

Göra barn på sjukhus — insemination och provrörsbefruktning

Kajsa Sundström-Feigenberg

Insemination och provrörsbefruktning är exempel på hur sjukvården, som idag övertagit den kontroll över fertilitet och barnafödande som kyrkan tidigare hade, söker lösa mänskliga problem med medicinsk teknik.

Medicinsk kvinnoforskning bör ställa frågan på vems villkor denna befruktningsteknologi utvecklas och vem som har och vem som borde ha makten över reproduktionen.

Kajsa Sundström-Feigenberg är biträdande överläkare vid Kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset och arbetar på gynekologmottagningen, Vårdcentralen Kronan, Sundbyberg.

Sjukvården utövar i dag i vårt samhälle en avsevärd kontroll över reproduktionen. Det är ingen sjukdom att vänta eller att föda barn, men i samma ögonblick som en graviditet är konstaterad tar sjukvården över ansvaret. Mödrahälsovården bjuder på en noggrann hälsoövervakning och att barn ska födas på sjukhus tar vi alla för givet.

Tidigare var det kyrkan och lagen som kontrollerade sexualitet och barnafödande. Sexualitet utanför äktenskapet fördömdes och den ogifta modern blev bestraffad och utstött ur gemenskapen. Reproduktionen var kringgärdad av regler, lagar och sedvänjor. En kvinna som fött barn skulle kyrktas ett visst antal veckor efter nedkomsten. Idag är det lika självklart att hon ska gå till mödravårdscentralen på efterkontroll sju, åtta veckor efter förlossningen.

Sjukvården ställer upp för den gravida kvinnan med hela sitt medicinska kunnande och en alltmer avancerad medicinsk teknik. Allt fler screeningmetoder införs och den tekniska övervakningen av förlossningen blir alltmer förfinad. Man vill så väl.

Men sjukvården är också van att bli åtlydd och att veta bäst. I takt med den tekniska utvecklingen har blivande föräldrar börjat kräva tillbaka bestämmanderätten och delaktigheten under graviditet och förlossning. Och visst har den psykologiska omvårdnaden blivit bättre, man välkomnar den blivande fadern, man anordnar psykoprofylax och föräldrautbildning. Sist och slutligen är det dock sjukvården som bestämmer hur vården ska utformas och vad som är bäst för mor och barn.

Barnlöshet är ingen sjukdom

Förr blev man med barn, man råkade i olycka eller välsignat tillstånd. Barn var något man fick eller något man drabbades av — en gåva eller ett straff. Att inte kunna få barn när man önskade var förvisso en stor sorg och ofta ett socialt misslyckande, men det fanns en beredskap för detta liksom för andra ödets slag.

I idag *skaffar* vi barn, det är något man planerar in, bestämmer eller fixar. Vi är vana vid att det går att välja när och om vi vill ha barn. När det gäller att undvika oönskade graviditeter har vi kommit långt och beter oss därför som om vi också kunde *få* barn på beställning. Beställningen går till sjukvården och läkarna ställer upp och spelar med. Barnlöshet betraktas som en sjukdom, botemedlet är ett barn. Snart börjar vi kräva barn som en rättighet. Läkarna känner sig skyldiga om det misslyckas och söker febrilt efter nya och bättre metoder att göra barn.

.....
Sjukvården är van att bli åtlydd och att veta vad som är bäst för mor och barn.
.....

::

Att få barn är ingen rättighet – det är ett livets villkor och livet är inte rättvist.

::

Men barnlöshet är ingen sjukdom – det är ett allmänmänskligt problem. Att bli med barn är en existentiell händelse med flera dimensioner än den rent biologiska förmågan till befruktning. En eventuell fysisk brist kan konstateras och eventuellt också behandlas. Det är sjukvårdens uppgift och längre sträcker sig inte dess ansvar. Att få barn är ingen rättighet, det är ett livets villkor och livet är inte rättvist.

Göra barn på sjukhus

Som exempel på de problem som kan uppstå när man söker lösa existensiella problem med medicinsk teknik vill jag ta insemination och in vitro-fertilisering (IVF), vanligen kallad provrørsbefruktnig. Under senare år har dessa metoder att hjälpa barnlösa väckt mycken diskussion och varit föremål för var sin statliga utredning.

Rent principiellt innebär dessa båda tekniker ett avgörande steg i den medicinska barnlöshetsbehandlingen. Övriga metoder går ut på att med olika medikamentella eller operativa medel söka återställa fruktsamheten tex reparera skadade ägglare eller framkalla ägglossning med hormoner. Därefter lämnar man åt det barnlösa paret att göra resten. Om ett barn blir till är det resultatet av en gemensam handling av två människor som älskar varandra. Tillsammans skapar de liv.

Med insemination och in vitrofertilisering har man tagit steget in på sjukhus även när det gäller att göra barn. Läkaren medverkar i och kontrollerar skapandet och föräldrarna blir passiva bifigurer, patienter.

Detta får konsekvenser för relationen mellan läkare och det barnlösa paret. Stora förhoppningar knyts alltid till en barnlöshetsutredning och varje gynekolog kan omvittna glädjen och tacksamheten den gång det lyckas. Men det är skillnad om behandlingens mål är att skapa förutsättningar för en befruktning eller att direkt åstadkomma en sådan.

Tacksamhetsskulden och bindningen till läkaren blir inte så överväldigande i det förra fallet.

Givarinsemination

Befruktnig genom insemination kan ske antingen med säd från maken eller från en annan man. Man brukar tala om make-insemination och givarinsemination, här ska enbart givarinsemination behandlas.

Sedan mitten av 1970-talet har inseminationer med sperma från en anonym givare utförts på ett 10-tal kvinnokliniker och mellan 200 och 400 barn årligen har kommit till på detta sätt. Metoden har utvecklats inom sjukvården som en behandling av barnlösa där makens sädesceller varit skadade eller helt saknats. Jämfört med andra, många gånger mödosamma utredningar och behandlingar för barnlöshet har insemination uppfattats som en enkel, elegant och ofta framgångsrik metod att ge makarna precis det de vill ha, ett barn.

Det har utvecklats en praxis med absolut sekretess och knapphändiga journalanteckningar, som endast en läkare haft tillgång till. Läkaren har angivit spelreglerna och det barnlösa paret har givetvis accepterat hemlighetsmakeriet vare sig de varit överens om principerna eller inte. Det viktigaste för dem har ju varit att få sin önskan uppfylld, att bli behandlade. Säkert kändes det också bra för många med den speciala omtanken och diskretionen.

Inseminationsutredningen

Inseminationsverksamheten så som den utformats inom kvinnosjukvården har varit inriktad på att "bota" det barnlösa paret – det är de vuxnas intresse som tillgodoses. Barnet som kommit till genom insemination har haft en oklar ställning och i praktiken visat sig sakna rättsskydd. I ett par uppmärksammade rättsfall har mannen, som ångrat inseminationen och velat avsäga sig sitt faderskap,

::

Det är skillnad om behandlingens mål är att skapa förutsättningar för en befruktning eller att direkt åstadkomma en sådan.

::

.....
*Barn som kommit till genom insemination har
hittills saknat rättsskydd.*
.....

fått rätt enligt den gällande föräldrabalken och barnet har stått utan far.

1981 tillsattes en utredning för att reglera inseminationsverksamheten och tillvarata barnets intressen. Utredningen har i sitt huvudbetänkande (1) föreslagit regler och villkor för att verksamheten ska få fortsätta. Insemination tillåts endast på gifta eller samboende kvinnor. Man förordar bättre utredning och journalföring, samt registrering av att barnet tillkommit genom insemination. Mannen ska ge ett skriftligt medgivande till inseminationen och blir då rättslig far till barnet. Föräldrarna uppmanas att berätta för barnet hur det kommit till och barnet ska ha rätt att vid mogen ålder få veta vem givaren är. Därmed upphävs dennes krav på absolut anonymitet.

Oenigheten var stor bland remissinstanserna och diskussionen kom huvudsakligen att gälla givarens anonymitet. Största motståndet kom från de läkare som sysslat med insemination och som ville fortsätta enligt samma principer som tidigare. Sedan riksdagen med relativt stor majoritet tagit lagförslaget med vissa ändringar spådde dessa läkare att verksamheten skulle avstanna i brist på givare. Deras profetior har delvis besannats, vilket kanske beror på att de själva inte önskat följa de nya reglerna.

Några läkare har offentligt meddelat att de råder sina patienter att söka hjälp vid kliniker i utlandet. Detta har av chefen för Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdavdelning kritiserats som oetiskt och som ett försök att kringgå lagen (2). I en replik i läkartidningen uppger två läkare vid Karolinska sjukhuset att de ämnar fortsätta att skicka patienter utomlands och de anser att lagen (som riksdagen antagit) saknar förankring i folkmedvetandet (3).

Hittillsvarande principer och rutiner

Givarinsemination är tekniskt enkel. Man använder fryst eller färsk sperma, i Sverige vanligen färsk, som ger bättre resultat dvs högre graviditetsfrekvens.

Den största svårigheten är att skaffa givare. Vid olika kliniker har man tillämpat olika metoder. Man har gått ut på arbetsplatser eller militärförläggningar och sökt frivilliga donatorer. Medicine studerande brukar erbjudas att lämna sperma men intresset har varit ganska svalt. Detsamma gäller i de fall då man kräver medgivande från donatorns kvinnliga partner.

Kravet på givaren är att han ska vara fysiskt frisk, men det görs inte någon ingående hälsoundersökning. Man eftersträvar en viss likhet med de tilltänkta föräldrarna beträffande hår- och ögonfärg men tar inte reda på andra egenskaper. Den ekonomiska ersättningen till givaren är, som vid blodgivning, en symbolisk summa för besväret att inställa sig på sjukhuset.

Inseminationen ska ske vid ägglossningstid och denna bestäms noga genom hormontest och basaltemperaturmätning. Det har visat sig att den psykiska pressen i samband med insemination kan påverka ägglossningen så att den uteblir eller förskjuts. På de flesta kliniker brukar man därför framkalla ägglossning genom hormonbehandling.

Den aktuella dagen kallas donatorn till sjukhuset och lämnar sperma. Någon timme senare kommer kvinnan och (om paret önskar) hennes partner till sjukhuset. Sperman, som förvarats i kroppstemperatur men inte preparerats på något sätt, sprutas upp i slidan. Kvinnan får ligga och vila några timmar och därefter lämna kliniken.

Det finns olika praxis beträffande hur många inseminationsförsök som görs för att uppnå graviditet. Ofta sätts en gräns vid sex försök. En del läkare, tex i privatpraktik, accepterar emellertid att hålla på betydligt längre om paret så önskar. En annan fråga är hur många barn samma givare ska få ge upphov till. Många har tidigare satt en gräns vid tio men det har förekommit upp till 20 inseminationsbarn från samme givare. Inseminationsutredningen har föreslagit högst sex barn från varje donator.

Resultaten är, jämfört med annan barnlöshetsbehandling, goda. Mellan 50 och 70 procent av kvinnorna är gravida efter sex månader.

För vems skull?

Givarinsemination är inte enbart en medicinsk be-

handlingsmetod, det finns också en rad intrikata emotionella aspekter. Flera personer med delvis motstridiga intressen är engagerade. Man kan fråga sig för vems skull inseminationen görs och hur den upplevs. Låt oss granska de fem berörda parterna var för sig.

Kvinnan har ofta en stark önskan att föda ett eget barn. Hon kommer alltid att stå i tacksamhetsskuld till mannen som gått med på hennes önskan och accepterat en annan biologisk far. Hennes och mannens relation till barnen kommer att bli olika – ett ojämnt föräldraskap. Allt detta och det hemlighetsmakeri som ännu råder gör att kvinnan måste undertrycka något av sin glädje över det väntade barnet. Hon kan inte berätta för andra om sina känslor och varför hon kunnat bli gravid efter så många års väntan. Hon kan knappast undgå att i tysthet fantisera om och undra över den "okände" fadern, något som hon absolut inte kan dela med någon.

Mannen har en speciellt svår roll eftersom "felet" är hans. Han har svårt att visa sin eventuella tveksamhet utan går storsint med på att kvinnan får det barn som hon så gärna önskar. De som starkast kämpar för att behålla nuvarande sekretessregler säger att de gör det för att skydda den infertile mannens integritet och säkert går mannen gärna med på att hemlighålla hur barnet kommit till. Han slipper vidgå att han inte "duger".

Ändå är det kanske han som i längden kommer att lida mest av hemlighetsmakeriet. Alla beskäftiga kommentarer om vem barnet liknar eller inte liknar drabbar främst honom. Mannen känner också rimligen svartsjuka – själv kan han inte göra barn utan det har skett med hjälp av en annan man och en (vanligen manlig) läkare.

Läkaren känner naturligt nog stor tillfredsställelse över att kunna hjälpa förtvivlade makar och en viss upprymdhet över att rätta till naturens brister. Svårigheten att finna givare är emellertid ett bekymmer. Det häftiga motståndet mot inseminationsutredningens förslag och rädslan för insyn från samhällets sida tyder på att läkarna själva känner viss tveksamhet till vad de sysslar med. Är det något skumt med insemination eftersom verksamheten måste hållas så hemlig?

.....
Är det något skumt med insemination eftersom verksamheten måste hållas så hemlig.
.....

Givaren borde kunna känna glädje och stolthet över en god gärning, men kanske känns det också egendomligt att vara far till någon (eller några) som man inte vet något om. Man får väl anta att det hemliga faderskapet då och då sysselsätter hans fantasi. Biologiskt föräldraskap är viktigt i vår kultur, det visar inte minst inseminationerna. Rimligen borde det vara viktigt också för givaren att veta sig ha biologiska barn.

Egentligen är det svårt att förstå varför det är så angeläget för givaren att vara anonym. Lagstiftningen skyddar honom från alla ekonomiska och sociala förpliktelser. Han borde inte behöva hemlighålla en så behjärtansvärd insats. Eller tycker också han att det är något skumt med att donera sperma?

Det finns de som hävdar att den nya lagstiftningen, som enligt uppgift skrämt bort en del av de nuvarande givarna, ganska snart kommer att leda till att det blir accepterat att vara spermadonator och att vi får andra givare, med andra motiv, villiga att någon gång i framtiden konfronteras med det barn de varit med om att sätta till världen.

Barnet som föds efter insemination har hittills varit föga uppmärksammat. Målet för verksamheten har varit att behandla de vuxna. Barnet benämns ibland en "konceptionsprodukt" och betraktas som "ett lyckat resultat", ett botemedel för föräldrarnas barnlöshet. Någon forskning för att ta reda på hur de cirka 2000 inseminationsbarn, som finns i Sverige i dag, har det har aldrig planerats och är omöjlig att utföra – det ligger i sakens natur.

Även om föräldrarna aldrig sagt något till barnet om inseminationen anar barnet ofta att man döljer något. Som alla familjehemligheter kan även den här bli avslöjad och då sker det ofta vid en för barnet olycklig tidpunkt – vid ett gräl eller i samband med en separation. Att i en upprörd situation få veta att man inte alls är "pappas pojke" måste vara till skada. Det kan var och en föreställa sig även om vi inte har några forskarrapporter som utvärderat inseminationsbarnens livsvillkor.

.....
Barnet har betraktats som "ett lyckat resultat", ett botemedel för föräldrarnas barnlöshet.
.....

Barnets bästa

Inseminationsutredningen och den nuvarande lagen har utgått från barnets behov. Verksamheten accepteras om den bedrivs inom sjukvårdssystemet och om barnet tillförsäkras juridisk och mänsklig trygghet och goda uppväxtvillkor. En logisk följd av en sådan inställning är rekommendationen att barnet ska få veta hur det kommit till och även få möjlighet att senare i livet söka upp sin biologiske far. Varje människa har rätt att veta sitt ursprung.

Ett ofta framfört argument mot detta är att många barn i vårt samhälle svävar i okunnighet om sin verkliga far. Detta resonemang är emellertid inte relevant. Därför att barn har övergivits av sin far eller lurats av sin mor kan inte samhället medvetet medverka till att barn blir faderlösa eller att sanningen om deras tillkomst undanhålls.

Insemination måste i enlighet med lagstiftningen kunna bedrivas öppet i sjukvården och bli ett allmänt accepterat sätt att få barn. Barnet, liksom de andra berörda – föräldrarna, läkaren och givaren – måste kunna glädja sig åt och vara stolta över att ha varit med om detta "annorlunda" och legitima föräldraskap.

Befruktning utanför kroppen

Så kallad provrörsbefruktning är ett sätt att hjälpa barnlösa par där orsaken till barnlösheten är en skada på kvinnans äggladare. Metoden kan även teoretiskt sett komma till användning vid vissa förändringar av mannens sperma, tex minskad rörlighet och oförmåga att tränga igenom livmoderhalsen. Principen är att man hämtar ut en äggcell genom bukväggen, befruktar den med sperma från mannen och därefter inför det befruktade ägget i kvinnans livmoder.

Det första provrörsbarnet i världen föddes 1978 i England och sedan har utvecklingen gått mycket snabbt. Längst har man kommit i England, Australien och USA. I Sverige föddes det första barnet efter

in vitro-fertilisering år 1982 och sedan dess har närmare tio barn fötts.

Samma utredning som arbetat med inseminationsfrågan har även studerat in vitro-fertilisering och föreslagit den svenska benämningen "befruktning utanför kroppen". Verksamheten diskuteras i ett nyligen utkommet betänkande (4).

Hur går det till

Befruktning utanför kroppen sker i fem steg:

1. Hormontillförsel för att stimulera äggmognad, gärna så att flera ägg mognar samtidigt. De mogna äggen hämtas ut genom en tunn sprutspets som sticks in genom bukväggen. Äggblåsan punkteras antingen med hjälp av laparoskop eller med ledning av ultraljud. I det senare fallet krävs inte narkos och kvinnan kan lämna sjukhuset samma dag.

Ägget studeras i mikroskop och förvaras i lämpligt medium i en skål (inte provrör) i lagom värme.

2. Efter fem, sex timmar ska ägget befruktas genom insemination med mannens sperma. För att få fram en hög koncentration av livsdukliga spermier "tvättas" sädesvätskan enligt en speciell metod varefter den förs ned i skålen där ägget (ägg) finns.

3. Celldelningarna studeras i mikroskop och cellodlingen fortsätter i ett speciellt medium. De ägg som utvecklas normalt väljs ut för att återföras till kvinnan.

4. Det befruktade ägget ska efter fyra till fem celldelningar (cirka 50 timmar efter befruktningen) föras in i livmodern, den sk embryo-återföringen. Ingreppet sker utan narkos vid en gynekologisk undersökning och kvinnan får lämna sjukhuset efter något dygn.

För att öka chansen att något ägg ska fastna brukar man spruta in tre till fyra befruktade ägg samtidigt om man lyckats få fram så många.

5. En eventuell intrauterin graviditet utvecklas förhoppningsvis till ett friskt, fullgånget barn. Graviditeten studeras mycket noga, fosterutvecklingen

.....
Inseminationsutredningen anser att varje människa har rätt att veta sitt ursprung.
.....

.....
Tekniken vid in vitro-fertilisering är fascinerande – genom fingerfärdighet och rätta odlingsmedia kan man göra barn.
.....

följs med täta ultraljudskontroller och amniocentes är vanligt. Ofta gör man kejsarsnitt som en extra försiktighetsåtgärd. Forskare som arbetar med IVF säger öppet att metoden så här i början inte har råd med att det föds barn med kromosomrubbingar eller förlossningsskador.

Resultaten har hittills inte varit särskilt uppmuntrande. Visserligen talar man om 30 procent uppnådda graviditeter, men det rör sig om sk biokemiska graviditeter dvs att man vid något tillfälle fått en positiv graviditetstest (HCG i serum). Dessa graviditeter slutar ofta i tidiga missfall endast några veckor efter embryoåterföringen. Även missfall senare under graviditeten är vanliga. De allra bästa resultat som rapporterats är att 10 procent av kvinnorna fött fullgångna barn, dock ofta efter flera misslyckade försök.

Till vilket pris

Tekniken vid in vitro-fertilisering är fascinerande och det är begripligt att de forskare som sysslar med de olika leden i den långa kedjan fram till ett fullgånget barn blir mycket engagerade och entusiastiska – de kan ju med sin fingerfärdighet och sina odlingsmedia göra barn, skapa liv.

Metoden lovar mycket, men bäddar också för besvikelser både för de barnlösa makarna och för läkaren. Priset i resurser och tid kan bli högt. Endast ett fåtal av dem som valts ut och som väntar i den långa kön kommer att få barn. Ett barnlöst par kan få ägna många år av sitt liv åt fruktlösa försök, bundna vid läkaren och fixerade vid sin barnönskan. Vem avgör när man ska ge upp och vilken hjälp får makarna då att bearbeta sin besvikelse?

Till skillnad från insemination har befruktning utanför kroppen från början presenterats mycket öppet i massmedia. Det är tänkvärt att ett TV-team följde hela händelseförloppet då Sveriges första provrörsbarn föddes i Göteborg 1982. Samma läkare som anser att de till varje pris måste hemlighålla

en insemination för att skydda den infertile mannens integritet, tycker tydligen inte att det spelar någon roll att hela världen får veta att en kvinna haft skadade äggledare, troligen orsakade av en underlivsinfektion. Det tycks vara skillnad i sjukvårdens syn på kvinnlig och manlig infertilitet.

Vad kan vi vänta i framtiden

De etiska aspekterna vid IVF verkar i förstone enklare än vid insemination, man stannar så att säga inom familjen och barnet kommer att växa upp med två biologiska föräldrar. Det finns emellertid en rad frågor att ställa som rör utvecklingen i framtiden. Vad kan den här tekniken användas till och vad har den redan använts till:

- Man kan frysa embryon, för att använda dem vid ett senare, mer lämpligt tillfälle. Detta har redan skett och barn har fötts efter att embryot varit nedfruset och åter tinat.

Det är inte lätt att sätta gränser eller förhindra denna utveckling. I England har man en regel att ett nedfruset, befruktat ägg inte får sparas mer än 12 månader, medan man i Australien anser att den övre tidsgränsen bör vara 10 år (!).

- Om en kvinna inte själv kan eller kanske inte vill bära ett barn kan man plantera in det befruktade ägget hos en annan kvinna, en surrogatmamma. Detta praktiseras som vi vet i USA.
- Om det barnlösa paret har några defekter i sina könsceller kan man använda ägg donerade av en annan kvinna respektive sperma från en annan man.
- Hela det befruktade ägget kan doneras till ett annat barnlöst par. Vid en klinik i Australien där många står i kö händer det att ett par som fått barn erbjuder embryon som blivit över till nästa par i kön. Detta uppfattas inte av läkarna som stötande.
- Den kanske svåraste frågan är vad man ska göra med de ägg som inte kommer till användning. Alla befruktade ägg inplanteras ju inte. Vem bestämmer hur länge cellodlingen ska pågå, vem har rätt att förfoga över det befruktade ägget? Det är ju inte vilken vävnadsodling som helst utan en potentiellt liv med en unik genetisk utrustning.

Man skapar liv, förvarar det en tid och kastar sedan bort det.

Man skapar liv, förvarar det en tid och kastar sedan bort det.

Dessa överblivna ägg används idag för forskning dels för att studera befruktningsprocessen och förhållanden att framställa barn, dels för sk parallellforskning tex för att testa läkemedels inverkan på mänskliga foster.

Nästa steg är att framställa embryon enbart för forskning. Vid några kliniker i Sverige pågår sådan forskning på mänskliga embryon, godkänd av lokala etiska kommittéer.

Inseminationsutredningen har i sitt betänkande om IVF föreslagit att metoden accepteras som en behandlingsmetod för barnlösa, under förutsättning att det sker i fasta parförhållanden och att graviditeten bärs av den kvinna som lämnat ägget. Man avvisar utomstående ägg- och spermadonatorer liksom surrogatmodrar.

Frågan om forskning på embryon har utredningen ej tagit ställning till utan hänvisar till gen-etikkommitténs slutbetänkande (5) som föreslår att embryon som används för forskning inte får odlas längre tid än 14 dagar.

Två av utredningens medlemmar har reserverat sig på ett par punkter mot majoritetens förslag om IVF. De anser att man i logikens och jämlikhetens namn bör tillåta in vitro-fertilisering med givar-sperma om även mannen är infertil. Samma utredning har ju tidigare sagt ja till givarinsemination. Reservanterna – en läkare och en etiker, båda män – vill också tillåta äggdonationer.

Debatten om detta utredningsbetänkande kommer säkert att bli lika livlig som den om insemination. Förmodligen kommer många forskare och läkare att vilja gå längre än utredningen. I en bred översikt över framtida in vitro-fertilisering i Sverige (6) har två av de ledande forskarna på området bl a pekat på ett "betydande behov" av embryon framställda enbart för forskningsändamål. De anser också att i "särskilt vetenskapligt välmotiverade fall" bör man tillåta forskning på embryon som odlats

längre än den angivna övre gränsen på 14 dagar. Detta visar vad vi har att vänta – vetenskapsmännen kommer alltid att finna de välmotiverade fall då just deras forskning är nödvändig.

Makten över reproduktionen

Sjukvården och den medicinska forskningen har i dag övertagit den kontroll över reproduktionen, med andra ord över kvinnan, som tidigare utövades av rättsväsendet och kyrkan.

Insemination och provrörsbefruktnings belyser hur sjukvården söker lösa mänskliga problem med medicinsk teknik. Få ifrågasätter i dag på vems villkor denna befruktnings-teknologi utvecklas.

Det är därför nödvändigt att den intensiva biologiska forskningen om mänsklig fortplantning kompletteras med samhälls- och beteendevetenskaplig forskning för att belysa även de psykologiska, etiska och sociala aspekterna av fertilitet och infertilitet. Ett tvärvetenskapligt angreppssätt på reproduktionsforskningen är både angeläget och fruktbart.

Den medicinska kvinnoforskningen borde analysera barnafödande, födelsekontroll och barnlöshet från ett kvinnoperspektiv, klarlägga maktstrukturer och kvinnosynen inom hälso- och sjukvården och ge underlag för en öppen debatt om vem som har och vem som borde ha ansvaret för reproduktionen.

REFERENSER

1. Barn genom insemination. Huvudbetänkande av inseminationsutredningen. SOU 1983: 42
2. Falk V: Etiskt tvivelaktigt att hänvisa till insemination utomlands. Läkartidningen 82: 1023, 1985
3. Bygdeman M, Hagenfeldt K: Inseminationslagen ej förankrad i folkmedvetandet. Hänvisning av patienter utomlands fortsätter. Läkartidningen 82: 1328, 1985
4. Barn genom befruktning utanför kroppen m m. Betänkande av inseminationsutredningen. SOU 1985: 5
5. Genetisk integritet, Slutbetänkande från Gen-etikkommittén. SOU 1984: 88
6. Kjessler B, Janson P.O: Framtida in vitro-fertilisering i Sverige – klinisk applikation och forskningsutveckling. Läkartidningen 82: 2155–2159, 1985