknologier har dels handlat om vilka teknologier som ska få lov att användas och vilka grupper i befolkningen som ska få tillträde till behandling. Framför allt den tidigare exkluderingen av samkönade par och ensamstående kvinnor har härvid varit föremål för analys (t.ex. Baylis & McLeod 2014, Melhuus 2012, Lie & Lykke 2017).

Betydligt färre forskare har intresserat sig för de faktorer som reglerar tillträde till behandling för enskilda individer. I huvudsak är det medicinska faktorer som styr denna reglering. Hit hör både krav på att behandlingen eller en graviditet inte ska riskera att skada kvinnan och krav på att ett framtida barn inte ska utsättas för en medicinsk risk, till exempel genom att en allvarlig smittsam sjukdom överförs från kvinnan till barnet (SOSFS 2009:32). Därutöver regleras tillträde även genom faktorer som rör kostnadseffektivitet och sjukvårdens prioriteringar (Gillett m.fl. 2012). Ett och samma krav kan motiveras med hänvisning till flera olika faktorer samtidigt, vilket kan göra de egentliga bevekelsegrunderna otydliga (ESHRE Task Force 2007. Brown (2019) menar exempelvis att fetma tillskrivs betydelse både som en faktor som utgör en medicinsk risk, en faktor som minskar chanserna att behandlingen ska lyckas och därför äventyrar kostnadseffektiviteten och en livsstilsfaktor som innebär att kvinnan själv ses som ansvarig för sin infertilitet. Ytterligare en typ av krav som ställs på dem som ska få behandling med assisterad befruktning är att de har förutsättningar att ge barnet en god uppväxt. Det är detta krav som står i fokus för artikeln.

Barnets bästa som argument

Bruket av – det tilltänkta – barnets bästa som ett argument för att neka behandling till individer som inte anses kunna bli bra föräldrar har diskuterats av forskare inom bioetik såväl som filosofi. En fråga som har diskuterats är på vilka grunder staten har rätt att begränsa människors reproduktiva frihet. Den brukar besvaras med hänvisning till att staten på grund av att den medverkar till att skapa ett föräldraskap (genom att auktorisera de kliniker som utför behandlingen och i vissa fall finansiera den) också har ett ansvar för att det barn som föds som ett resultat av behandlingen får ett bra liv (se t.ex. Pennings 1999). Robertson (1994) menar dock att människors rättigheter till reproduktiv frihet innebär att tillgången till fertilitetsbehandling inte bör begränsas. Robertson menar således att människor inte bara har negativa reproduktiva rättigheter, det vill säga rätten att slippa statens inblandning i reproduktionen, utan även positiva rättigheter till fertilitetsbehandling. En annan återkommande fråga är hur

höga kraven på föräldraförmågan ska vara (Pennings 1999), varvid Heyd (1992) och Jackson (2002) menar att det svårigen går att hävda att det skulle vara barnets bästa att inte komma till världen alls. En potentiell persons rättigheter kan enligt Heyd inte beaktas. Därför menar han att tillträde till fertilitetsbehandling inte bör begränsas med hänvisning till de tilltänkta föräldrarnas förmåga, utan i stället bör barnet vid behov omhändertas i samband med födseln. Målet med fertilitetsbehandlingen enligt detta sätt att se är ett barn. Andra forskare menar i stället att målet med behandlingen är en familj. Om det före behandlingen står klart att de som genomgår behandlingen inte har förmåga, eller intresse, att ta hand om barnet kommer behandlingen inte att kunna nå sitt syfte. Därför bör behandling i de här fallen – liksom andra medicinska behandlingar som inte har förutsättningar att lyckas – enligt dessa forskare inte medges (Steinbock 1995, Shanley 2001 Solberg 2009, Thompson & McDougall 2014).

I politiken har barnets bästa använts som ett argument för flera policyreformer, däribland förbudet mot anonyma donatorer och exkluderingen av samkönade par och ensamstående kvinnor från tillträde till behandling med assisterad befruktning. Barnets bästa användes dock även som argument när behandling senare gjordes tillgänglig för samma grupper, varför Kanckos (2012) har refererat till barnets bästa som en flytande signifikant. Det faktum att barnets bästa i den politiska debatten användes som ett argument både för och emot legaliseringen av behandling av lesbiska par och ensamstående kvinnor visar enligt Lind (2019) den status som barnets bästa-principen har som retorisk resurs och refererar till den som ett diskursivt imperativ. Liljestrand (1995) refererar i stället till barnets bästa som en retorisk rökrida som använts i politiken för att skymma andra motiv, såsom statens sociala kontroll av enskilda individers reproduktion. Sheldon m.fl. (2015) visar att exkluderingskriterier som är knutna till barnets bästa i praktiken är svåra att skilja från faktorer som handlar om kostnadseffektivitet. Det är enligt henne inte uppenbart huruvida frågor om exempelvis patienternas ålder eller rökning avser faktorer som påverkar behandlingsutfallet, faktorer som avgör om patienten kommer i fråga för offentligt finansierad behandling eller faktorer som anses ha betydelse i relation till barnets bästa.

Bedömningar av föräldrapotential vid assisterad befruktning

Internationellt har praxis kring prövningar av föräldrapotential och klinikpersonalens attityder undersökts i flera studier (t.ex. Gurmankin m.fl. 2005, Lee m.fl. 2014, Thorpe m.fl. 2012). Resultaten indikerar att det finns ett starkt stöd för att barnets bästa ska beaktas i behandlingsbeslut, men att det råder oenighet kring hur principen ska tillämpas (Daniels m.fl. 2000). Medan vissa upplevde obehag kring att hindra någon från att bli förälder (Gurmankin m.fl. 2005, Thorpe m.fl. 2012), uppgav andra att de till och med var mer restriktiva än vad lagstiftningen krävde. Det senare gällde framför allt i USA, där lagstiftningen till följd av en stark betoning av patienters

självbestämmanderätt, rädsla för överklaganden och klinikers konkurrensutsatthet beskrevs som alltför tillåtande. Här beskrev personalen svårigheten att få information om patienternas psykosociala omständigheter som den främsta utmaningen (Stern m.fl. 2002). I Storbritannien menar Lee m.fl. (2014) att beslutet att göra behandling med assisterad befruktning tillgänglig för nya grupper, däribland ensamstående kvinnor, har inneburit att klinikpersonalen har börjat granska patienters livsstilar mer ingående än vad som föreskrivs. I flera av studierna rapporteras att personalen ser prövningen av patienternas föräldrapotential som ett intrång i individers rätt till självbestämmande, men samtidigt som nödvändiga. Å ena sidan uppger personalen vikten av att individers rätt till reproduktiv frihet respekteras, å andra sidan att reproduktionsmedicinsk behandling ska vara socialt och professionellt ansvarsfull (Ehrich m.fl. 2006, De Lacey m.fl. 2015). För svenskt vidkommande har jag tidigare visat att klinikpersonal tycker att bedömningen av sökandes föräldrapotential är svår, men viktig (Lind 2020). Målet med behandlingen är enligt personalen inte en graviditet eller ett barn, utan en fungerande familj. I linje med de regionala riktlinjernas krav på att ingen "psykologisk och/eller social kontraindikation mot föräldraskap" ska föreligga för att komma i fråga för offentligt finansierad behandling, uppgav personalen att de har ett ansvar både för barnets bästa och för att offentliga resurser nyttjas på ett ansvarsfullt sätt.

I den här artikeln undersöks vilka implikationer kombinationen av den nationella lagstiftningen, de regionala riktlinjerna och klinikpersonalens attityder har för utredningspraktiker och -beslut.

Data och metod

Studien är en del av ett större forskningsprojekt. Tidigare publikationer har analyserat kvantitativa data om behandlingsbeslut gällande assisterad befruktning (Elenis m.fl. 2020), ställningstaganden och argument i regleringen av assisterad befruktning (Lind 2019) och i fokusgruppsdiskussioner med personal vid svenska fertilitetskliniker (Lind 2020) samt den roll som socioekonomiska riskfaktorer tillskrivs i bedömningsriktlinjer för adoption, familjehem och assisterad befruktning med donerade könsceller (Lind 2021). I den här studien analyseras fokusgruppsdiskussionerna med klinikpersonalen på nytt, nu med fokus på själva bedömningsprocessen.

Datan om behandlingsbeslut samlades in vid två offentliga fertilitetskliniker under en sexmånadersperiod (november 2017 t.o.m. april 2018) med hjälp av ett för studien utvecklat formulär som fylldes i för varje behandlingsbeslut som fattades under perioden.¹ Studien visade att av totalt 895 sökande (ensamstående och par) nekades

1 För en utförlig beskrivning av datainsamlingen, se Elenis m.fl. 2020.

7,6 procent (n = 68) behandling, medan ytterligare 7,6 procent genomgick en fördjupad utredning innan de beviljades behandling.

Fokusgruppsdiskussioner med klinikpersonal genomfördes vid fyra regionkliniker i Sverige under perioden oktober 2017 till mars 2018. All personal som hade kontakt med de sökande eller bidrog till behandlingen inbjöds att delta. Även om behandlingsbeslutet fattas av läkaren beslutade jag att inkludera även övrig personal (inkl. barnmorskor, sjuksköterskor, vårdadministratörer, psykologer, embryologer och övrig laboratierpersonal) eftersom även dessa bidrar till de samtal som skapar den kontext inom ramen för vilka de psykosociala utredningarna görs och beslut fattas (jfr ESHRE Task Force 2007). Sammanlagt genomfördes nio fokusgruppsdiskussioner (FGD) – en på klinik A (FGD A:1), två på klinik B (FGD B:2–3), fyra på klinik C (FGD C:4–7) och två på klinik D (FGD D:8–9) – med sammanlagt 64 deltagare. Varje fokusgruppsdiskussion varade ungefär en timme. Alla fokusgruppsdiskussioner genomfördes av författaren, videoinspelades och transkriberades ordagrant.²

I den tidigare studien av fokusgruppsdiskussionerna (Lind 2020) var det huvudsakliga syftet att studera klinikpersonalens ställningstaganden till att en bedömning av de sökandes föräldrapotential skulle vägas in i behandlingsbeslutet. I den här studien är det i stället klinikpersonalens beskrivningar av och kommentarer till hur de sökandes lämplighet som förälder utreds och bedöms som står i fokus.

Oavsett hur specifik en skriftlig reglering är, lämnas alltid utrymme för tolkningar och därmed handlingsutrymme för beslutsfattaren. Den förståelse som ligger till grund för de tolkningar som görs av skriftliga regleringar skapas enligt Black (2002) genom "regulatory conversations". Även om läkaren ensam fattar behandlingsbeslutet sker beslutsfattandet i en kontext, och påverkas sannolikt av de samtal som förs vid kliniken om föräldralämplighetsprövningar, om restriktioner i tillgången till behandlingar, resursfördelning med mera. I forskning om beslutsfattande i kliniskt såväl som socialt arbete har både den individuella beslutsfattarens tidigare erfarenheter och intuition framhållits som betydelsefull (Whittaker 2018). White och Stancombe (2003) beskriver dock beslutsprocessen som en kollektiv aktivitet och själva beslutet som ett resultat av en gemensam förståelse. De samtal som förs vid fertilitetskliniker kollegor emellan är därför en betydelsefull nyckel till förståelsen av de beslut som fattas.

Det övergripande syftet med att genomföra fokusgruppsdiskussionerna var att undersöka klinikpersonalens principiella ställningstaganden till att över huvud taget göra bedömningar av de sökandes föräldraförmåga. I diskussionerna beskrev klinikpersonal dock även återkommande hur utredningsprocessen gick till, dels för mig, dels för varandra. Läkare, sjuksköterskor, psykologer och laboratierpersonal möter

2 För en utförlig beskrivning av datainsamlingen, se Lind 2020.

de sökande i olika skeden av processen. Under fokusgruppsdiskussionerna ställde olika yrkesgrupper inte sällan frågor till varandra om de skeden i processen som de själva hade begränsad kännedom om. Det är de beskrivningarna av utredningsprocessen som ligger till grund för studien. Jag har alltså inte observerat de faktiska klinikpraktikerna som utgör utredningsprocessen. Det som analyseras är personalens beskrivningar av och reflektioner kring processen och de beslut som fattas. Analysen av dem ger oss en, om än begränsad, bild av hur utrednings- och bedömningsprocessen ser ut, men framför allt bidrar den med kunskap om tolkningskontexten inom ramen för vilken beslut om behandling med assisterad befruktning fattas.

För analysen i studien samlade jag först alla avsnitt i transkriptionerna som innehöll beskrivningar av eller kommentarer till utredningsprocessen och de psykosociala bedömningarna som gjordes av de sökande. Inom samlingen av utsagor identifierades initialt två övergripande teman (Braun & Clarke 2006) – 1) skillnader och likheter i utredningsprocessen vid behandling med respektive utan donerade könsceller och 2) hur information om de sökande samlades in och bedömdes. Det första temat visade, trots att lagstiftningen skiljer dessa behandlingsformer åt, att det rådde stor oklarhet i personalens beskrivningar kring om och i så fall på vilket sätt sökande av behandling med egna könsceller genomgick en psykosocial bedömning. Eftersom medverkan av en yrkesperson med beteendevetenskaplig kompetens enligt lagstiftningen endast krävs vid behandling med donerade könsceller, beslutade jag också att närmare analysera personalens utsagor kring hur information om de sökandes psykologiska och sociala förhållanden samlades in samt hur bedömningen av denna information beskrevs. Personalens utsagor utgjorde sällan enbart beskrivningar av processen, utan innehöll ofta även kommentarer till och åsikter om utredningsprocessen. Ett återkommande tema i kommentarerna var frågan huruvida kliniken hade förutsättningar för att inhämta tillräckligt med information om de sökande för att kunna bedöma deras lämplighet som föräldrar.

Nedan, i artikelns resultatdel, redovisas först hur vanligt förekommande hänvisningar till psykologiska och sociala faktorer är i beslut att neka behandling med parets egna könsceller och i beslut att genomföra en fördjupad utredning före beslut. Resultaten diskuteras i ljuset av hur den psykosociala bedömningen vid behandling med egna respektive donerade könsceller beskrivs av klinikpersonalen. Därefter diskuteras klinikpersonalens beskrivningar av hur information om de sökande samlas in och av hur beslut att neka behandling eller genomföra en fördjupad utredning av den sökandes psykologiska och sociala förhållanden fattas. Utdragen ur fokusgruppsdiskussionerna syftar till att illustrera återkommande resonemang.

Resultat

Psykosocial bedömning vid behandling med egna könsceller

Vår tidigare studie av 895 behandlingsbeslut som fattats vid två svenska fertilitetskliniker under en sexmånadersperiod visade att de sökande i totalt 68 fall (7,6 procent) nekades behandling. Psykosociala faktorer angavs som skäl i 19 procent (n = 13) av samtliga nekanden. Av de sökande för behandling med egna könsceller nekades 4,8 procent (n = 31) behandling. Motsvarande siffra för sökande av behandling med donerade könsceller var 11,7 procent (n = 27) (Elenis m.fl. 2020).³

Lagstiftningen föreskriver alltså en särskild prövning av psykologiska och sociala faktorer enbart vid donationsbehandling. Även Socialstyrelsens föreskrifter kräver att en yrkesperson med beteendevetenskaplig kompetens deltar i utredningen enbart vid donationsbehandling. Samtidigt ställer flera regioner frånvaro av sociala och psykologiska riskfaktorer som krav för all offentligt finansierad behandling, vilket kräver att sådana faktorer beaktas även om inga krav ställs på att de utreds av en beteendevetare.

En närmare analys av siffrorna som gjorts specifikt för den här artikeln visar att i fyra fall då behandling med egna könsceller nekats kan de uppgivna skälen sägas röra de(n) sökandes sociala eller psykologiska förhållanden (ångest, parets ekonomiska situation, missbruk respektive våld i relationen). Det förekommer alltså att psykologiska och sociala faktorer beaktas även i behandlingsbeslut som avser behandling med egna könsceller trots att lagstiftningen föreskriver det enbart vid donationsbehandling.

Utöver de 4,8 procent som nekades behandling med egna könsceller genomgick 7,2 procent (n = 46) en fördjupad utredning innan de beviljades behandling (Elenis m.fl. 2020). Analysen som gjorts specifikt för den här artikeln visar att skälen till den tvekan som ansågs motivera den fördjupade utredningen i 52 procent av fallen (n = 24) handlade om psykosociala faktorer, såsom psykiatriska eller neuropsykiatriska diagnoser (n = 14), alkoholmissbruk (n = 5), de sökandes ekonomiska situation (n = 3) eller problem i parrelationen (n = 2). Det hänvisades alltså till psykologiska och sociala faktorer i över hälften av fallen då en fördjupad utredning ansågs vara nödvändig innan behandling med egna könsceller beviljades, men de faktorerna angavs sällan som skäl för att helt neka denna typ av behandling.

Med hjälp av det kvalitativa materialet (fokusgruppsdiskussionerna med klinikpersonal) ska jag nu fortsätta att undersöka vilka processer och resonemang som kan tänkas ligga till grund för behandlingsbesluten.

³ Som jämförelse redovisar Van Keppel och Yovich (2020) att personalen vid en klinik i West Australia under en 39-årsperiod tvekade i relation till 40 av sammanlagt 30 000 sökande (0,1 procent), av vilka två nekades behandling.

När jag i fokusgruppsdiskussionerna ställde frågor om utredningsprocessen bekräftades att det inte görs någon tydlig åtskillnad mellan sökande av behandling med donerade respektive egna könsceller. Nedanstående utdrag ur en FGD illustrerar den otydlighet som kan uppstå kring bedömningen av psykosociala faktorer vid behandling med parets egna könsceller. Utdraget föregås av att jag frågar om Socialstyrelsens kunskapsstöd för den särskilda prövningen används enbart vid donationsbehandling.

Läkare 1: Det står ju i det för ... det är för tredjepartsdonation.

Intervjuare: Aa. Aa. Det gör det? Aa. Aa. Mm. Och det är då ni följer det?

Flera deltagare: Mm.

Intervjuare: Eller?

Kurator: Alltså jag kan ju säga att jag får ju bara donerade, men när det är nåt som är, som är eh – inte stämmer, då får ju jag det från läkaren som typ ekonomiskt eller psykiskt och det står ju också i kunskapsstödet så på nåt vis så följer ju vi det på, på de andra – de som inte kommer till oss, som inte är donerade. Jo, för jag får i alla fall av dig (vänder sig till en av läkarna) väldigt många ärenden där det inte funkar, där det är liksom nånting med psykiatri och när det är ekonomi som inte stämmer. (FGD B:2 s. 16)

Inte heller för personalen tycks skillnaden vara helt självklar. Utdraget fortsätter med att kuratorn berättar att information vid behov inhämtas från den sökandes behandlande läkare inom psykiatrin, varpå avdelningschefen frågar om det är något som görs vid alla former av behandling.

Avdelningschef/barmorska: Men det är oavsett om det är donation eller inte?

Kuratorn: Jag tror att det, jag kan inte hundra svara på det, men jag tror att det går hand i hand. Det borde göra det. För varför skulle man egentligen inte tänka på samma sätt när det handlar om – man ska hjälpa par och bli gravida, för det blir ju annat när de kommer till oss än när de gör det själva. För som sagt var, är det så att de har nå' konstigheter som ja, man blir gravid själv, nåt missbruk eller ehm, andra saker så, så får vi ju socialtjänsten som tittar snabbt och, och som kan ta barnet. (FGD B:2 s. 16–17)

Utdragen illustrerar flera saker. De bekräftar att psykologiska och sociala faktorer beaktas även inför beslut om behandling med parets egna könsceller (se även FGD A:1, C:4, C:7). Den andra delen visar också att personalen anser att utredningen av dessa faktorer motiveras av det faktum att kliniken hjälper de sökande att bli gravida och att det då inte görs någon skillnad om donerade könsceller används eller inte (se även Lind 2020). Av den första delen av intervjuutdraget framkommer vidare att en

psykosocial utredning genomförd av kuratorn är en rutin vid donationsbehandling, men genomförs vid behandling med egna könsceller enbart om läkaren upplever att det är något som "inte stämmer". Detta reser frågor om vilka faktorer personalen anser motiverar en fördjupad utredning och om hur information om de sökande inhämtas.

Utgångspunkten för den psykosociala utredningen av sökande är att identifiera eventuella faktorer som kan ha en negativ inverkan på deras lämplighet som föräldrar. Vilka dessa är föreskrivs av Socialstyrelsens (2016) kunskapsstöd. I kliniker- nas bedömningar av de sökande ska stödet omsättas i praktiken. I den ovan citerade fokusgruppsdiskussionen nämns "nånting med psykiatri och när det är ekonomi som inte stämmer" (FGD B:2). Att beakta de sökandes försörjningsförmåga är i enlighet med Socialstyrelsens kunskapsstöd, men det förekom också att detta kriterium ifrågasattes av personalen (FGD B:3).

I en diskussion i en av fokusgrupperna om den distinktion som görs i lagstiftningen mellan behandling med donerade respektive egna könsceller konstaterar en läkare att det får ställas "helt andra krav" på sökande vid donationsbehandling "även om försörjningsförmåga och såna saker" (FGD C:4 s. 5). Dels visar uttalandet att även om psykosociala faktorer kunde beaktas vid behandling med egna könsceller, så sågs möjligheterna att göra det som något mer begränsade än vid donationsbehandling. Uttalandet görs i samband med att fokusgruppen berättar om en sökande som hade nekats behandling på grund av en omfattande funktionsnedsättning som sades göra den sökande beroende av personlig assistans hela dygnet. Den sökande överklagade beslutet och fick rätt, vilket indirekt förklarades av läkaren ovan med att beslutet hade rört behandling med parets egna könsceller, och inte donationsbehandling.

Insamling av information om de sökande

Utredningsprocessen beskrevs vanligen på följande sätt av fokusgrupperna. Sökande kontaktar kliniken på egen remiss eller genom remiss från en gynekolog. Vid de sökandes första kontakt med kliniken, ofta på telefon, informeras de om de grundläggande kriterierna och ombeds fylla i en hälsodeklaration. Vid deras första besök på kliniken lämnas blod- och spermaprov. Därefter sker en konsultation med fertilitetsläkaren, varvid både testresultaten och hälsodeklarationen diskuteras. Om behandling ska ske med parets egna könsceller och läkaren inte ser några skäl att neka behandling görs även en behandlingsplan.

Jämfört med medgivandeutredningar inför en adoption är den särskilda prövningen inför behandling med assisterad befruktning en kort process. För att få starta en medgivandeutredning måste de(n) sökande ha genomgått en föräldrautbildning. Själva utredningen kan pågå under flera månader och omfattar vanligen flera samtal och möten med sökanden (enskilt och i par), hembesök, samtal med sökandens barn

om det finns några, kontakt med referenspersoner och personer i sökandens nätverk, inhämtning av registeruppgifter och intyg samt i vissa fall djupintervjuer som bedöms av en extern granskare (MFOF 2021).

En fråga som återkom i fokusgruppsdiskussionerna är huruvida klinikpersonalen verkligen lyckades säkerställa att de som fick behandling hade potential att bli bra föräldrar. I det följande diskuteras hur klinikpersonalen beskrev, och kommenterade, utredningsprocessen och de sätt som de sökande bedömdes på.

Självrapporterad information

För att få titta i sökandes medicinska journaler krävdes samtycke, vilket vanligen inhämtades i samband med hälsodeklarationen. Det nämndes i flera fokusgruppsdiskussioner att man inte kontrollerade brottsregister (FGD C:4, FGD D:8) och att personalen heller inte hade möjlighet att kontrollera huruvida de sökande hade barn sedan tidigare om de inte uppgav det själva (FGD C:6). Med anledning av att de sökande själva var den främsta källan av information restes i flera fokusgruppsdiskussioner frågan om det kunde förutsättas att de berättade om sådant som kunde utgöra en riskfaktor, varvid sökande sades kunna hålla inne med information såväl som ge falsk information (FGD C:6, FGD D:8).

I en av fokusgrupperna förklarade en embryolog att "man blir presenterad olika förutsättningar och så ska man döma utifrån det då. Men man är ju inte liksom grävande polis på det sättet" (FGD B:2 s. 23). Läkarkonsultationer, som varade 30 till 60 minuter, ansågs vara för korta för att ge goda förutsättningar för att ta upp psykosociala frågor (FGD C:4, C:5, C:7). En deltagare som var kritisk till de, i hens tycke, alltför ytliga utredningarna gav nedanstående, något drastiska, beskrivning av utredningsprocessen.

Medicinsk administratör: Jag menar att det är så ... så länge det handlar om att man ska sätta en annan människa till livet, så tycker jag det är konstigt att man bara tar lite blodprov för och se hur hormonerna ligger till. Och så kommer man på ett samtal, man kollar: "Röker du?" "Nej." "Hur mycket väger du? Ditt BMI är inte över 30, ok. Ja, nu får du behandling." (FGD C:5 s. 12)

Denna deltagares beskrivning förblev inte oemotsagd, men över lag gav fokusgruppsdeltagarna uttryck för att det gjordes för lite för att samla in information om de sökandes psykosociala förhållanden.

Observationer av de sökande

I samband med sina besök på kliniken träffar de sökande många olika personal utöver den behandlande läkaren – sjuksköterskor, barnmorskor, administratörer och laboratoriepersonal. Även om de formellt sett inte är delaktiga i behandlingsbesluten, tillskriver de sig själva ett ansvar för utfallet av behandlingen (Lind 2020). Det kan också vara just denna personal som träffar de sökande mest – för tidsbokningar, i samband med provtagningar och för att ge instruktioner för hormoninjektioner med mera. I fokusgruppsdiskussionerna berättade personalen att de i sina möten med sökande ibland lade märke till beteenden som fick dem att ifrågasätta deras potential som föräldrar. Flera exempel på sådant beteende gavs: en sökande, vars pappa ringde alla samtal till kliniken (FGD C:4), sökande som migrerat till Sverige och hade svårigheter att navigera i det svenska samhället (FGD B:2, C:4, D:8), par som bråkade högljutt inför personalen (C:5), sökande som hotade personal (FGD C:5), pratade om Pokémon (FGD C:4), luktade alkohol (FGD C:6) eller pratade i telefon oavbrutet och inte följde sin partner in i undersökningsrummet (FGD C:4). Observationer som dessa "signaleras vidare" enligt en barnmorska (FGD D:8 s. 4), vilket tyder på att beslutsfattande läkare får information om de sökandes psykosociala förhållanden även av övrig klinikpersonal, vilket också nämns i nedanstående utdrag.

Läkare: Alltså, man får ju en känsla av människor, om inte de är otroligt duktiga på och spela teater naturligtvis, så får man ju ändå en känsla av hur den här relationen är. Man har dem en timme, man sitter och snackar med dem och så pratar de med barnmorskor och med ... hos er (pekar på undersköterska) för provtagning och så. Man får ju ofta en känsla av hur det är. (FGD D:8 s. 15)

I utdraget beskriver läkaren bedömningen av de psykosociala faktorerna – av hur människorna och deras relation är – som att få en känsla för något, vilket antyder att det handlar om intuition snarare än en sammanvägning av den information som framkommit om de sökande. Detta återkommer jag till längre fram. Vidare tyder även reservationen att de sökande skulle kunna spela teater på att bedömningen eller känslan även bygger på observationer av de sökande och deras interaktion med sin partner utöver en bedömning av den information som framkommit.

Att sökande inte bara lämnar information, utan också observeras i samband med utredningsintervjuer har visats även i relation till adoptionsutredningar (Wirzén & Lindgren 2020). I intervjuer uppgav socialsekreterare att de inte bara beaktade vad de sökande berättade, utan även vägde in de sökandes beredvilja att dela med sig av och reflektera kring sina barndomserfarenheter i sin bedömning. En oförmåga eller ovilja att göra det sades spegla en avsaknad av för föräldraskapet viktiga egenskaper. Det innebär att intervjutillfällena sågs som ett tillfälle då de sökande inte enbart för-

väntades delge utredaren information om sig själva och sina levnadsförhållanden, utan även demonstrera särskilda förmågor och egenskaper.

Medan sökande kan välja vilken information de vill avslöja om sig själva, så beskrevs det av personalen som svårare för sökande att inte avslöja sig när deras beteende observerades.

Embryolog: Det är väl lite så att man kan väl skärpa till sig en gång och hålla liksom, som du sa, men det är så mycket – det är väl så mycket längtan och hopp och förtvivlan och allting, så att det går liksom inte att hålla, hålla samma fasad då, om det är nödvändigt. (FGD B:2 s. 12)

Även i det här utdraget nämns möjligheten att sökande kan förstå sig, men bara till en viss gräns. Den påfrestning som utrednings- och behandlingsprocessen innebar beskrevs i en annan fokusgrupp i sig som ett test på de sökandes kapacitet, och sökande som klarade att förbli tillmötesgående genom hela processen ansågs därför bara genom detta bevisa sin förmåga. (FGD D:8 s. 6)

Att neka behandling och att tveka

Ovan visade jag att psykosociala faktorer relativt sällan angavs som skäl till att neka sökande behandling med egna könsceller. Däremot angavs de som skäl i hälften av fallen då läkaren tvekade och beviljade behandling först efter en fördjupad utredning. Även i fokusgruppsdiskussionerna förekom beskrivningar av tvekan inför behandlingsbeslut.

Läkare 1: Och det är säkert många som borde, som vi inte ... Där man kanske får känsla för att [Läkare 2: Ja, man går på intuition] kanske nånting som man inte riktigt kan sätta fingret på men där man – där man är lite tveksam kanske till och med. Vi ... man kanske inte riktigt har nånting speciellt som man kan hänvisa till. Det är vi säkert inte tillräckligt duktiga med. (FGD C:7 s. 4)

Även om läkaren inte avslutar den första meningen, framgår av sammanhanget att hen refererar till sökande som borde nekas behandling, men som kliniken inte nekar, därför att de psykosociala skälen som ger upphov till tvekan är alltför diffusa. Den klinikpersonal som inte var delaktig i behandlingsbesluten uttryckte ibland förvåning över att en viss sökande hade beviljats behandling. I spekulationer kring varför de blivit godkända nämndes bland annat att läkarna kunde vara rädda för att bli anklagade för diskriminering om de nekade någon behandling (FGD C:5). Att det finns visst fog för denna tolkning styrks av att en läkare i en annan fokusgrupp vid samma klinik berättade att en sökande som hade nekats behandling överklagade beslutet

”till justitienämnden”⁴, som beslutade att behandling skulle beviljas, vilket av läkaren beskrevs som att kliniken ”fick på öronen” (FGD C:4 s. 4).

Utdraget ovan fortsätter med att en annan läkare i fokusgruppen också sätter ord på svårigheterna att definiera exakt vad det är som ger upphov till hens tvekan.

Läkare 2: Ja, så mycket som vi kan göra sån bedömning. Man har känsla, precis, där är nånting psykosocialt problem [Läkare 1: Det är inte alla gånger så konkret, kanske, vad det är för nånting], men vi kan inte definiera det, vi kan inte det men nånting fel måste finnas och då skickar vi kont... eller vi kontaktar dig (ser på psykologen) först. (FGD C:7 s. 4)

Både läkare 1 och läkare 2 berättar om en känsla man får att det finns ett problem eller som gör att man blir lite tveksam, utan att man riktigt kan sätta fingret på eller definiera det. Liknande beskrivningar med snarlika ordval finns även i andra fokusgrupper, där deltagare pratar om att något ”inte känns rätt” (FGD C:4 s. 8), att man har ”en professionell känsla ... och kanske egen, personlig känsla” (FGD C:4 s. 6), att något ”känns konstigt” (FGD C:7 s. 3) eller att man får ”känslan av att nej men herregud, hoppas att inte det här går bra” (FGD D:9 s. 3). Medan sådana känslor kan ge upphov till tvekan beskrivs de av personalen som otillräckliga för ett beslut att neka behandling. När medicinska riskfaktorer samexisterar med en känsla att det även föreligger psykosociala riskfaktorer är det sannolikt att de förstnämnda uppges som skäl att neka behandling, men det är inget som studien kan visa. Läkare har emellertid också möjligheten, som vi har sett i flera utdrag, att referera en sökande till klinikens psykolog eller kurator om hen upplever att en fördjupad utredning bör göras.

Fördjupad utredning

När klinikpersonalen möter en sökande, vars föräldrapotential de känner sig osäkra på, litar de enligt Braverman (2015) på att kuratorn eller psykologen ska erbjuda antingen ett hållbart skäl till att behandling ska nekas, eller en försäkran om att behandling kan beviljas. Båda de psykologer som deltog i fokusgruppsdiskussionerna försökte nyansera nekande behandlingsbeslut. Hellre än att neka någon behandling ville de att de sökande själva skulle reflektera kring sin situation, och genom att bli medvetna om de eventuella svårigheterna själva komma fram till slutsatsen att det vore bättre att avstå från behandling (FGD C:7, D:8). Att beslutet var förankrat hos de sökande själva beskrevs som viktigt, inte minst för att de inte bara skulle vända sig till en privat eller utländsk klinik i stället (FGD D:8, se även FGD B:3). I de fall då de sökande neka-

4 Den instans som vanligtvis hanterar överklaganden av beslut som avser behandling är Socialstyrelsens rättsliga råd.

des behandling, betonade båda psykologerna att det alltid fanns möjlighet för dem att söka behandling vid ett senare tillfälle när de hade kommit till rätta med det som ansågs motivera nekandet. Ett sådant "mjukt nej" sades skilja sig från ett "hårt nej" som motiverades av mer permanenta svårigheter (FGD C:7 s. 15, se även D:8).

De sökandes förmåga och vilja att reflektera över sin situation beskrevs som en viktig del i utredningsprocessen.

Läkare: Fast man blir ju mindre orolig för dem som verkligen snackar än de som inte säger nånting egentligen. (FGD D:8 s. 11)

Sökande som "inte resonerar – alltså, som inte tar sina egna problem på allvar, som far med osanning, som banaliserar problem som kan uppstå" (FGD C:7 s. 8), som inte inser sin egen sårbarhet eller tänker att "bara, bara jag får ett barn så blir det bra igen" (FGD D:8 s. 6) sågs av de deltagande psykologerna som särskilt problematiska. Detta förstärker bilden av utredningen som en process, då inte bara information om förekomsten av eventuella riskfaktorer inhämtas, utan även de sökandes beteende och deras beredvilja att diskutera sin situation under utredningen vägs in i bedömningen.

Medan övrig personal uppgav att de inte grävde fram information om de sökande (FGD B:2), uppgav de psykologer som deltog i fokusgruppsdiskussionerna att de gjorde just det (FGD B:1). De inhämtade information från den psykiatriska vården, socialtjänsten och andra professionella som kunde ge upplysningar om den sökandes föräldraförmåga (FGD D:8) och sade sig inte släppa några riskfaktorer som de hade upptäckt tills de hade blivit utredda ordentligt (FGD C:7).

Psykolog: Ja, finns det psykisk ohälsa eller finns det tidigare missbruk, då är det det du ska gå in och granska extra. Så du tar ju in personerna och gnager liksom på det som är det sårigaste, på det som är det ömmaste. (FGD C:7 s. 8)

Psykologers och kurators medverkan tillför en beteendevetenskaplig kompetens i utredningen. Den tillför också mer tid för utredningen och därmed möjligheten att resonera med de sökande, men också att gräva fram information och att granska riskfaktorer extra. De sökande som inom ramen för utredningen träffar en psykolog eller kurator kan alltså sägas bli mer noggrant granskade vad gäller de psykosociala faktorerna än de som inte gör det, och blir konfronterade med större krav på att diskutera sina psykologiska och sociala förhållanden. Vilka sökande som blir föremål för denna noggrannare granskning beror, som nämnts ovan, på huruvida de har ansökt om behandling med donerade könsceller, eller om läkaren upplever att något behöver utredas ytterligare. Genom det sistnämnda kan, som också nämnts ovan, även par som söker behandling med sina egna könsceller bli föremål för en mer djupgående utredning.

Läkare: Så det kan bli en lämplighetsprövning även på våra, vad ska man säga, vanliga IVF-par, men inte så ofta, för det hinner vi inte. Så det är säkert många som slinker igenom för vi inte hinner göra ... (FGD C:4 s. 3)

Huruvida detta faktiskt sker beror emellertid också på om det finns tid och resurser för en sådan utredning.

Avslutande diskussion

Det primära argumentet för att göra en bedömning av de sökandes psykologiska och sociala förhållanden vid behandling med assisterad befruktning utgår från barnets bästa. Människor som ska genomgå en medicinsk behandling som syftar till att göra dem till föräldrar ska enligt lagstiftningen ha förutsättningar att ge barnet en god uppväxt. Även om det i den bioetiska forskningen har framförts invändningar mot ett sådant ställningstagande finns det bland personal vid offentliga svenska fertilitetskliniker ett starkt stöd för att de sökandes lämplighet som föräldrar ska beaktas i behandlingsbeslut (Lind 2020).

Att bedöma människors lämplighet som föräldrar är en grannlaga och svår uppgift. Att bedöma människors potential som föräldrar innan de är föräldrar är om möjligt ännu svårare. Det finns ingen omvårdnad att utvärdera, enbart förutsättningar att bedöma. Bedömningen av de sökande som inte genomgår en särskild prövning och därmed inte utreds av en yrkesperson med beteendevetenskaplig kompetens sägs utgå i huvudsak från information som de sökande själva har lämnat och från observationer av de sökande under deras besök på kliniken. Personalen menar att det finns en risk att sökande undanhåller relevant information eller att sökande förställer sig. Studien visar att klinikpersonal oroar sig för att de relativt ytliga utredningar som utförs inför behandling med assisterad befruktning innebär att sökande som saknar förutsättningar för att ge barnet en god uppväxt ändå erbjuds behandling.

I den internationella forskningen är det i stället det omvända, det vill säga att sökande nekas behandling på felaktiga grunder, som främst har diskuterats. Barnets bästa-kriterier är oundvikligen förknippade med dominerande föräldraskaps- och familjeideal, vilket synliggörs av de förändringar som har skett i lagstiftningen beträffande lesbiska par och ensamstående kvinnors tillgång till behandling med assisterad befruktning i flera länder. Därför, har forskare menat, finns det en risk att sökande som på ett eller annat sätt avviker från rådande ideal nekas behandling och därigenom diskrimineras (Blyth m.fl. 2008, Diekema 2004, Quigley 2010). I USA har forskare påtalat att detta och de höga kostnader som är förknippade med assisterad befruktning har medfört att ekonomiskt utsatta kvinnor, som ofta också tillhör minoritetsgrupper, diskrimineras i fertilitetsvården (Roberts 2009, Daar 2017). Samma

grupper av sökande riskerar att bli utan behandling också som en konsekvens av tillämpningen av vissa kriterier eller för att sökande själva drar sig ur behandlingsprocessen när de får kännedom om kriterierna (jfr Davis 2020, Van Keppel & Yovich 2020).

Klinikpersonalen i vår studie nämnde risken för att bli anklagad för att ha gjort sig skyldiga till diskriminering. För de beslutsfattande läkarna innebär det att de "regulatory conversations" som utgör kontexten för deras behandlingsbeslut på kliniken kan sägas utgöra ett stöd för fler nekande beslut, samtidigt som signalerna från det omgivande samhället uppfattas som ett tryck för att inte fler nekande beslut fattas.

Båda riskerna – att faktorer som skulle kunna utgöra en risk för det tilltänkta barnets säkerhet och utveckling missas och att sökande nekas behandling på tveksamma och möjligen diskriminerande grunder – gör det relevant att diskutera kvaliteten i de utredningar som ligger till grund för klinikernas behandlingsbeslut. Jämfört med medgivandeutredningar vid adoption är de utredningar som görs i samband med assisterad befruktning mycket mindre omfattande. Klinikpersonalen beskriver dock den utredning som utförs av en psykolog eller kurator som mer noggrann – fler ansträngningar görs för att söka information om de sökandes förhållanden och mer tid ägnas åt att få de sökande att diskutera sin lämplighet som föräldrar. Psykologerna, till skillnad från övrig personal, sägs gräva fram information om de sökande och ställer ingående frågor om deras förutsättningar som föräldrar. En del deltagare i fokusgruppsdiskussionerna menar att fler sökande borde nekas behandling på grund av bristande lämplighet som föräldrar och att dessa bättre kan identifieras om mer omfattande utredningar gjordes.

Det är dock inte självklart att det är så. Den kvantitativa delen av studien visar att de sökande i de flesta fall då läkaren hade tvekat att medge behandling med egna könsceller av psykosociala skäl beviljades behandling efter att ha genomgått en fördjupad utredning. I dessa fall tycks en fördjupad utredning ha lett till att tvivlen på de sökandes psykosociala lämplighet kunde undanröjas. Psykologerna som deltog i fokusgruppsdiskussionerna uppger också att de resonerar med de sökande och tar del av deras egna bedömningar av sina förutsättningar att bli bra föräldrar. En fördjupad utredning med fler möjligheter till samtal med de sökande om föräldraskap och deras situation skulle alltså också kunna påstås bidra till att förhindra att sökande nekas behandling på oskälig grund. Enligt denna tolkning är det inte bara de sökandes föräldrapotential som granskas mer ingående i en fördjupad utredning, utan även skälen till den initiala tvekan att bevilja behandling.

Oavsett om fördjupade utredningar förmodas leda till fler eller färre nekande behandlingsbeslut, innebär nuvarande reglering av behandling med assisterad befruktning att utredningsprocessen är oförutsägbar för den sökande. Till skillnad från den nationella lagstiftningen kräver de regionala riktlinjerna att psykosociala

faktorer beaktas vid all offentligt finansierad behandling oavsett om den sker med donerade eller egna könsceller. På samma sätt ger klinikpersonalen uttryck för att barnets bästa bör beaktas – och därför en psykosocial bedömning göras – vid behandling med donerade såväl som parets egna könsceller (Lind 2020). Den här studien visar att denna diskrepans mellan lagstiftningen, de regionala riktlinjerna och klinikpersonalens ställningstaganden får konsekvenser för hur sökande av behandling med egna könsceller utreds och bedöms. Studien visar nämligen att den distinktion som görs i lagstiftningen inte upprätthålls i praktiken. Den kvantitativa analysen visar att det förekommer att sökande nekats behandling med egna könsceller av psykosociala skäl och i fokusgruppsdiskussionerna bekräftar klinikpersonal att även dessa sökande emellanåt genomgår en psykosocial utredning. Hur beslut fattas om huruvida en fördjupad utredning ska göras eller inte när det gäller behandling med egna könsceller framstår emellertid som oklart. I fokusgruppsdiskussionerna beskrivs det som att det är intuition eller ”en känsla” att det är något ”som inte stämmer” som ligger till grund för besluten. Av klinikpersonalens redogörelser framgår också att de sökandes beteende i samband med besök på kliniken observeras och ligger till grund för bedömningar som delges den beslutsfattande läkaren. Sökande vet alltså inte när de tar kontakt med kliniken om de även kommer att bli utredda av en psykolog eller kurator och de vet inte heller i vilken utsträckning och på vilket sätt information om deras psykosociala förhållanden kommer att inhämtas och beaktas.

Sökande som nekats behandling med egna könsceller kan enligt nuvarande reglering inte begära att beslutet prövas av Socialstyrelsen, såsom sökande som nekats behandling med donerade könsceller kan. Detta i kombination med processens oförutsägbarhet och den psykosociala utredningens oklara status – den saknar stöd i lagstiftningen, men krävs för att kontrollera att kriterierna för offentligt finansierad behandling uppfylls av den sökande – innebär att processens rättssäkerhet brister. Detta talar för att alla sökande bör utredas på samma sätt.

Referenser

- Baylis, F. & McLeod, C. (2014). *Family-making: contemporary ethical challenges*. Oxford University Press.
- Black, J., (2002). Regulatory conversations. *Journal of Law & Society* 29 (1), 163–196. <https://doi.org/10.1111/1467-6478.00215>.
- Blyth, E., Burr, V., Farrand, A. (2008). Welfare of the child assessments in assisted conception: a social constructionist perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(1), 31–43. <https://doi.org/10.1080/02646830701691301>.
- Braverman, A. M. (2015). Mental health counseling in third-party reproduction in the United States: evaluation, psychoeducation, or ethical gatekeeping? *Fertility and Sterility*. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.06.023>.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Brown, R. C. H. (2019). Irresponsibly infertile: obesity, efficiency, and exclusion from treatment. *Health care Analysis*, 27, 61–76. <https://doi.org/10.1007/s10728-019-00366-w>.
- Daar, J. (2017). *The new eugenics: selective breeding in an era of reproductive technologies*. Yale University Press.
- Dahlqvist, A. (2021, 26 januari). Linda och Martin nekas IVF för att de har boendestöd. *Ottar*. Hämtad 10 augusti 2022 från: <https://www.ottar.se/artiklar/linda-och-martin-nekas-ivf-f-r-att-de-har-boendestod>
- Daniels, K. R., Blyth, E., Hall, D. & Hanson, K. M. (2000). The best interests of the child in assisted human reproduction: the interplay between the state, professionals and parents. *Politics and the Life Sciences*, 19(1), 33–44. <https://www.jstor.org/stable/4236561>.
- Davis, D-A. (2020). Reproducing while black: the crisis of black maternal health, obstetric racism and assisted reproductive technology. *Reproductive BioMedicine and Society Online*, 11, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2020.10.001>
- De Lacey, S. L., Peterson, K. & McMillan, J. (2015). Child interests in assisted reproductive technology: how is the welfare principle applied in practice? *Human Reproduction*. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu343>.
- Diekema, D. S. (2004). Parental refusals of medical treatment: the harm principle as threshold for state intervention. *Theoretical Medicine & Bioethics*, 25, 243–264.
- Ehrich, K., Williams, C., Scott, R., Sandall, J. & Farsides, B. (2006). Social welfare, genetic welfare? Boundary-work in the IVF/PGD clinic. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.005>.
- Elenis, E., Skoog Svanberg, A., Leandersson, P., Lind, J. & Sydsjö, G. (2020), Access to infertility evaluation and treatment in two public fertility clinics and the reasons for withholding it: a prospective survey cohort study of healthcare professionals, *BMJ Open*, 10(12), e041538. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041538>.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law (2007). ESHRE Task Force on Ethics and Law 13: the welfare of the child in medically assisted reproduction. *Human Reproduction*, 22(10), 2585–2588. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem237>.
- Gillett, W. R., Peek, J. C. & Herbison, G. P. (2012). Development of clinical priority access criteria for assisted reproduction and its evaluation on 1 386 infertile couples in New Zealand. *Human Reproduction*. <https://doi.org/10.1093/humrep/der372>.
- Gurman, A. D., Caplan, A. L. & Braverman, A. L. (2005). Screening practices and beliefs of assisted

- reproductive technology programs. *Fertility and Sterility*, 83(1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.06.048>.
- Heyd, D. (1992) *Genetics: moral issues in the creation of people*. University of California Press.
- Kanckos, L. (2012). *Barnets bästa i politikens främsta rum: Finlands riksdags debatt om assisterad befruktning*. (Diss.). Åbo Akademi.
- Jackson, E. (2002) Conception and the irrelevance of the welfare principle. *Medical Law Review*, 65(2), 176–203. <https://doi.org/10.1111/1468-2230.00374>.
- Jonsson Malm, C. (2011). *Att plantera ett barn: internationella adoptioner och assisterad befruktning i svensk reproduktionspolitik*. (Diss.). Lunds universitet.
- Lee, E., Macvarish, J. & Sheldon, S. (2014). Assessing child welfare under the Human Fertilisation and Embryology Act 2008: a case study in medicalization? *Sociology of Health and Illness*, 36(4), 500–515. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12078>.
- Lie, M. & Lykke, N. (2017). *Assisted reproduction across borders: feminist perspectives on normalizations, disruptions and transmissions*. Routledge.
- Liljestrand, P. (1995). Legitimate state and illegitimate parents: donor insemination politics in Sweden. *Social Politics: International Studies in Gender*, 2(3), 270–304. <https://doi.org/10.1093/sp/2.3.270>.
- Lind, J. (2019). The rights of intended children: the best interests of the child argument in assisted reproduction policy. *Childhood*, 26(3), 352–368. <https://doi.org/10.1177/0907568219853331>.
- Lind, J. (2020). Child welfare assessments and the regulation of access to publicly funded fertility treatment. *Reproductive Biomedicine & Society*, 10, 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2020.01.003>.
- Lind, J. (2021). Assessment of parental potential: socio-economic risk factors and children’s well-being. I: A-M. Castrén, V. Cesnuyte, I. Crespi, J-A. Gauthier, R. Gouveia, C. Martin, A. Moreno Minguez & K. Suwada (red.), *The Palgrave handbook of family sociology in Europe*. Palgrave Macmillan.
- Melhuus, M. (2012). *Problems of conception: issues of law, biotechnology, individuals and kinship*. Berghahn Books.
- Pennings, G. (1999). The welfare of the child: measuring the welfare of the child: in search of the appropriate evaluation principle. *Human Reproduction*. <https://doi.org/10.1093/humrep/14.5.1146>.
- Proposition 2017/18:155 *Modernare regler om assisterad befruktning och föräldraskap*.
- Quigley, M. (2010). A right to reproduce? *Bioethics*, 24(8), 403–411. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00722.x>.
- Roberts, D. (2009). Race, gender, and genetic technologies: a new reproductive dystopia? *Signs*, 34(4), 783–804.
- Robertson, J. (1994). *Children of choice: freedom and the new reproductive technologies*. Princeton University Press.
- SFS 2006:351. *Lag om genetisk integritet m.m.*
- SOU 2016:11 *Olika vägar till föräldraskap*.
- Shanley, M. L. (2001). *Making babies, making families: what matters most in an age of reproductive technologies, surrogacy, adoption and same-sex unwed parents’ rights*. Beacon Press.
- Sheldon, S., Lee, E. & Macvarish, J. (2015). “Supportive parenting”, responsibility and regulation: the welfare assessment under the reformed Human Fertilisation and Embryology Act (1990). *Modern Law Review*, 78(3), 461–492. <https://doi.org/10.1111/1468-2230.12124>.
- Singer, A. (2006). Mater semper certa est? *Juridisk Tidskrift*, 18(2), 424–431.
- SKR (2020). *Rekommendation om enhetlighet i regionernas erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning*. Hämtad 10 augusti 2022 från: <https://skr.se/download/18.32563d7d1784aa279ecac6bb/1618304676440/Rekommendation-assisterad%20befruktning-ver2-nov2020.pdf>

- <https://skr.se/download/18.32563d7d1784aa279ecac6bb/1618304676440/Rekommendation-assisterad%20befruktning-ver2-nov2020.pdf>
- SMER (2013). *Assisterad befruktning: etiska aspekter*. Smer-rapport 2013:1. Hämtad 10 augusti 2022 från: https://www.smer.se/wp-content/uploads/2013/02/Smer_rapport_2013_1_webb.pdf
- Socialstyrelsen (2016). *Assisterad befruktning med donerade könsceller: nationellt kunskapsstöd*.
- Solberg B. (2009). Getting beyond the welfare of the child in assisted reproduction. *Journal of Medical Ethics*, 35(6), 373–376.
- SOSFS 2009:32. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.* Hämtad 10 augusti 2022 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmannarad/konsoliderade-foreskrifter/200932-om-anvandning-av-vavnader-och-celler-i-halso--och-sjukvarden-och-vid-klinisk-forskning/>
- Steinbock, B. (1995). A philosopher looks at assisted reproduction. *Journal of Assisted Reproduction Genetics*, 12, 543–551.
- Stern, J.E., Cramer, C.P., Garrod, A., Green, R.M., 2002. Attitudes on access to services at assisted reproductive technology clinics: comparisons with clinic policy. *Fertility & Sterility* 77 (3), 537–541. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(01\)03208-3](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(01)03208-3).
- Thompson, K. & McDougall, R. (2014). Restricting access to ART on the basis of criminal record: an ethical analysis of a state-enforced “Presumption against treatment” with regard to assisted reproductive technologies. *Bioethical Inquiry*. <https://doi.org/10.1007/s11673-015-9622-z>.
- Thorpe, R., Croy, S., Petersen, K. & Pitts, M. (2012). In the best interests of the child? Regulating assisted reproductive technologies and the well-being of offspring in three Australian states. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 26(3), 259–277. <https://doi.org/10.1093/lawfam/ebs012>.
- Tinnerholm Ljungberg, H. (2015). *Omöjliga familjen: ideologi och fantasi i svensk reproduktionspolitik*. (Diss.). Stockholms universitet.
- Van Keppel, M. & Yovich, J. L. (2020). Best interests of the future child in ART: not well served by legislation. *GSC Biological and Pharmaceutical Sciences*, 11(03), 189–196. <https://doi.org/10.30574/gscbps.2020.11.3.0172>
- White, S. & Stancombe, J. (2003). *Clinical judgement in the health and welfare professions: extending the evidence base*. Open University Press.
- Whittaker, A. (2018). How do child-protection practitioners make decisions in real-life situations? Lessons from the psychology of decision making. *The British Journal of Social Work*, 48(7), 1967–1984. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx145>
- Widdows, H. & MacCallum, F. (2002). Disparities in parenting criteria: an exploration of the issues, focusing on adoption and embryo donation. *Journal of Medical Ethics*, 28, 139–142.
- Wirzén, M. & Lindgren, C. (2020). “It shouldn’t just be these kinds of sunshine stories”: social workers’ discussion of “past difficulties” as a key theme in adoption assessment interviews. *European Journal of Social Work*. <https://doi.org/10.1080/13691457.2019.1709160>.