

# Utredning av inseminationsverksam- heten i Norrbotten 1974- 1985

## Innehåll

<b>Utredning av inseminationsverksamheten i Norrbotten 1974-1985 .....</b>	<b>1</b>
<b>Utredning av inseminationsverksamheten i Norrbotten 1974-1985 .....</b>	<b>3</b>
Uppdrag .....	3
Metod.....	3
Förutsättningar.....	3
Bakgrund .....	4
Kartläggning av inseminationsverksamhet i Sverige .....	5
Slutsatser.....	7
Hälso- och sjukvårdslagstiftningens utveckling .....	8
Straffrättslig reglering innan 1985.....	8
Etiska aspekter .....	9
Inseminationsverksamheten i Norrbotten .....	10
Organisation och personal .....	10
Patienterna .....	11
Donatorer .....	11
Information .....	12
Utredning .....	13
Behandling.....	13
Dokumentation .....	13
Inseminationsverksamheten i Boden upphör .....	14
Föräldrarnas perspektiv .....	14
Barnens perspektiv .....	15
Slutsatser.....	16
Risk för återupprepning .....	16
Åtgärder .....	17
Referenser .....	19
Bilaga1. Analystabell.....	21

# Utredning av inseminationsverksamheten i Norrbotten 1974-1985

## Uppdrag

Under hösten år 2023 sände SVT:s Uppdrag granskning en programserie om missförhållanden i inseminationsverksamheter i Sverige under 1970, 80- och 90-talen. Ett av programmen handlade om en verksamhet i Norrbotten där det uppdagades att en läkare använt sina egna könsceller vid insemination under 1970-talet och början av -80 talet. Efter programmet beslutade Region Norrbotten att genomföra en utredning i syfte att kartlägga verksamheten utifrån dokumentation, journalföring, rutiner, riktlinjer samt vilka konsekvenser detta innebär för paren och inseminationsbarnen. Omfattningen av hur många som inseminerats av läkarens könsceller är okänd och ambitionen är att ta reda på detta.

## Metod

- Genomgång av dokumentation i fyra kvinnojournaler.
- Intervjuer med sex personal, nio barn, sex föräldrar (fyra kvinnor och två män).
- Fakta, forskning och utredningar om insemination.
- Genomgång av lagtexter.
- Genomgång av rättsfall.
- Genomgång av nyhetsartiklar och Tv-program.
- Analys av arbetsmaterial har genomförts med representanter från Region Norrbottens gynekologiska verksamhet, juridiska verksamhet och med en representant för inseminationsbarnen.
- Region Norrbottens etiska råd har bidragit med etisk reflektion.

## Förutsättningar

Händelserna som ligger till grund för denna utredning inträffade för 40–50 år sedan och innebär speciella förutsättningar. Verksamheten lades ned för 40 år sedan. I Regionens arkiv finns endast ett fåtal dokument sparade som kan kopplas till inseminationsverksamheten.

I vissa fall har det inte varit möjligt att intervjua personal och patienter då de har avlidit eller inte kan medverka på grund av ålder och sjukdom. Region Norrbotten har öppnat en telefonlinje och en Funktionsbrevlåda för att komma i kontakt med personer som berörts av verksamheten samt besvara eventuella frågor från allmänheten. Analysarbetet har varit beroende av frivillig medverkan, vilket innebär att alla

berörda parter inte deltagit i analysen. Det har även medfört en begränsning avseende tillgång och granskning av patientjournaler.

## Bakgrund

Insemination på människor har förekommit sedan 1800-talet. Det finns uppgifter på att det första barnet föddes efter insemination år 1834 (SOU 1983:42 s. 31). I början av inseminationens historia använde man sig endast av makeinsemination. Givarinsemination, insemination med donerade spermier, har förekommit i Sverige sedan 1920-talet (SOU 1983:42 s. 31).

Insemination i Sverige bedrevs i väldigt liten skala under de första årtiondena. En undersökning gjord av dåvarande medicinalstyrelsen visar att under åren 1945 till 1949 föddes i Sverige endast sju barn efter givarinsemination (SOU 1983:42 s. 13).

Innan *lagen om insemination (1984:1144)* trädde i kraft var inseminationsverksamheterna i princip oreglerade nationellt och internationellt.

Vid förslag om ny föräldrabalk i mitten av 40-talet framhölls att insemination förekom i så liten omfattning att man inte behövde ta hänsyn till detta fåtal fall i lagstiftningen (SOU 1946:49 s.64). Man ansåg att eventuella tvistefrågor borde kunna lösas genom rättspraxis.

På 50-talet genomfördes en utredning med syfte att lagreglerna insemination (SOU 1953:9). Där föreslogs att inseminationsverksamheten skulle regleras, till exempel gällande vem som skulle genomföra inseminationerna, hur det skulle gå till samt reglering av val av donatorer. Det föreslogs att det var läkare specialiserade inom gynekologi som skulle genomföra inseminationerna. Läkaren ansågs vidare vara mest lämpad att utse donatorer. Makarna föreslogs också själva kunna utse en egen donator under förutsättning att denne samtyckt till detta.

Om det var läkaren som gjort urvalet var det av yttersta vikt att donatorns identitet skulle hållas anonym och att donatorn inte skulle få reda på vem den inseminerade kvinnan var (SOU 1953:9 s. 82). Läkaren skulle enligt förslaget vara skyldig att utse en donator med goda fysiska och psykiska egenskaper och anskaffandet av donator skulle ske med ”omdöme, takt och diskretion” (SOU 1953:9 s. 83). Samma donator fick inte anlitas i alltför många fall med tanke på dolda sjukdomar och framtida oavsiktliga halvsyskonäktenskap. Läkaren skulle pröva lämpligheten hos givaren även om denne utsetts av makarna.

Förslaget lagreglerades aldrig. Men av det man kan utläsa av olika sammanställningar i SOU 1983:42 så fanns det en klinisk praxis inom landets inseminationsverksamheter som liknade de principer förslaget innebar (se SOU 1983:42 s. 49 och framåt).

Under 1960- och 1970-talet ökade inseminationsverksamheten successivt i Sverige. I Europa och USA hade givarinsemination en stor ut-

bredning. Trots den utbredning som verksamheten hade i stora delar av världen saknades lagstiftning i de flesta länder (SOU 1983:42 s. 34). Något rättsligt skydd för de barn som tillkom via insemination fanns i princip inte. Om makeinsemination genomfördes var maken automatiskt fader, men vid givarinsemination på en gift kvinna fanns inga lagbestämmelser som reglerade faderskapet. Verksamheterna som bedrev insemination hade inte några etiska, medicinska eller sociala normer.

En kommitté för rättsligt samarbete (European Committee on Legal Co-operation) inom Europarådet utarbetade ett förslag i december 1978 (SOU 1983:42 s. 39). Kommitténs slutsats var att det var genomförbart för Europarådet att rekommendera allmänna regler i syfte att få till stånd lagstiftning inom detta område i de olika medlemsstaterna (SOU 1983:42 s. 42). Arbetet lades ned inom Europarådets ministerkommitté och dess parlamentariska församling.

## Kartläggning av inseminationsverksamhet i Sverige

Kartläggning av inseminationsverksamhet har i Sverige skett vid två tillfällen. År 1980 genomförde Socialstyrelsen en undersökning och år 1982 gjorde inseminationskommittén en kartläggning.

Den undersökning som Socialstyrelsen genomförde år 1980 avsåg givarinsemination på svenska kvinnokliniker under åren 1975–1979. Av undersökningen framgick bl.a. följande (se SOU 1983:42 s. 47 och framåt). Givarinsemination förekom vid tio kvinnokliniker och två gynekologer bedrev givarinsemination i privat regi. Givarinsemination tillämpades när kvinnans make/sambo var absolut eller i det närmaste helt steril. Fyra kliniker behandlade både gifta som ogifta kvinnor under förutsättning att de levde i ett stabilt parförhållande. Ingen klinik gav givarinsemination till ensamstående kvinnor. Könscellerna togs från fysiskt och psykiskt friska män utan hereditär belastning. Vid en klinik krävdes att givare hade egna barn. Innan givarinseminationen genomförde den ansvariga läkaren ett ingående samtal med inseminationsparet angående behandlingens innebörd samt dess praktiska och juridiska konsekvenser. Samtliga kliniker använde färska könsceller och två kliniker använde dessutom frysta könsceller. Vid sex av tio kliniker fick makarna rådet att hålla frågan om barnets ursprung hemligt. Samtliga kliniker rapporterade positiva erfarenheter av inseminationsverksamheten och alla verksamma läkare var positiva

till denna behandlingsform. Genomgående tycks klinikchefen vid respektive kvinnoklinik vara ansvarig för inseminationsverksamheten.

Sommaren 1982 gick inseminationskommittén ut med två enkäter, en till landets samtliga kvinnokliniker och en till läkare med specialitet ”kvinnosjukdomar och förlossningar” med verksamhet utanför sjukhuset (SOU 1983:42 s. 49). Undersökningen visade att insemination som metod att avhjälpa barnlöshet hade en stor spridning i landet. Av landets kvinnokliniker sysslade hälften av klinikerna (28 st.) med insemination. En klinik hade bara givarinsemination, nio kliniker hade både givar- och makeinsemination och 18 kliniker hade enbart makeinsemination. Tre kliniker använde sig av frysta könsceller vid givarinsemination. Frysta könsceller förekom inte vid makeinsemination. Under åren 1980 och 1981 skedde givarinsemination av fem gynekologer. Det vanligaste var att behandlingarna vid givarinsemination avbröts efter sex till tio behandlingar och vid makeinsemination efter tre till sex behandlingar.

Den medicinska undersökningen som genomfördes av givaren bestod av undersökning av könscellerna, blodgruppsbestämning samt en kromosomanalys (SOU 1983:42 s. 50). Oftast tillfrågades givaren i samtal om sitt fysiska och psykiska tillstånd samt ev. ärftliga sjukdomar. Det var svårt att rekrytera givare, så personliga kontakter spelade en stor roll i sammanhanget. En vanlig kategori av givare var medicine studerande och vid en klinik användes befälselever vid ett regemente. Det vanligaste var att en givare fick ge upphov till fyra till sex barn (SOU 1983:42 s. 50). Blandning av könsceller var ovanligt i Sverige och förekom bara i den form att könsceller från givaren blandades med könsceller från kvinnans make/sambo. Strävan var att åstadkomma så stor likhet som möjligt mellan givaren och kvinnans make/sambo i frågan om ögonfärg, hårfärg och kroppsbyggnad, för övrigt tillmötesgick inga krav. Vid båda inseminationssätten var kravet att kvinnan var fruktsam, kroppsligt frisk samt hade en normal regelbunden ägglossning. Det förekom att kvinnan hade störningar i ägglossningsfunktionen så vid behov genomfördes behandling för att stimulera ägglossningen. Förutom fertilitetsutredning genomfördes inga mer medicinska eller psykosociala undersökningar. De medicinska kraven på maken/sambon var att han skulle vara helt ofruktam samt vid god fysisk och psykisk hälsa. Den utredning som genomfördes förutom samtal var fertilitetsundersökning. Givarinsemination föregicks av ett eller flera samtal mellan läkaren och inseminationsparen. Vid dessa samtal diskuterades medicinska, etiska, juridiska och sociala aspekter på insemination.

Journalföringen vid givarinsemination var mer eller mindre ofullständig både vid kvinnoklinikerna och hos privatpraktiserande gynekologer (SOU 1983:42 s. 51). Vid sidan av den vanliga journalanteckningen fördes några slags anteckningar om inseminationsbehandlingen. För givaren hade man upprättat ett kodsysteem så man kunde identifiera givaren. Endast läkaren och möjligen assistenten hade tillgång till journalanteckningarna eller kodsystemet.

När det gällde ersättning till givaren var en genomgående praxis att kvinnan betalade givaren för dennes utlägg i form av resa, förlorad arbetsförtjänst mm. Kvinnokliniken eller den privatpraktiserande gynekologen förmedlade transaktionen mellan kvinnan och givaren. Ersättningen var schabloniserad och uppgick vanligtvis till 200 kr (SOU 1983:42 s. 51).

## Slutsatser

Undersökningarna som genomfördes av Socialstyrelsen visade att inseminationsverksamheter fick en allt större omfattning och utbredning.

När det gällde makeinsemination med färskas könsceller fanns inga särskilda problem av juridisk, etisk eller psykosocial natur. Däremot medförde givarinsemination en rad problem utifrån medicinsk, juridisk, etisk och psykosocial natur. Dessa problem beaktades i liten utsträckning av de som bedrev verksamheten. Urvalet av givare var begränsad så några alltför stränga krav på givare kunde inte ställas. Vanligt förekommande tycks vara en ytlig medicinsk undersökning och samtal med läkaren. Hur man valde givare skedde i många fall slumpmässigt. När det gällde inseminationsparen tycktes den huvudsakliga vikten läggas vid de medicinska aspekterna. Alla verksamheter som genomförde givarinsemination strävade efter att inseminationsbarnet utseendemässigt skulle vara så lik sin ”sociala” far som möjligt. Meningen med det var att omgivningen inte skulle misstänka det rätta förhållandet utan betrakta den ”sociala” fadern som sin biologiske förälder. Det vanligaste synsättet bland läkarna som bedrev inseminationsverksamhet med givarinsemination var att barnet mår bäst av att inte få reda på att de tillkommit via givarinsemination. När det gäller sekretess tycktes den genomgående strävan vara att hålla uppgifter om givaren så hemligt som möjligt. Detta har lett till att journalföringen vid givarinsemination avsiktligt var mycket ofullständig. En viktig orsak till detta var att det saknades ett rättsligt skydd för donatorn mot anspråk från barnet i frågor som faderskap, underhåll och arv.

Sammanfattningsvis ger undersökningarna intryck av att verksamheten med givarinsemination huvudsakligen bedrevs med det barnlösa parens bästa för ögonen. Det blivande barnets framtid analyserades inte djupare. Det föreföll att man från läkarhåll såg givarinsemination som en befruktningsmetod, jämförbar med naturlig befruktning och att man inte beaktade de speciella psykologiska, juridiska och etiska problem som verksamheten kunde medföra.

## Hälso- och sjukvårdslagstiftningens utveckling

Under 1970-talets senare hälft och i början av 1980-talet bedrevs ett intensivt reformarbete på vårdområdet, som inte endast gällande den allmänna hälso- och sjukvården utan även socialtjänsten, tandvården, företagshälsovården, omsorgerna om utvecklingsstörda och hälso-skyddet (prop. 1984/85:189 s. 9). Ett urval av de lagar som tillkom under denna tid är följande.

- Lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen
- Sekretesslagen (1980:100)
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Lagen (1984:1140) om insemination
- Patientjournallagen (1985:562)

Det var först när *lagen om insemination (1984:1140)* infördes i mars 1985 som insemination reglerades i Sverige. Genom den så kallade inseminationslagen gavs barn som blivit till genom insemination rätt att få ta del av uppgifter om donatorn. Vidare ändrades reglerna i föräldrabalken på så sätt att den som samtyckt till insemination skulle bli barnets juridiska far. Av inseminationslagen framgick även att den som vanemässigt eller för att bereda sig vinning utförde inseminationer i strid mot lagen kunde dömas till böter eller fängelse i högst sex månader.

Inseminationslagen ersattes år 2006 av *lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.* som är den idag gällande lagstiftningen på området.

## Straffrättslig reglering innan 1985

Innan inseminationslagen började gälla i mars 1985 sades följande om befintlig reglering avseende straffrättsligt ansvar vid insemination.



”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 då 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.” (SOU 1983:42 s. 139)

### **Etiska aspekter**

När det kommer till de medicinska, etiska och psykosociala bitarna så diskuterade man barnets rätt att känna till sitt ursprung. I utredningen beskriver man detta:

”Eftersom inseminationsverksamheten inbegriper fyra parter, dvs. läkaren, givaren, föräldrarna och barnet, med skilda intressen, måste en prioritering företagas. 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.” (SOU 1983:42 s. 199–200)

Under början av 1970-talet fanns inga vedertagna medicinsk-etiska principer. Etiska frågor blev dock alltmer uppmärksammade och 1977 kom boken *Principles of Biomedical Ethics* och 1979 kom Belmont-rapporten, vilka båda fick stor spridning i världen och stor betydelse för hälso- och sjukvården.

De fyra biomedicinska etiska principerna som oftast används är:

- Autonomiprincipen, individens rätt till självbestämmande, informerat samtycke samt frihet att välja.

- Godhetsprincipen, hälso- och sjukvårdspersonal ska främja hälsa, förebygga sjukdomar och behandla sjukdomar när detta är möjligt. Lindra och trösta.
- Ickeskadapprincipen, inte agera så att andra skadas eller riskerar att bli skadade.
- Rättvis principen, var och en ska erhålla behandling efter medicinskt behov och oberoende av kön, etnicitet, förmågor och funktion.

## Inseminationsverksamheten i Norrbotten

Insemination i Norrbotten bedrevs på kvinnokliniken vid centrallasarett i Boden under åren 1975–1985. Inseminationsverksamheten var landstingsägd och organiserad inom kvinnoklinikens verksamhet. Det var en behandlingsenhet för barnlösa par vid manlig infertilitet och man genomförde både makeinsemination och givarinsemination. Upp-tagningsområde var hela Norrbotten men det kom även par från Västerbotten. Verksamheten i Boden hade samarbete med andra kvinnokliniker i Sverige, Skandinavium och Europa. Man hade gemensamma kongresser och varje år en riksstämman. I intervju med personal uppges att kliniken hade ett gott samarbete med sjukhusets ledning men uppgifterna har inte kunnat bekräftas. Ingen officiell statistik fördes över antalet inseminationer. Frågan om faderskap prövades rättsligt innan inseminationslagen trädde i kraft. I en tingsrättsdom från 1981 har klinikchefen i Boden i förhör angett att ungefär 2 000 inseminationer om året genomfördes i Sverige i början av 1980-talet. Av samma förhör framgår att 110–150 inseminationer genomfördes i Boden per år, vilket resulterade i 15–20 barn.

### Organisation och personal

Verksamheten bedrevs nio månader om året med två månaders uppehåll under sommaren och en månads uppehåll under julen. Verksamheten bedrevs utifrån skriftliga pm, rutiner och riktlinjer. Riktlinjerna bestod bland annat av medicinska principer, förfarande med könsceller m.m. Dessa dokument är idag makulerade. Det var ingen daglig verksamhet utan styrdes av efterfrågan. Vissa dagar kunde några par komma för insemination och ibland gick det längre tid, upp till flera månader, mellan inseminationstillfällena.

I intervju med personal framkommer uppgiften att patienterna betalade en avgift á 100 kronor i samband med varje insemination. Några av de patienter som intervjuats kan inte minnas att de betalat någonting. Kvinnoklinikens ekonomiska redovisning är bortgallrad vilket

innebär att uppgifterna inte kan bekräftas. Läkaren uppger att han inte tog emot betalning för egen del.

Verksamheten var starkt kopplad till en ansvarig läkare som själv bokade sina patienter. Läkaren var samtidigt chef för hela kvinnokliniken i Boden. När läkaren hade mottagning avsattes ett rum till honom där inseminationerna sköttes. Ibland kunde en sjuksköterska eller annan mottagningsläkare assistera vid inseminationerna. Vid intervju med patienter framgår att insemination även utförts av sjuksköterska.

Den ansvarige läkaren var den som träffade donatorerna. Övrig personal på kliniken såg aldrig donatorerna som kom till mottagningen. Verksamheten omgavs av en tystnadskultur och stark sekretess. Bland övrig personal förekom rykten om att läkaren använde sig själv som donator. Dessa rykten var ingenting man agerade på, dels då läkaren var erkänt skicklig samt mycket omtyckt, dels då det saknades konkreta bevis. Andra i personalen förnekar sådana rykten och misstankar.

### **Patienterna**

De som sökte sig eller blev remitterade till kliniken var barnlösa par som under lång tid försökt få barn utan att lyckas. Det fanns inget krav att paren skulle vara gifta, men innan paren blev aktuella för insemination gjordes en utredning där man försäkrade sig om att båda ville ha barn genom insemination, samt att relationen var stabil.

### **Donatorer**

Donatorerna var anonyma. Den enda som kände till donatorernas identitet var den ansvarige läkaren. Det fanns ingen organiserad rekrytering av donatorer utan läkaren skötte detta på egen hand. Rekryteringen skedde i olika sammanhang där han träffade på personer han ansåg som lämpliga. Som exempel har nämnts både offentliga och privata sammankomster. Till slut hade han, enligt egen uppgift, samlat en grupp donatorer. Hur stor den gruppen var är okänd. I ett tingsrättsförhör från 1981 har läkaren uppgett att donatorerna ställde upp av övertygelse och inte av ekonomiska skäl.

Inseminationerna skedde med färska könsceller då det inte fanns tillgång till frysanläggning. Vid brist på donatorer gjordes uppehåll i verksamheten. Läkaren beskriver i tingsrättsförhöret att donatorerna var utvalda med medicinsk och psykologisk omsorg. De skulle vara friska, etniskt svenska män i lämplig ålder. Helst familjefäder som inte hade några svåra sjukdomar. Vid val av donator eftersträvades även

viss likhet med mannen i äktenskapet, där man strävade efter liknande hår- och ögonfärg. Däremot togs ingen hänsyn till överensstämmelse av blodgrupp eller andra kroppsliga egenskaper. Ett fall finns beskrivet där ett samiskt par som genomgick insemination önskade en donator av typen ”medel-svensson”.

Risken för inavel beaktades och i Norrbotten bestämdes gränser för hur många graviditeter en donator kunde ge upphov till. I enkäten till Socialstyrelsen år 1982 uppgavs att en donator kunde ge upphov till max tio graviditeter. Insemination från en och samma donator kunde som längst pågå i två år per patient, därefter byttes donatorn ut. I intervju med personal framkommer uppgiften att en donator kunde användas sex till tolv gånger. Om detta innebar sex till tolv graviditeter eller inseminationstillfällen framgick inte. Antalet bestämdes utifrån att sannolikheten att barnen skulle träffa varandra och bli ett par då bedömdes vara liten, eftersom Norrbotten var ett stort, glesbefolkat län med stora avstånd.

### Information

Paren fick muntlig information om hur inseminationen gick till samt att donatorn var anonym. Ingen skriftlig information delades ut. Det var viktigt att båda makarna var överens om att göra insemination innan den genomfördes. I intervju uppges att paren fick information om vilka könsceller som användes. Uppgifter finns att det även kunde förekomma blandning av könsceller från make och donator. Paren informerades om detta och gav sitt samtycke. När blandning förekom, gjordes det i samma rum som behandlingen.

Under intervjuerna har det framkommit olika information angående närvaro av båda parter vid inseminationstillfället. I intervju med personal uppgavs att insemination endast skedde när både kvinnan och mannen var närvarande. Vid intervju med patienter har det dock kommit fram att insemination ibland genomfördes trots att mannen var frånvarande eller satt i väntrummet. Uppgifterna går således isär.

Alla patienter som intervjuats var väldigt nöjda med läkarens bemötande och upplevde att de fick bra information som gjorde att de kände sig trygga i situationen.

## Utredning

Innan paren blev aktuella för insemination genomgick de en medicinsk och psykosocial utredning, vilket skedde på alla kvinnokliniker i länet. Utifrån journalgranskning kan det konstateras att båda makarna genomgick en omfattande fertilitetsutredning som innefattade utredning av både mannen och kvinnan med bland annat HSG (undersökning av livmoderhåla och äggledarpassage), temperaturkurvor, spermprov, cellprov, postcoitala undersökningar (undersökning efter samlag). Innan insemination blev aktuell gjordes även hormonstimulerad ägglossning timat med riktat samliv.

## Behandling

Behandlingarna var strikt dagsbestämda utifrån kvinnans ägglossning. Kvinnan bokade tid för insemination utifrån sin menscykel. Paren kom från hela Norrbotten och ibland från Västerbotten, vilket gjorde att de kunde köra långa sträckor för behandling. Det förekom att donatorerna inte infann sig till besöken. I dessa fall ställdes inseminationerna in, eller så steg läkaren in som donator, vilket paren inte hade kännedom om. För att insemination skulle bli aktuell behövde kvinnan ha god fertilitet och mannen nedsatt kvalitet eller helt sakna könsceller. Vid nedsatt kvalitet utfördes vanligen insemination med makens egna könsceller. Om kvinnan inte blev gravid efter upprepade försök kunde insemination ske med donerade könsceller eller med en blandning av makens och donatorns könsceller. Om maken saknade könsceller genomfördes insemination från donator direkt.

Om inte graviditet uppstod genomfördes insemination två till tre gånger innan man avslutade behandlingen. I tingsrättsförhör har läkaren angett att kvinnan fick fortsätta med behandling tills den lyckades eller till dess att makarna själva ville avbryta. När graviditet uppstod gick de vidare till mödravården. Verksamheten lämnade till paren att själva besluta om man skulle berätta för barnen att de kommit till via insemination. Det råd som gavs var att de skulle tänka igenom beslutet noga, då det kunde medföra konsekvenser att berätta för barnen.

## Dokumentation

Enligt intervju skedde dokumentation av donatorerna på kort som förvarades i ett låst skåp som endast läkaren hade tillgång till. Läkaren använde ett kodningssystem på korten som möjliggjorde att samma donator kunde användas igen när helsyskon önskades. Uppgifterna är

inte samstämmiga då det samtidigt uppgavs att korten förstördes efter förlossningen eller då inseminationsbehandlingen avbröts.

Granskning av kvinnornas journaler visar att inseminationer har dokumenterats, samt att det framgår vilken typ av insemination som genomförts, insemination med könsceller från kvinnans make eller sambo (AIH) eller insemination med könsceller från donator (AID).

### **Inseminationsverksamheten i Boden upphör**

I och med den nya lagstiftningen 1985 upphörde inseminationsverksamheten i Boden. Innan lagförslaget gick igenom förekom en debatt där kvinnokliniker i Sverige ansåg att det skulle bli mycket svårare att rekrytera donatorer, när de inte längre fick vara anonyma. När möjligheten till anonymitet försvann för donatorer upphörde således även verksamheten i Boden. Inseminationer har senare utförts i Norrbotten under annan ledning, i enlighet med den nya lagstiftningen.

### **Föräldrarnas perspektiv**

Paren som genomgick insemination beskriver känslor av skam och skuld, dels över oförmågan att få barn, dels över valet att genomgå insemination. Detta medförde att föräldrarna antingen höll detta helt för sig själva, eller berättade för enstaka närstående om inseminationen. Gemensamt var även en stark barnlängtan och mångåriga försök till graviditet. Alla känner en stor tacksamhet för sina barn. Alternativet adoption kostade mycket pengar.

Anledning till att inte berätta för barnen om inseminationen var framför allt att de efter barnens födelse inte tänkt på inseminationen. Både männen och kvinnorna kände att barnen var deras barn och att det saknade betydelse hur barnen kom till. Senare när barnen blev äldre fanns hos vissa även en rädsla för hur barnen skulle reagera.

Skälen för att till slut berätta om inseminationen skiljer sig åt. Någon valde att berätta för barnen när barnen själva skulle bli föräldrar, vilket gjorde att tankarna på ursprunget växte starkare och de kände att barnen hade rätt till sitt ursprung. Andra kände sig tvungna att berätta efter att barnen genom DNA-test fått reda på sitt biologiska ursprung. Någon ville berätta själv innan barnen fick reda på det på annat sätt, till exempel genom DNA-test.

Patienternas tankar om att läkaren själv var donator skiljer sig åt. Någon beskriver det som ohederligt, någon annan känner att det inte spelar någon roll vem som var donator.

När barnen fått kännedom om sitt biologiska ursprung, antingen genom att föräldrarna själva berättat eller via barnens DNA-test, har det påverkat relationen mellan föräldrar och barn. För vissa har det medfört liten påverkan på relationen. I andra fall har det inneburit att kontakten med barn och barnbarn brutits helt vilket medfört stor sorg.

### **Barnens perspektiv**

Vid intervjuerna framkommer att barnen fått information om att de kommit till via insemination i vuxen ålder, exempelvis i samband att de själva ska bli föräldrar. I många familjer hölls inseminationen hemlig och barnen fick reda på att deras far inte var biologisk far i samband med DNA-test som de själva valt att göra i vuxen ålder. Även efter att föräldrarna informerat barnen har det i många fall varit ett känsligt samtalsämne som de sällan pratat vidare om.

Många av barnen beskriver starka reaktioner när de fått reda på att de är inseminationsbarn. Flera beskriver en identitetskris när ursprunget blivit ifrågasatt. Som exempel nämns det etniska ursprunget då barnet vuxit upp med känslan av att tillhöra en folkgrupp, men när det sedan visar sig att det biologiska släktskapet saknas har man tappat känslan av tillhörighet och därmed förlorat en del av sin identitet. Vissa beskriver det som att deras liv har blivit omkullkastade. Att sakna ett biologiskt släktskap på pappans sida har påverkat relationen till pappans släktingar och i något fall har kontakten med släktingar upphört.

Flera känner ett svek från sina föräldrar då de inte tidigare berättat om inseminationen. Känslan blir att föräldrarna inte berättat sanningen. För några har relationen med föräldrarna förändrats och för någon så illa att kontakten med föräldrarna brutits. Andra beskriver en förståelse för föräldrarnas situation och agerande samt att relationen till föräldrarna inte påverkats negativt.

Flera av barnen beskriver svårigheter att redogöra för sin hereditet inom vården. Någon har beskrivit en önskan om att redan som barn få kännedom om sitt biologiska ursprung i stället för i vuxen ålder.

Reaktioner specifikt kopplade till att behandlande läkare var donator är ett starkt obehag, dels vid tanken på själva tillvägagångssättet vid donationen, dels då föräldrarna trodde att donatorn var anonym och därmed okänd för dem trots att så inte var fallet. För några av barnen har förtroendet för sjukvården och auktoriteter påverkats negativt.



Vissa av barnen känner nu till att halvsyskon i samma ålder funnits i deras geografiska närhet under uppväxten. De har gått i samma skola eller arbetat på samma arbetsplats. Detta medför ett starkt obehag med tanke på risken för inavel. Idag finns en rädsla att ens barn inleder en relation med en halvkusin.

## Slutsatser

I utredningen har analys genomförts med representanter från Region Norrbottens gynekologiska verksamhet, juridiska verksamhet och vissa av inseminationsbarnen. Region Norrbottens etiska råd har bidragit med etisk reflektion.

Den allvarligaste felhändelsen är att läkaren vid upprepande tillfällen har donerat sina egna könsceller till sina patienter. Agerandet var inte olagligt men däremot olämpligt och oetiskt.

Vid tidpunkten saknades lagstiftning som reglerade förfarandet med insemination, men de flesta kvinnoklinikerna arbetade ändå mer eller mindre på samma sätt. Nationell praxis var att paret inte skulle känna till donatorns identitet och donatorn skulle inte känna till parets identitet. När läkaren donerade sina egna könsceller kände han till parets identitet, vilket var i strid med praxis.

Ytterligare en felhändelse var att inseminationsverksamheten varken förde eller sparade tillförlitlig statistik över antal genomförda inseminationer, antal graviditeter eller antal donatorer. Inte heller genomförda intervjuer har gett svar på frågan om hur många barn som kan vara berörda. I intervjuer med halvsyskon framkommer uppgifter om att det angivna maxtaket på 10–12 barn/donator har överskridits. Detta utifrån de träffar syskonen fått via släktforskningsdatabaser. I databaserna finns enbart uppgifter från personer som själva valt att testa sig, det finns alltså skäl att anta att den totala omfattningen är ännu större.

Utredningen kan inte besvara frågan om hur många barn som läkaren eller andra donatorer har gett upphov till. För inseminationsbarnen medför detta en oro över risken att de själva eller deras barn inleder en relation med ett halvsyskon eller halvkusin.

Det går inte att säkerställa att samtliga inseminationer finns dokumenterade. Osäkerhet gällande journalföring påverkar förtroendet för sjukvården negativt och bidrar till osäkerhet i utredningens resultat och slutsatser.

## Risk för återupprepning

Risken för att identifierade felhändelser ska återupprepas är idag liten. Många av bristerna som identifierats är idag åtgärdade genom lagstiftning, nationella riktlinjer och föreskrifter.

Lagen om insemination reglerar inseminationsverksamheterna samt ger barnen rättighet att veta vem som är donator.



Barnkonventionen, som sedan år 2020 även är svensk lag, stärker barns rättigheter och innebär bland annat att barn har rätt till sin identitet och sina släktförhållanden.

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja säkerheten i vården - att så få som möjligt ska drabbas av vårdskada. Lagen innehåller bland annat bestämmelser om systematiskt patientsäkerhetsarbete, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, hantering av klagomål samt tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

En kvarstående brist är att det inte finns något nationellt register för donation av könsceller. En donator får ge upphov till högst sex familjer i Sverige (4 kap. 16 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:32) om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.) men det finns ingen reell möjlighet för vården att kontrollera detta då man enbart ser vad som gjorts i den egna verksamheten.

Det är än idag inte heller olagligt för en behandlande läkare att donera sin egen sperma till patienten, däremot är det inte längre möjligt att hålla den informationen hemlig vilket borde innebära att risken att så sker är mycket låg. Ett sådant agerande skulle kunna bedömas som så pass olämpligt att läkaren riskerar att förlora sin läkarlegitimation.

### Åtgärder

I januari 2024 gav Regeringen ett uppdrag till Socialstyrelsen att undersöka förutsättningarna för ett nationellt register över könscellsdonatorer. Region Norrbotten kommer att skicka en skrivelse till Socialstyrelsen för att betona vikten av ett nationellt register utifrån resultaten i denna utredning.

Region Norrbotten kommer att gå vidare med anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till IVO. Bedömningen är att läkaren visat prov på olämplighet vid utövandet av sitt uppdrag på ett sätt som undergrävt den tillit allmänheten har rätt att hysa till en legitimerad yrkesutövare.

Region Norrbotten, dåvarande Norrbottens Läns Landsting, har brustit i sin interna kontroll av inseminationsverksamheten. Det förelåg strukturella brister sett till att verksamheten drevs av en person utan insyn av andra vid Kvinnokliniken. Konsekvenserna av detta är lidande och psykiska besvär för flera av patienterna och deras barn. Anmälan enligt lex Maria är dock inte aktuell då allvarlig vårdskada inte kan styrkas för de patienter som utredningen haft kännedom om.

Region Norrbotten analyserar inte DNA i syfte att utreda släktskap. Släktutredning för att fastställa biologiska släktskap görs av Rättsmedicinalverket. Övergångsbestämmelserna till inseminationslagen anger

att den lagen trädde i kraft den 1 mars 1985 samt att bestämmelsen i 4 § inte gäller i de fall då spermagivaren har lämnat sperma före ikraftträdandet. Det innebär att den som donerat sperma före 1 mars 1985 har i princip rätt att vara anonym, men i senare fall har istället barnet rätt att få veta givarens identitet. Detta innebär begränsningar för Region Norrbotten att hjälpa privatpersoner att eftersöka information om sitt ursprung, eftersom det saknas lagstöd för att ta reda på givarens identitet.

Skadestånd kan aktualiseras dels som patientskadeersättning enligt patientskadelagen (1996:799), dels som skadestånd enligt skadeståndslagen (1972:207). Med anledning av att läkaren enligt vad som framkommit i utredningen inte brutit mot någon lag, gjort något medicinskt fel eller agerat brottsligt bedömer Region Norrbotten att det inte är aktuellt att betala ut någon ersättning eller skadestånd.

Region Norrbotten har en etablerad struktur för etikarbetet. En värdegrund är framtagen och utgör en bas för hur god och jämlik vård ska uppnås. Värdegrundsarbetet vilar på Region Norrbottens etiska plattform, som i sin tur bygger på prioriteringsutredningens grundläggande principer. Ett etiskt råd är etablerat med det övergripande målet att etikarbetet är förankrat och integrerat i all verksamhet inom Region Norrbotten. Det finns lokala etikombud fördelade över många olika enheter och verksamheter.

I Region Norrbotten är det systematiska patientsäkerhetsarbetet högt prioriterat och inriktas på att tidigt identifiera risker och förebygga att patienter drabbas av vårdsador. Avvikelse rapportering och egenkontroll är viktiga delar i det arbetet. Det är angeläget att säkerställa hög kunskapsnivå bland regionens medarbetare och att det systematiska förbättringsarbetet utvecklas med god uppföljning som grund. Patientsäkerhetsarbete är en integrerad del i det dagliga arbetet på alla nivåer inom regionen.

## Referenser

### *Förarbeten och utredningar*

SOU 1946:49 Ärvdabalksakkunnigas förslag till föräldrabalk

SOU 1953:9 Förslag till lagstiftning om insemination

SOU 1983:42 Barn genom insemination

Prop. 1978/79:220 Om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

Prop. 1984/85:189 Om patientjournalag m.m.

### *Äldre lagstiftning*

*Läkarinstruktionen (1963:341)*

Lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen

Sekretesslagen (1980:100)

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Lagen (1984:1140) om insemination

Patientjournalagen (1985:562)

### *Nuvarande lagstiftning*

Skadeståndslagen (1972:207)

Patientskadlagen (1996:799)

Lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.

Patientdatalagen (2008:355)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen) samt lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:32) om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete

Agera för säker vård, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 – Socialstyrelsen

## Bilaga1. Analystabell

Nedanstående tabell är en summering av felhändelser, bakomliggande orsaker, genomförda åtgärder och åtgärdsförslag utifrån verksamhets-, barn- och juridiskt perspektiv.

Analysperspektiv	Felhändelse	Bakomliggande orsak	Genomförda åtgärder	Åtgärdsförslag
Verksamhet	Behandlande läkare har donerat könsceller till sina patienter	<p>Bristande läkaretik</p> <p>Juridiskt icke reglerad verksamhet. Lagstiftning saknades</p> <p>Avsaknad av frysanläggning gjorde verksamheten beroende av färska könsceller</p>	<p>Lagen om insemination (1984:1140)</p> <p>Lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m</p> <p>Medicinsk-etiska principer framtagna</p> <p>Läkarförbundets etiska regler</p>	<p>Kontinuerligt arbete med medicinsk etik</p> <p>Etikombud i verksamheter</p>

Analysperspektiv	Felhändelse	Bakomliggande orsak	Genomförda åtgärder	Åtgärdsförslag
Verksamhet	När läkaren själv donerade könsceller kände han till patientens identitet	<p>Avsaknad av lagstiftning inom området.</p> <p>Sluten verksamhet med bristande insyn, samtidigt var detta en förutsättning för att verksamheten skulle kunna bedrivas</p> <p>Tidsandan med stark hierarki</p> <p>Vuxenperspektivet vägde tyngre än barnperspektivet.</p>	<p>Lagen om insemination (1984:1140) och</p> <p>Lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.</p> <p>Patientsäkerhetslagen (2010:659)</p> <p>Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete</p> <p>Medicinsk-etiska principer framtagna</p> <p>Läkarförbundets etiska regler</p>	<p>Kontinuerligt arbete med medicinsk etik</p> <p>Etikombud i verksamheter</p> <p>Anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på basen av att läkaren visat prov på olämplighet vid utövandet av sitt uppdrag på ett sätt som riskerat undergräva den tillit allmänheten har rätt att hysa till en legitimerad yrkesutövare.</p>

Analysperspektiv	Felhändelse	Bakomliggande orsak	Genomförda åtgärder	Åtgärdsförslag
Verksamhet	Uppgifter om antalet barn per donator saknas	<p>Avsaknad av statistik</p> <p>Brister i vårdgivarens egenkontroll</p> <p>Avsaknad av lagstiftning</p> <p>Vuxenperspektivet vägde tyngre än barnperspektivet.</p>	<p>Lagen om insemination (1984:1140)</p> <p>Lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.</p> <p>Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:32) om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m</p> <p>Patientsäkerhetslagen (2010:659)</p> <p>Medicinsk-etiska principer framtagna</p> <p>Läkarförbundets etiska regler</p> <p>FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen)</p>	<p>Skrivelse till Socialstyrelsen om konsekvenserna av att nationellt register över donatorer av könsceller saknas.</p>

Analysperspektiv	Felhändelse	Bakomliggande orsak	Genomförda åtgärder	Åtgärdsförslag
Verksamhet	Endast läkaren hade full insyn i verksamheten	Avsaknad av lagstiftning  Bristande patientsäkerhetskultur  Hierarkisk struktur  Tidsandan	Patientsäkerhetslagen (2010:659)  Patientdatalagen (208:355)  Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete	Arbeta med patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur, avvikelserapportering
Barn	Endast läkaren hade full insyn i verksamheten	Avsaknad av lagstiftning  Brister i patientsäkerhetskulturen (tystnadskultur)  Hierarkisk struktur  Tidsandan	Patientsäkerhetslagen (2010:659)  Patientdatalagen (208:355)  Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete	Arbeta med patientsäkerhet, patientsäkerhetskultur och avvikelserapportering



Analysperspektiv	Felhändelse	Bakomliggande orsak	Genomförda åtgärder	Åtgärdsförslag
Barn	Uppgifter om antalet barn per donator saknas	<p>Avsaknad av statistik</p> <p>Brister i vårdgivarens egenkontroll</p> <p>Avsaknad av lagstiftning</p> <p>Vuxenperspektivet vägde tyngre än barnperspektivet.</p>	<p>Lag om insemination (1984:1140)</p> <p>Patientsäkerhetslagen (2010:659)</p> <p>Medicinsk-etiska principer framtagna</p> <p>Läkarförbundets etiska regler</p> <p>FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen)</p>	<p>Skrivelse till Socialstyrelsen om konsekvenserna av att nationellt register över donatorer av könsceller saknas.</p>

Analysperspektiv	Felhändelse	Bakomliggande orsak	Genomförda åtgärder	Åtgärdsförslag
Barn	Begränsad dokumentation av donatorerna	Nationell praxis - Anonymitet för donatorer var en förutsättning för att verksamheten skulle kunna bedrivas.  Avsaknad av lagstiftning	Lagen om insemination (1984:1140)  Lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.  Patientdatalagen (2008:355)  Patientsäkerhetslagen (2010:659)  HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården	Skrivelse till Socialstyrelsen om konsekvenserna av att nationellt register över donatorer av könsceller saknas.

Analysperspektiv	Felhändelse	Bakomliggande orsak	Genomförda åtgärder	Åtgärdsförslag
Barn	Behandlande läkare har donerat könsceller till sina patienter	Bristande läkareetik  Juridiskt icke reglerad verksamhet. Lagstiftning saknas.	Lagen om insemination (1984:1140)  Lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.  Medicinsk-etiska principer framtagna  Läkarförbundets etiska regler	Anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på basen av att läkaren visat prov på olämplighet vid utövandet av sitt uppdrag på ett sätt som riskerat undergräva den tillit allmänheten har rätt att hysa till en legitimerad yrkesutövare  Kontinuerligt arbete med medicinsk etik  Etikombud i verksamheter

Analysperspektiv	Felhändelse	Bakomliggande orsak	Genomförda åtgärder	Åtgärdsförslag
Barn	Verksamheten lämnade till föräldrarna att själv besluta om de skulle berätta för barnet om inseminationen. Verksamhetens inställning var att inte berätta.	Nationell praxis  Avsaknad av lagstiftning  Vuxenperspektiv vägde tyngre än barnperspektivet  Tidsandan	Lagen om insemination (1984:1140)  Lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.  Medicinsk-etiska principer framtagna  Läkarförbundets etiska regler  FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen)	Kontinuerligt arbete med medicinsk etik  Etikombud i verksamheter
Barn	Avsaknad av ekonomisk redovisning av eventuell ersättning till donatorer	Ekonomisk redovisning har ej sparats längre än 10 år i enlighet med lagstiftning från 1976		

Analysperspektiv	Felhändelse	Bakomliggande orsak	Genomförda åtgärder	Åtgärdsförslag
Barn	Hänsyn till inavel har inte beaktats i tillräcklig utsträckning	<p>Nationell praxis – Ingen tydlig begränsning av antalet barn per donator</p> <p>Avsaknad av lagstiftning</p> <p>Vuxenperspektivet vägde tyngre än barnperspektivet.</p> <p>Tidsandan</p>	<p>Lagen om insemination (1984:1140)</p> <p>Lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.</p> <p>Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:32) om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m</p> <p>FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen)</p>	<p>Skrivelse till Socialstyrelsen om konsekvenserna av att nationellt register över donatorer av könsceller saknas.</p>

Analysperspektiv	Felhändelse	Bakomliggande orsak	Genomförda åtgärder	Åtgärdsförslag
Juridik	Behandlande läkare har donerat könsceller till sina patienter	Bristande läkareetik  Juridiskt icke reglerad verksamhet. Lagstiftning saknas.	Lagen om insemination (1984:1140)  Lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m.  Medicinsk-etiska principer framtagna  Läkarförbundets etiska regler	Anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på basen av att läkaren visat prov på olämplighet vid utövandet av sitt uppdrag på ett sätt som riskerat undergräva den tillit allmänheten har rätt att hysa till en legitimerad yrkesutövare.  Kontinuerligt arbete med medicinsk etik