

Cross Border Reproductive Care (CBRC)

Gerasimos Tzortzatos, Karin Pettersson, Greta Edelstam och Kjell Wånggren

Detta är ett särtryck ur ARG-rapporten "Reproduktionsmedicin", 2019. För referenser och sammanfattning hänvisas till rapporten.

Introduktion

Cross border reproductive care innebär att personer väljer att resa till ett annat land än där man är bosatt för att genomgå fertilitetsbehandling. De vanligaste orsakerna till att söka hjälp utomlands är att lagstiftningen i det land man bor är mer restriktiv än i det land dit man reser, kostnaden är lägre eller att kvaliteten är högre eller tillgängligheten bättre. CBRC är vanligt förekommande ute i världen. Efter att det blivit tillåtet med behandling för såväl samkönade kvinnliga par som ensamstående kvinnor så kan behovet av behandling till stor del tillgodoses inom Sverige.

En del patienter vänder sig utomlands för att få en anonym donator. Då surrogatmödrskap inte är tillåtet i många länder så har framför allt samkönade manliga par behövt söka sig till länder som USA eller Indien för att få hjälp att få barn. Andra orsaker till CBRC är för att kunna genomgå PGS / PGT-A (preimplantatorisk genetisk screening / preimplantatorisk testning - aneuplodiscreening) eller s.k. "sex selection" som inte är tillåtet i Sverige. CBRC ger upphov till många sociala och etiska frågeställningar som kan kräva en koordinerad insats från många intressenter, både på nationell och internationell nivå. En enhetlig lagstiftning i hela Europa skulle kunna förenkla både för patienterna och professionen, men olika behandlingskulturer och etiska överväganden kan försvåra att uppnå konsensus.

CBRC kan i vissa fall medföra ökade risker för komplikationer. I många andra länder erbjuds två eller fler embryon vid återförande, vilket kan leda till svåra problem med multipelgraviditeter och risk för komplikationer inkluderande förtidsbörd. Kvinnor med hög ålder eller interkurrent sjukdom kan vid behandling genom CBRC riskera sin egen och det kommande barnets hälsa.

Neonatala/obstetriska komplikationer

Många kvinnor eller par som söker assisterad befruktning utomlands gör detta av åldersskäl. Ju äldre kvinnan är desto vanligare är förekomsten av kroniska sjukdomar. Prevalensen av graviditetsinducerad sjukdom såsom graviditetsdiabetes, graviditetshypertoni eller preeklampsi är klart ökad. Dessutom ökar risken för komplikationer hos mor och barn med stigande maternell ålder. Ökad maternell ålder ökar risken för intrauterin fosterdöd, perinatal död, förtidsbörd och låg födelsevikt.

De åldersrelaterade riskökningarna talar för att man bör vara mycket återhållsam med återförande av eget befruktat ägg efter 45 års ålder. Graviditet efter 50 års ålder avråds. Det förordas återförande av endast ett befruktat ägg åt gången och endast undantagsvis återförande av två. Återförande av donerat befruktat ägg rekommenderas inte efter 45 års ålder. Kvinnor äldre än 45 år samt yngre kvinnor med komplicerande sjukdom som söker assisterad befruktning utomlands, bör erbjudas prekonceptionell rådgivning av en obstetriker.

Möjlighet till ersättning från Försäkringskassan

Lagen om ersättning för patienter vid gränsöverskridande vård inom EU medför att patienter har möjlighet att söka vård utomlands och under vissa förutsättningar få ersättning för den från Försäkringskassan. Vården måste då utföras i enlighet med den lagstiftning som gäller på området i Sverige. Försäkringskassan kan inte ersätta vård utomlands som strider mot svensk lagstiftning som exempelvis anonyma donationer eller surrogatmödrskap.

Råd från SFOG:

För läkare som hjälper patienter som vill söka hjälp utomlands har SFOG utformat råd som kan göra att nackdelarna och riskerna med CBRC minimeras.

1. Medicinska aspekter

Mottagningsbesök kan alla patienter erbjudas för att erhålla information.

Utredning:

Utredning görs utifrån individuell medicinsk bedömning.

Behandling:

- a) Utgångspunkten bör vara en individuell bedömning med beaktande av det blivande barnets bästa och kvinnans medicinska förutsättningar att genomgå en graviditet.
- b) En rekommendation är att fertilitetsbehandling avrådes efter att kvinnan fyllt 45 år.
- c) Patienten/paret bör rekommenderas att ta del av statistik från behandlande klinik avseende utfallet av den planerade behandlingen och bör avrådas från fertilitetsbehandling som har mindre än tio procents sannolikhet att resultera i en graviditet.
- d) Man bör inte medverka till fertilitetsbehandling:
 - om kvinna eller barn utsätts för allvarliga medicinska risker
 - där fler än ett embryo (endast i undantagsfall två embryon) återförs
 - vid BMI >35 kg/m².
- e) Läkemedelsförskrivning och/eller undersökning i Sverige inför en behandling som initierats av klinik i utlandet medför att förskrivande läkare har ett medicinskt delansvar för behandlingen.

2. Juridiska aspekter

Det är tillåtet att informera om olika behandlingar som inte är tillåtna i Sverige. Det är i Sverige för närvarande *inte tillåtet* att:

- utföra behandlingar avseende surrogatmoderskap.
- utföra donation med oocyter och spermier från anonym donator .

Enligt svensk lag är det *inte tillåtet* för läkare i Sverige att medverka i behandlingar som inte är lagliga i Sverige. Rättsläget är ännu inte prövat.

3. Ekonomiska aspekter.

- Bedömning av fertilitetspotential och provtagning som hör samman med detta kan göras med offentlig finansiering.
- Patienten skall i Sverige själv finansiera kontroller och provtagning avseende behandlingar som påbörjats utomlands.
- Läkemedel och provtagning som ordineras av läkare utomlands och som inte är förenliga med svensk praxis ska patienten erhålla och betala för i det aktuella landet. Förmånsberättigade läkemedel som vid fertilitetsbehandling skrivs ut på recept av läkare i Sverige har patienten rätt att erhålla med förmån oavsett om detta är angivet på receptet.