



Årsrapport 2017

Gäller behandlingar startade 2015



RESULTAT – TRENDER – ÖPPNA JÄMFÖRELSE

Vi tar gärna emot synpunkter och förslag så den publika rapporten kan bli ännu bättre. Kontaktuppgifter finns på vår hemsida www.qivf.se

Innehåll

Årsrapport 2017.....	0
RESULTAT – TRENDER – ÖPPNA JÄMFÖRELSE.....	0
Innehåll.....	1
Inledning.....	2
Styrgrupp.....	3
Ordlista	4
Bakgrund (barnlöshet och orsaker)	5
Hur vi samlar in data	5
Hur skall vi tolka data?.....	1
Resultat.....	4
Trender	6
Donation (IVF/insemination/ensamstående).....	8
Ensamstående	11
Äggfrysning.....	12
Forskning.....	14
Öppna jämförelser	15
Hur stor är chansen att få barn?.....	16
Patienttillfredsställelse	17
Avslutning Årsrapport QIVF	21

Inledning



Christina Bergh, registerhållare

Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF) startade 2007. Årets rapport är den 10:e från Q-IVF. Rapporten avser samtliga behandlingar som **startades under 2015** i Sverige, vid samtliga IVF kliniker (6 offentliga och 11 privata) som då bedrev verksamhet. Anslutningen och rapporteringen till registret är 100 %.

Syftet med registret är att följa behandlingsresultat och eventuella medicinska risker för såväl IVF-barnen som behandlade kvinnor och män samt ge deltagande enheter underlag för sitt utvecklings- och kvalitetsarbete. Registret utgör också en grund till vetenskapliga arbeten.

Regionstyrelsen i Västra Götaland är personuppgiftsansvarig och ansvarig myndighet för registret. Registerhållare är professor Christina Bergh, Göteborg och registerkoordinator barnmorska Kia Borg. Styrgruppen består av representanter för de olika IVF klinikerna i landet. Registret stöds ekonomiskt av SKL. Det finns numera också beteendevetenskaplig kompetens inom styrgruppen genom professor Gunilla Sydsjö från Linköping samt representation från Patientnätverk. Styrgruppsmötet hålls regelbundet och med alternerande ordföranden. Nuvarande ordförande för styrgruppsmötena är med dr Anna-Lena Wennberg.

Under senaste året har mycket arbete lagts ned på att byta IT-plattform, överföra samtliga data från UCR och etablera kontakt med ett nytt Registercentrum. Företaget MedSciNet utgör nu registrets IT-plattform och Q-IVF är anslutet till Kvalitetsregistercentrum Stockholms, QRC. Det pågår också ett utvecklingsarbete med avseende variabler som ingår i registret och presentation av resultat. Nya patientgrupper har tillkommit tex ensamstående kvinnor. Ett långsiktigt mål för Q-IVF är att inhämta och presentera resultat kontinuerligt istället för som nu årsvis.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Christina Bergh', written over a light blue grid background.

Christina Bergh, registerhållare

Styrgrupp

Arbetsgrupp

Christina Bergh, registerhållare, professor, Sahlgrenska universitetssjukhus, Göteborg
Kia Borg, registerkoordinator, barnmorska, Fertilitetscentrum Göteborg
Anna-Lena Wennberg, Styrgruppens ordförande, läkare, Nordic IVF center Göteborg
Camilla Björk, IT-arkitekt, statistiker, QRC registercentrum.
Kersti Lundin, biolog, docent, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Karin Källén, statistiker, professor, Lunds universitet

Styrgruppsrepresentanter för ingående kliniker

Styrgruppens ordförande: Anna-Lena Wennberg. Läkare, med dr, Nordic IVF center Göteborg
Johannes Gudmundsson, läkare, Akademiska Uppsala
Kjell Wånggren, läkare, docent, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
Elizabeth Nedstrand, läkare, med dr, Universitetssjukhuset Linköping
Margareta Kitlinski, läkare, med dr Universitetssjukhuset Malmö
Mikael Lood, läkare, Universitetssjukhuset Örebro
Jan Holte, läkare, med dr, Carl von Linnékliniken Uppsala
Anna Karin Lind, läkare med dr IVF Sverige (representerar Fertilitetscentrum Gbg och Sthlm samt IVF-klinikerna Umeå och Falun)
Cina Nyberg, läkare, IVF Sverige (representerar IVF-klinikerna Stockholm och CuraÖresund)
Pia Saldeen, läkare, docent, Nordic IVF Center Malmö
Arthur Aanesen, läkare, med dr, Sophiahemmet
Karin Rova, läkare, Stockholm IVF

Övriga

Ulla-Britt Wennerholm, obstetriker, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.
Adjungerad
Representant för Patientföreningen Barnlängtan-.Adjungerad
Gunilla Sydsjö, klinik beteendevetare, professor RMC Universitetssjukhuset Linköping.
Adjungerad

Ordlista

AID: Artificial insemination with donor sperm. Insemination med donerade spermier

Assisterad befruktning: Hantering av gameter (ägg och/eller spermier) utanför kroppen

Behandlingscykel: En behandlingsomgång som startats med antingen hormoninjektioner eller monitorering/stimulering inför en fryscykel

Biokemisk graviditet: Positiv graviditetstest (urin eller serum) innan en ultraljudsverifikation av en hinnsäck

Blastocyst: Embryo fem till sex dagar efter befruktning

DET: Double embryo transfer. Återförande av två embryon

Egna gameter: Parets egna ägg och spermier används vid en behandling

Embryo: Ett befruktat ägg som börjat dela sig

ET: Embryo transfer. Återförande av embryo/n till livmodern

FET: Frozen embryo transfer eller Frys-ET

Flerbörd: Graviditet/förlossning med mer än ett foster/barn (tvillingar/trillingar)

Fryscykel: Behandlingscykel med frysta tinade embryon (från tidigare färsk IVF)

Färsk IVF-cykel: Behandlingscykel som innebär hormonstimulering i syfte att göra äggtag och embryoåterförande

Förlossning: Födelse av levande eller dött barn efter 22 fullgångna graviditetsveckor

Gamet: Könscell, antingen ägg eller spermie

ICSI: Intracytoplasmatisk spermieinjektion. Befruktning med mikroinjektion där en spermie injiceras direkt in i ägget med en tunn nål. Används när spermerna är för få eller har för dålig rörlighet

IVF: In Vitro Fertilisering. Provrörsbefruktning. Befruktning utanför kvinnans kropp

Klinisk graviditet: En graviditet med en hinnsäck synlig på ultraljud

OPU: Ovum pick up. Aspiration av ägg (äggtag) från äggstockarna via slidan

SET: Single embryo transfer. Återförande av ett embryo

St.IVF: Standard IVF: spermier och ägg placeras tillsammans i en skål med näringslösning och spermerna befruktar äggen” på naturligt sätt”

Bakgrund (barnlöshet och orsaker)

Infertilitet

Infertilitet, eller ofrivillig barnlöshet, definieras av WHO som när graviditet uteblir trots regelbundna oskyddade samlag under ett års tid. Primär infertilitet innebär att en kvinna aldrig tidigare varit gravid eller en man aldrig tidigare orsakat en graviditet, medan sekundär infertilitet betyder att kvinnan tidigare varit gravid eller att mannen varit orsak till en graviditet, men sedan haft svårigheter att uppnå en graviditet igen.

Fertilitetsproblem drabbar mellan 10-15 procent av alla heterosexuella par. Det kan finnas många orsaker. Cirka en tredjedel beror på orsaker hos mannen (lågt antal spermier, dålig rörlighet hos spermerna etc), en tredjedel på tillstånd hos kvinnan och i en tredjedel av fallen finns orsaken att finna hos både kvinnan och mannen. I vissa fall hittar man ingen orsak till svårigheterna, så kallad oförklarad barnlöshet

Fertilitetsbehandling

Man räknar med att ungefär två tredjedelar av paren kan få barn efter utredning och behandling. I benämningen ”fertilitetsbehandling” ingår flera olika medicinska tekniker att hjälpa en kvinna att få barn, exempelvis provrörsbehandling – in vitro fertilisering (IVF) och intra-cytoplasmatisk spermieinjektion (ICSI) eller insemination. Vid IVF tas ägg ut från en kvinnas äggstockar och befruktas av spermier i laboratoriet. Om embryon utvecklas förs ett av dem in i kvinnans livmoder. Vid insemination förs preparerade spermier in i kvinnans livmoder vid ägglossningstid. I denna rapport använder vi termen ”IVF” för att täcka både IVF och ICSI om inte annat anges. Vi redogör också för resultat från insemination med donerade spermier (AID).

I de flesta fall är syftet med IVF-behandlingen att kvinnan som genomför behandlingen ska bli gravid i samma behandlingsomgång, men behandlingen kan också göras för att utvinna ägg till donation eller för att frysa ägg i fertilitetsbevarande syfte (se nedan).

Hur vi samlar in data

IVF är en kliniskt etablerad verksamhet. Första provrörsbarnet i Sverige föddes 1982. Antalet behandlingar har ökat från ca 3000 år 1992 till cirka 19 000 idag. Nästan fyra procent av alla barn som föds i Sverige har kommit till genom en IVF-behandling. Det är angeläget att följa upp resultaten av behandlingarna för att dessa ska kunna utföras så säkert och effektivt som möjligt. Nationella Kvalitetsregistret för Assisterad befruktning (Q-IVF) startade 2007 och sedan dess rapporteras samtliga behandlingscykler dit. Alla landets kliniker deltar, offentliga såväl som privata. Tack vare detta är Q-IVF ett av världens mest kompletta IVF-register. Idag finns mer än 160 000 behandlingar registrerade. Rapportering från IVF-klinikerna sker för närvarande en gång per år.

Hur data kan användas

Varje klinik kan, efter säker inloggning, hämta sitt eget resultat via registrets hemsida och jämföra det mot resultatet i nationen som helhet. För allmänheten presenteras en årsrapport med

behandlingsresultat i riket och trender samt så kallade ”öppna jämförelser” över förlossningsfrekvens och omhändertagande på enskilda kliniker.

I mötet med patienter kan klinikerna använda riksdata för att till exempel visa hur förlossningsutfallet varierar i olika åldersgrupper. Patienten kan också själv söka behandlingsresultat för olika typer av assisterad befruktning bland de sammanställningar registret publicerar. Informationen kan göra det lättare att förstå behandlingen och chansen att bli gravid.

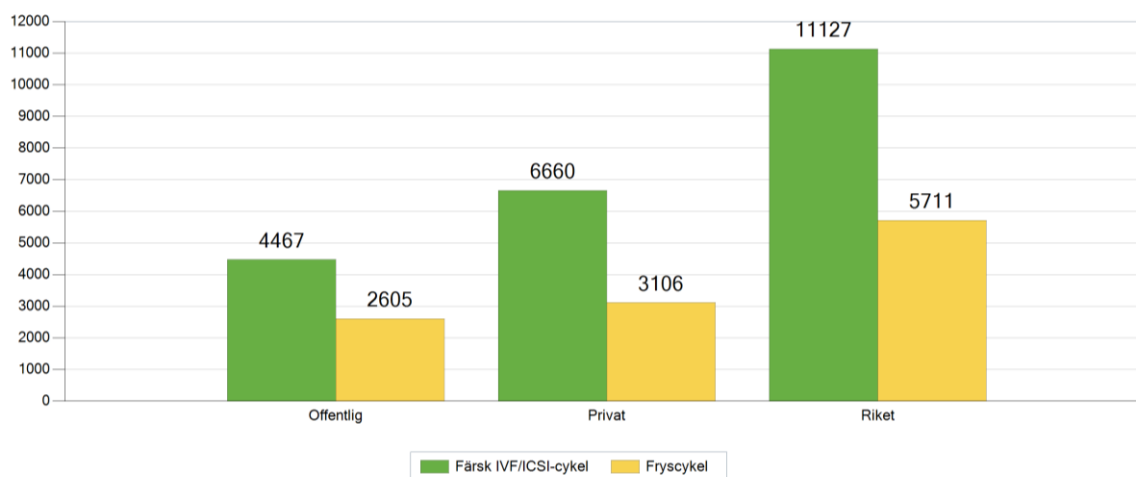
För att få bättre nytta av registret i den kliniska vardagen arbetar Q-IVF för regelbunden automatisk överföring av data från klinikerna, kallat Q-IVF-direkt. En sådan lösning skulle ge snabbare återkoppling av bland annat graviditetsfrekvensen efter behandling.

Behandlingscykel

En fertilitetsbehandling, såsom IVF, genomförs vanligtvis under en tidsperiod av två veckor eller mer och kallas därför en behandlingscykel. En IVF-behandling kan ske antingen som en färsk behandlingscykel eller med återförande av frysta/tinade embryon. Av alla behandlingar utgörs ungefär 2/3 av färska och 1/3 av frysta cykler. I cirka hälften av alla färska cykler utgörs befruktningsmetoden av St. IVF och i hälften av IVF med mikroinjektion (ICSI). Se ordlista.

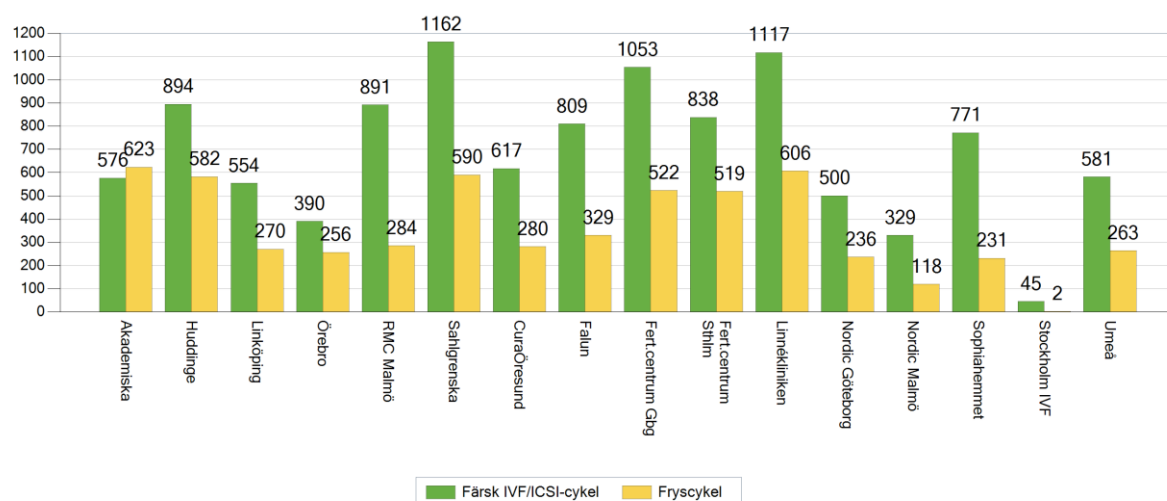
Så många behandlingar startades i Sverige under 2015

Figur 1 Antal startade behandlingar offentlig/privat/riket. Färsk IVF och fryscykel. Egna gameter



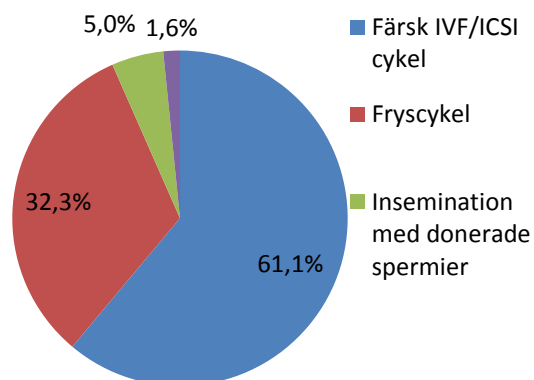
Av de behandlingar som genomförs på privata kliniker är en del offentligt finansierade. Vi kan idag, i registret inte skilja ut dessa från de privat finansierade.

Figur 2 Antal startade behandlingar per klinik. Färsk IVF och fryscykel. Egna gameter



De olika typer av behandlingar som startades

Figur 3 Andel av påbörjade behandlingstyper

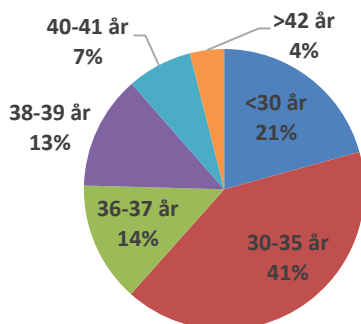


Tabell 1 Antal påbörjade behandlingar

Typ av behandling	Antal
Färsk IVF/ICSI-cykel	11671
Fryscykel	6162
Äggdonatorcykel	146
Egen äggfrys	305
Insemination	960

I figuren ovan illustreras andelen olika behandlingar som startades. I andelen färsk IVF/ICSI och fryscykel ingår här även IVF med donerade gameter (ägg/spermier). För detaljer, se tabell.

Figur 4 Ålder då kvinnorna som genomgick behandling



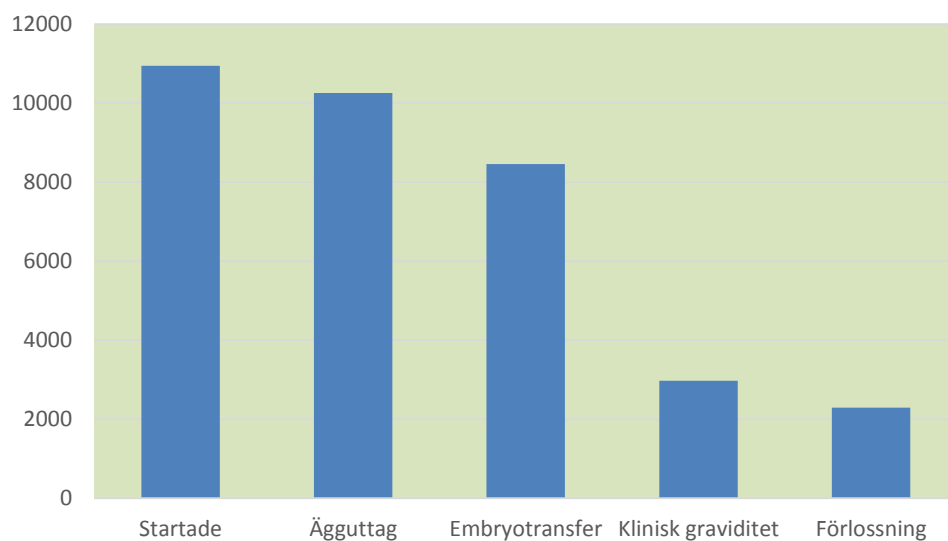
Åldersfördelning för alla kvinnor som genomfört någon form av behandling

Hur skall vi tolka data?

Ett vanligt mått på behandlingsresultatet är andel startade behandlingar som lett till förlossning med levande fött barn. En IVF-behandling innefattar flera steg. Det finns flera anledningar att en startad behandling inte leder fram till återförande av befruktat ägg. Cykeln kan brytas på grund av att för få eller inga äggblåsor mognar, utebliven embryoutveckling eller på grund av komplikationsrisk hos kvinnan exempelvis överstimulering. I vissa fall är cykeln aldrig planerad att leda fram till ett återförande, till exempel kvinnor som donerar ägg.

Vid risk för överstimulering väljer man ofta att frysa ner samtliga embryon, s.k totalfrys för att minska risken för komplikationer. Frysmetoderna idag är mycket bra. Kvinnan kan senare få insatt ett tinat embryo, med bibehållen graviditetschans, utan risk för överstimulering. Ett bättre mått på hur effektiv behandlingen är kan därför vara "förlossning per embryoåterförande" i stället för "förlossning per startad cykel". I denna rapport återger vi därför framför allt "förlossning per embryoåterförade". Vi ser också att effektiviteten på fryscyklerna ökar vilket sannolikt beror på att frysmetoderna blivit bättre.

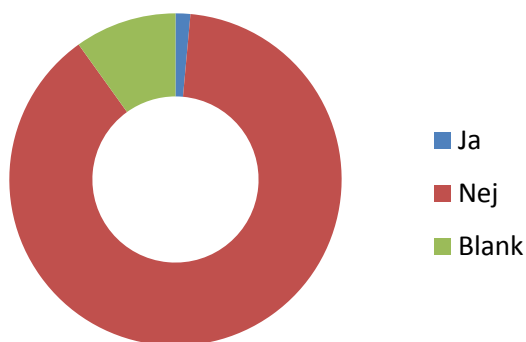
Figur 5 Antal behandlingar som nådde olika steg i behandlingsprocessen



Komplikationer vid IVF-behandling

Komplikationer vid IVF är få. Den vanligaste är s.k. överstimulering. Övriga komplikationer kan utgöras av blödning, infektion eller blodpropp. Dessa är dock synnerligen ovanliga. Rapporteringen till registret avseende komplikationer startade 2014 och är ännu inte fullständig.

Figur 6 Komplikationer vid IVF

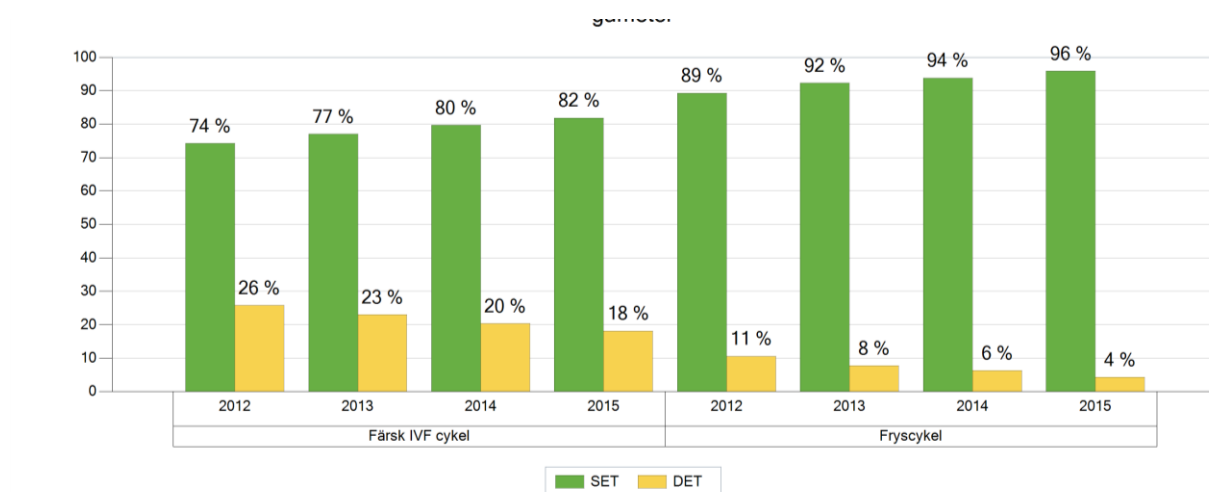


Som framgår av bilden är andel rapporterade komplikationer få. Det gröna fältet representerar data som ej rapporterats till registret under 2015.

Hur många embryon återförs?

I Sverige återförs i de flesta fall endast ett embryo (SET=single embryo transfer) och bara i vissa fall två embryon (DET=double embryo transfer) något som har lett till att tvillingfrekvensen dramatiskt minskat, för att nu ligga under fem procent. Trenddiagrammet, senare i rapporten belyser tydligt hur andelen flerbörd minskat i takt med att antalet SET ökat.

Figur 7 Andel embryotransfer med ett (SET) eller två (DET) embryon. Färsk IVF och fryscykel, egna gameter



I bilden ovan visas färsk IVF-cykel till vänster och fryscykel till höger.

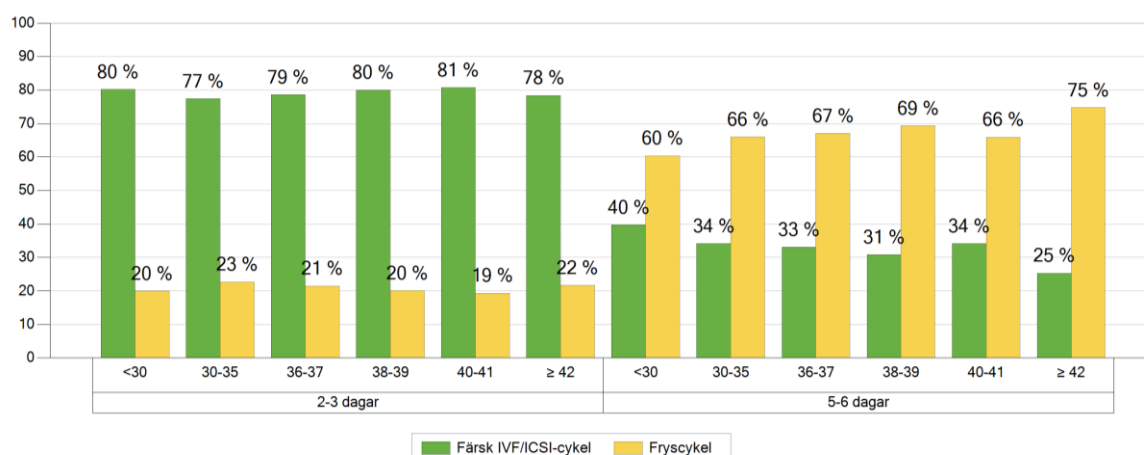
Tabell 2 Flerbördsfrekvens vid IVF-behandlingar

Typ av behandling	Tvillingar	Trillingar
Färsk IVF-cykel	4,5 %	0 %
Fryscykel	2,9 %	0,1 %

Hur länge odlades embryot innan återföring?

Efter befruktning odlas embryon ett antal dagar för att bedöma utvecklingen. Antal dagar bestäms av flera faktorer, framför allt av antalet befruktade ägg. Man kan återföra embryon efter 2 till 3 dagar alternativt efter 5 dagar.

Figur 8 Andel embryoåterföranden dag 2/3 respektive 5/6 per åldersgrupp. Färsk IVF och fryscyklar, egna gameter



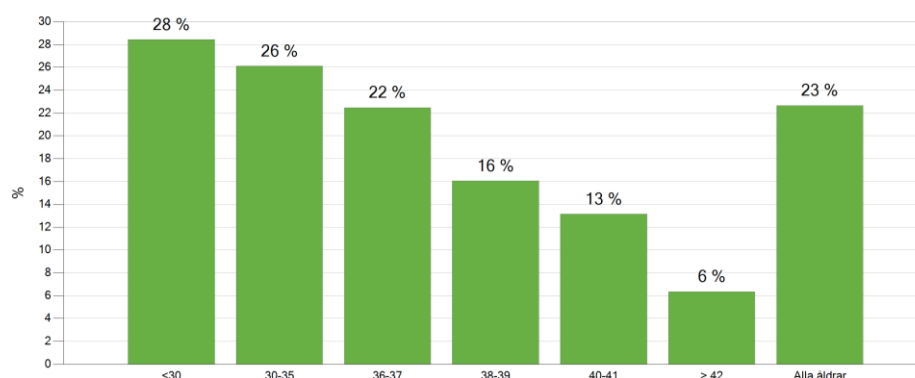
Den ökade förekomsten av blastocyst-ET i fryscyklar jämfört med färsk cykel beror framför allt på en ny frysmetod (vittrifiering) med förbättrade behandlingsresultat.

Resultat

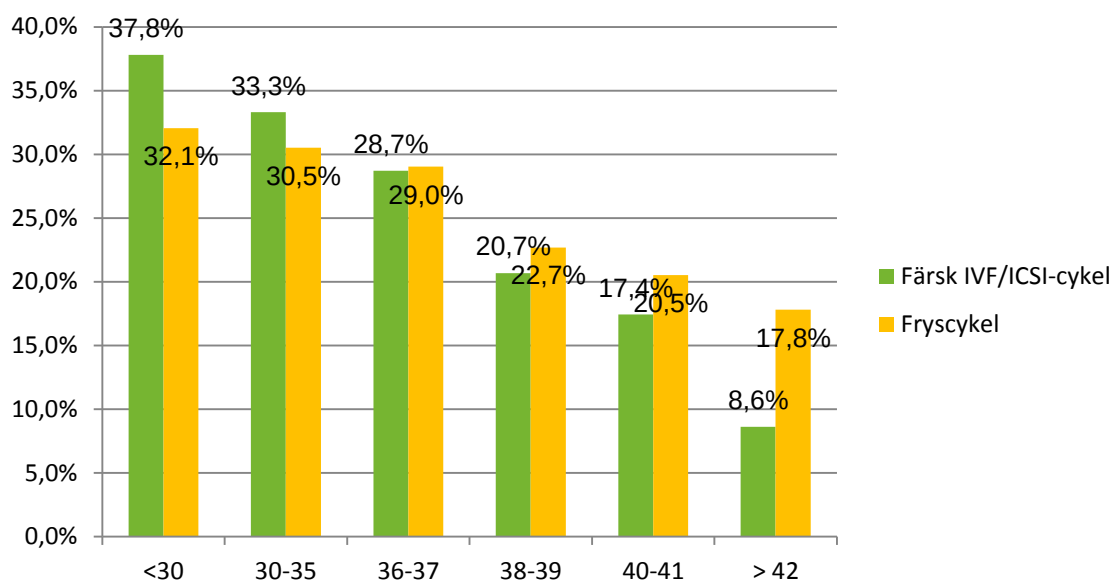
Resultaten efter färsk IVF-behandlingar ligger stabilt genom åren medan resultaten efter fryscyklar visar en uppgång senaste åren. Detta beror till stor del på förbättrade frysmetoder. Ungefär en fjärdedel av alla kvinnor som startar en IVF-cykel får barn. Kvinnans ålder är den viktigaste faktorn för chansen att få barn. Vid högre ålder försämras snabbt både äggantal och äggkvalitet.

Färsk IVF-cykel och fryscykel

Figur 9 Förlossning per startad cykel i åldersgrupper. Färsk IVF, egna gameter

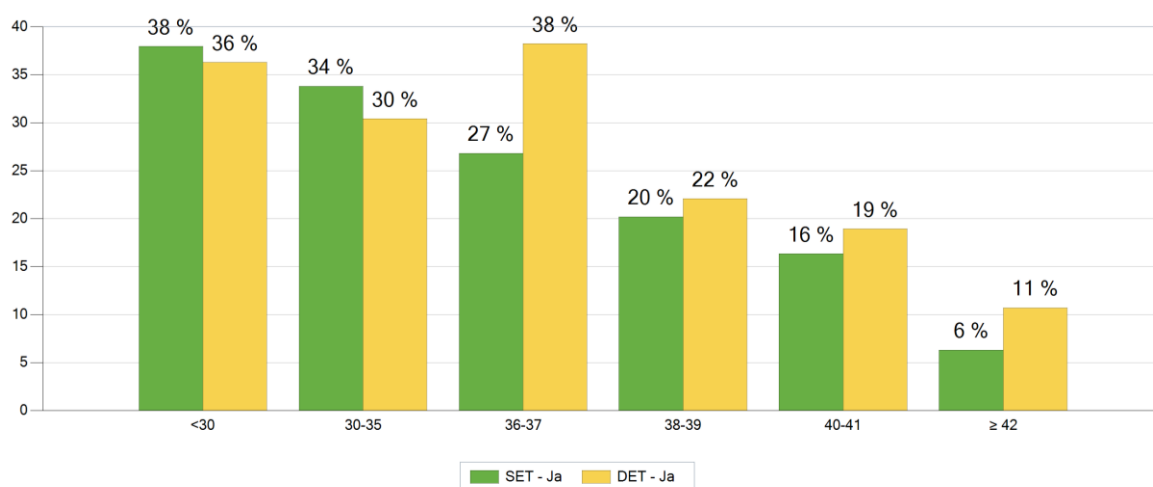


Figur 10 Förlossningar per Embryotransfer i olika åldersgrupper. Färsk IVF och fryst, egna gameter



Att man ser fler förlossningar efter frys jämfört med färsk behandling vid högre åldrar beror i första hand på att embryot kan vara fryst när kvinnan var yngre.

Figur 11 Andel förlossningar per ET och SET/DET i olika åldersgrupper. Färsk IVF, egna gameter



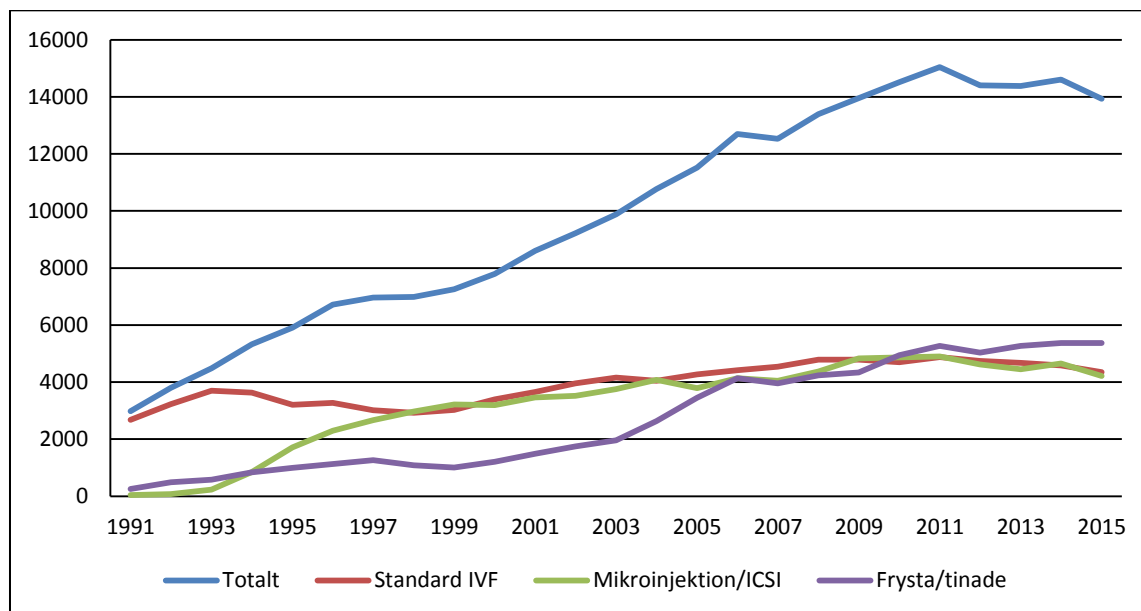
Förlossningsfrekvensen mellan SET och DET är inte direkt jämförbara i de olika åldersgrupperna. Skälet till att man återför ett eller två embryon varierar med prognos för den enskilda patienten.

Tabell 3 Antal förlossningar för SET och DET per åldersgrupp

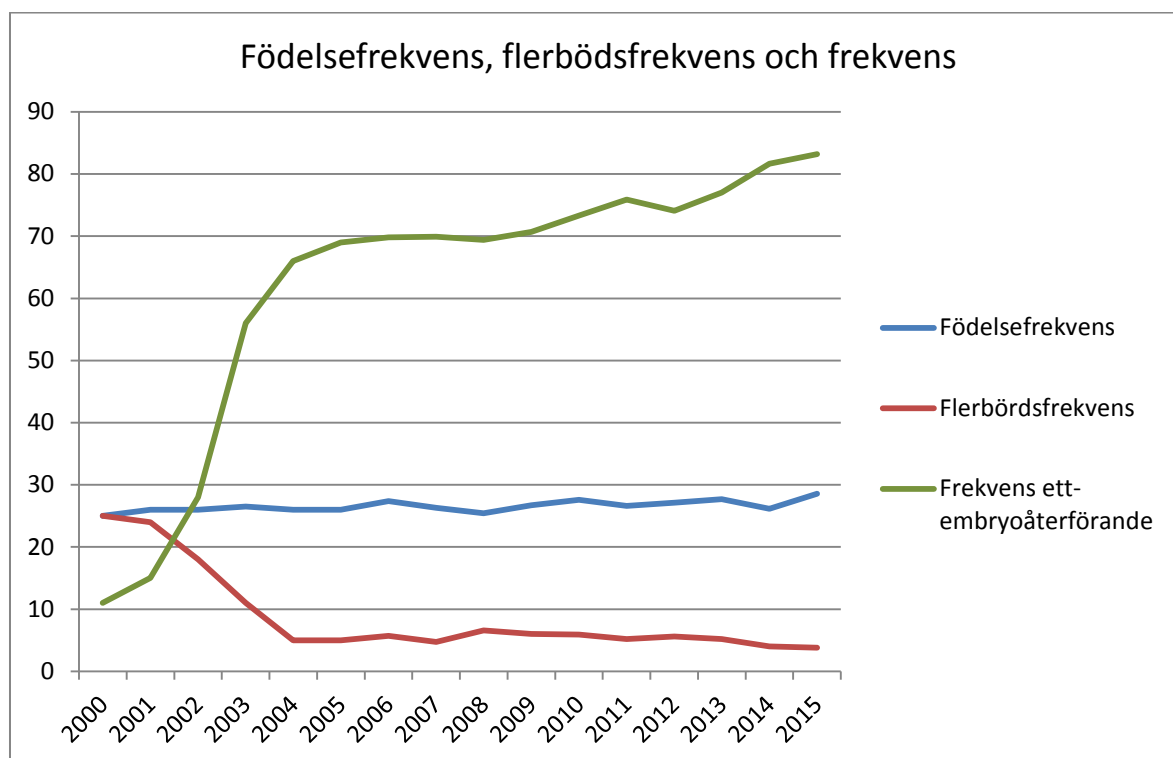
Ålder	SET	DET	Total
<30	581	41	622
30-35	1023	135	1158
36-37	267	73	340
38-39	168	64	232
40-41	66	56	122
> 42	11	21	32
Total	2116	390	2506

Trender

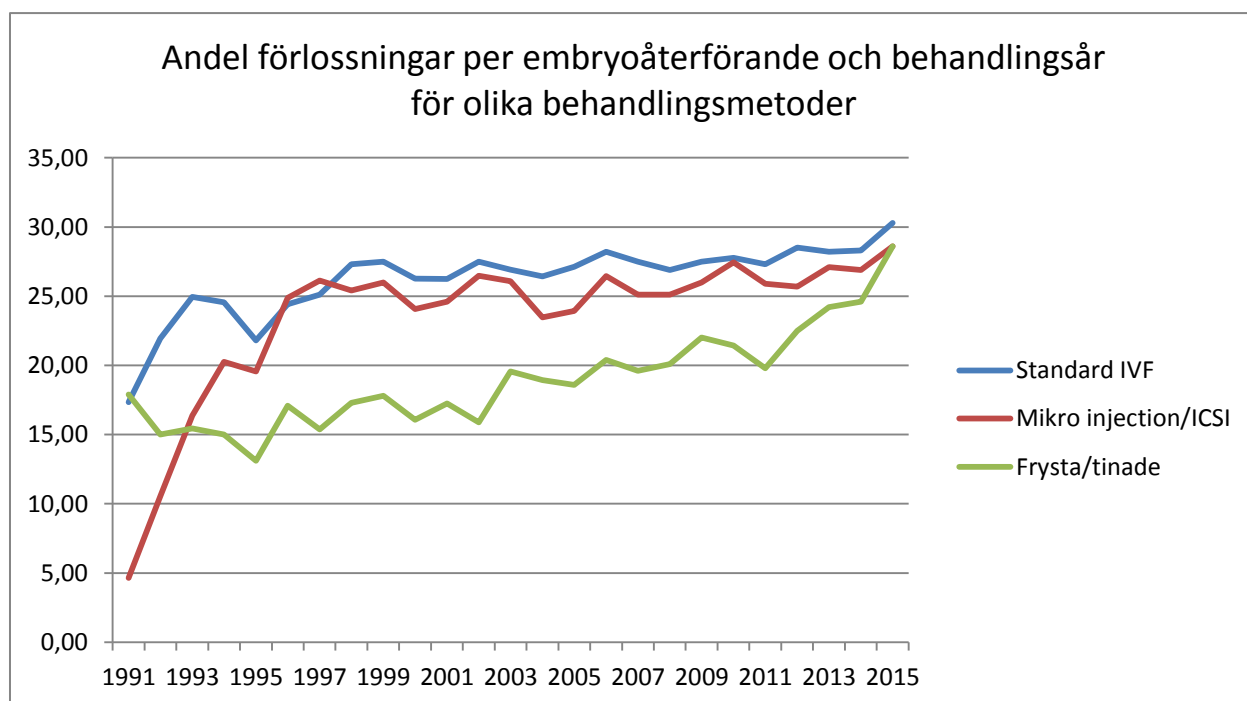
Figur 12 Antal embryoåterföranden per år för olika behandlingsmetoder



Figur 13 Andel förlossnings-, -flerbörds- samt SET-frekvens per år



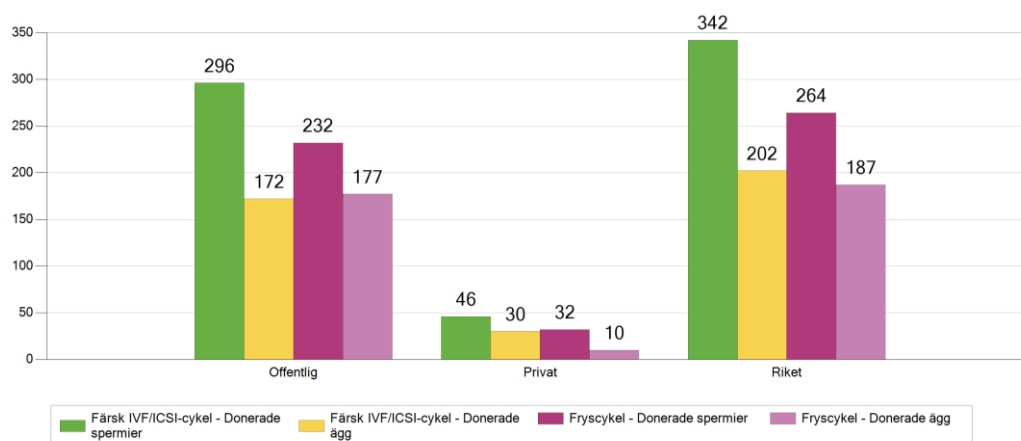
Figur 14 Andel förlossningar per behandlingstyp



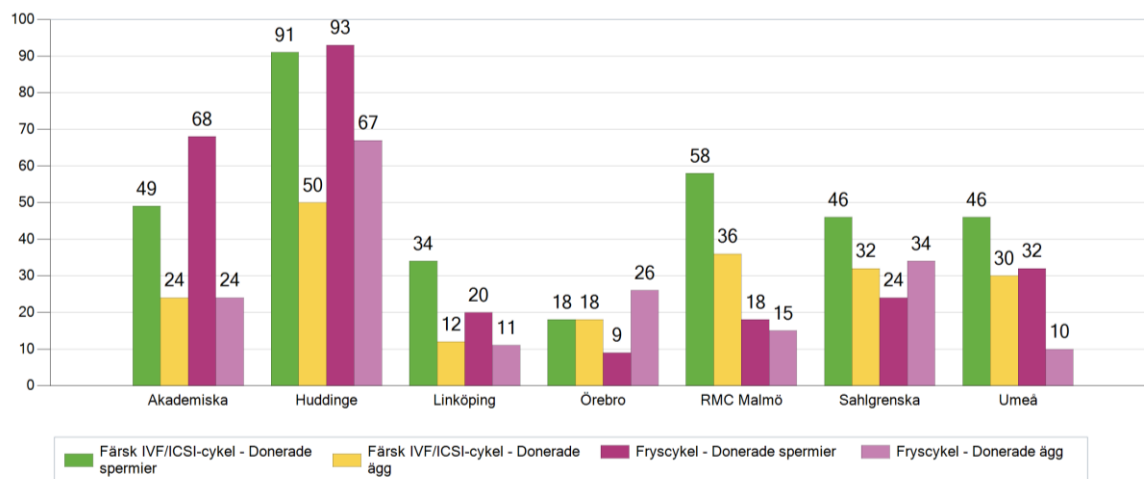
Donation (IVF/insemination/ensamstående)

Donation av ägg eller spermier i samband med IVF blev tillåten på universitetskliniker i Sverige 2003. Det är emellertid inte tillåtet för privata kliniker att utföra IVF med donerade könsceller eftersom endast kliniker som har undervisningsuppdrag för läkare idag har denna tillåtelse. Den privata IVF-kliniken i Umeå, som är belägen på Umeå Universitetssjukhus och bedriver undervisning av läkare på uppdrag av landstinget i Norrland, har också ett sådant tillstånd.

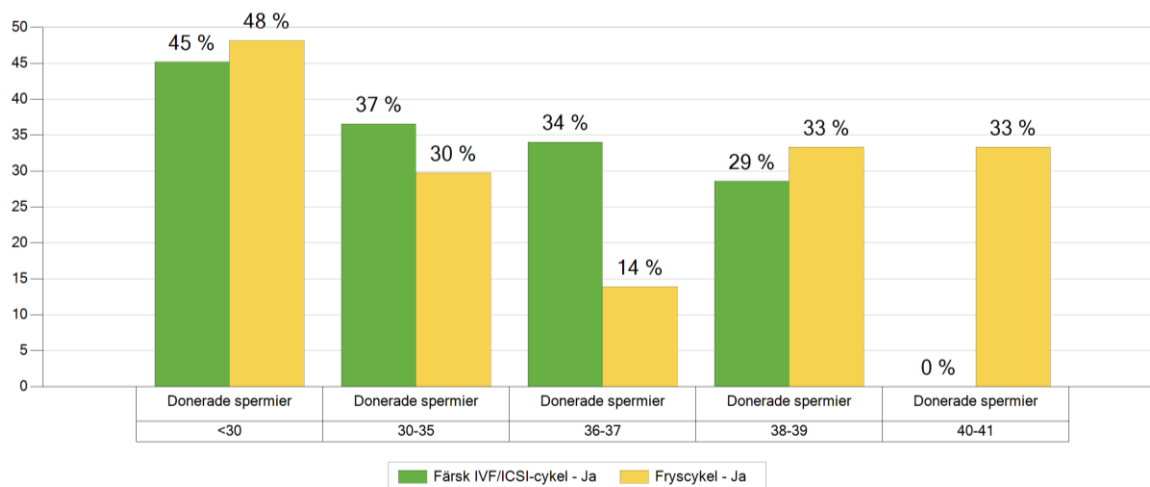
Figur 15 Antal startade IVF-behandlingar med donerade gameter (ägg och spermier). Offentligt/privat/riket



Figur 16 Antal startade IVF behandlingar per klinik. Donerade gameter (ägg och spermier)

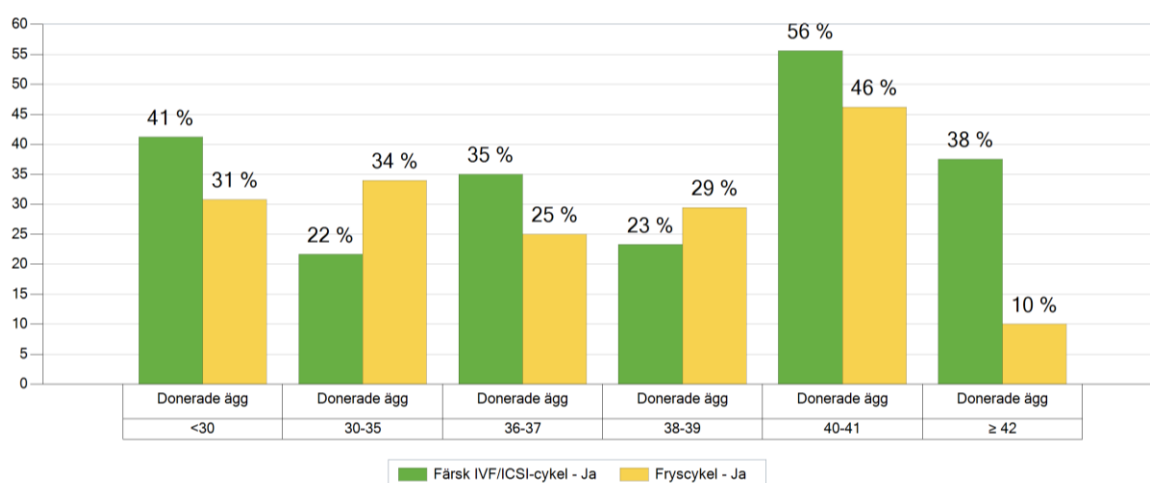


Figur 17 Förlossningar per embryotransfer i olika åldergrupper. Donerade spermier, färsk IVF och fryscykel



Att antalet färskcykler är noll i den äldsta åldersgruppen beror på att inga donationscykler utförs efter 40 års ålder. Tidigare nedfrysade embryon kan dock återföras.

Figur 18 Förlossningar per embryotransfer i olika åldersgrupper. Donerade ägg, färsk IVF och fryscykel



När det gäller donerade ägg är åldern på den mottagande kvinnan inte lika viktig för behandlingsresultatet. Äggdonatorns ålder är av större betydelse.

Tabell 4 Antal förlossningar per embryotransfer i olika åldersgrupper. Donerade ägg, Färsk IVF och fryscykel

Ålder	Färsk IVF/ICSI-cykel	Fryscykel	Total
<30	7	4	11
30-35	8	18	26
36-37	7	4	11
38-39	10	15	25
40-41	5	12	17
> 42	3	1	4

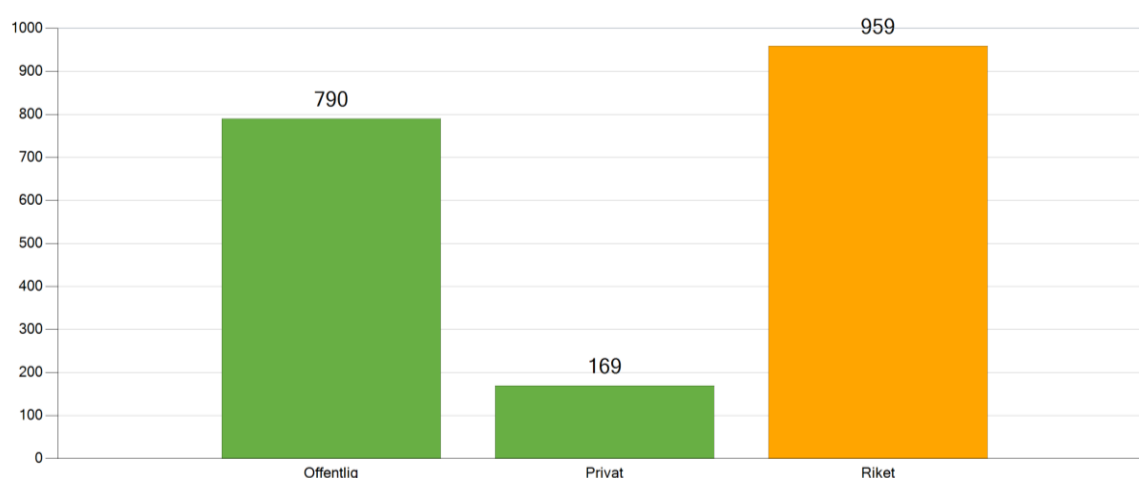
Tabell 5 Antal förlossningar per embryotransfer i olika åldersgrupper. Donerade spermier, färsk IVF och fryscykel

Ålder	Färsk IVF/ICSI-cykel	Fryscykel	Total
<30	28	13	41
30-35	49	36	85
36-37	16	5	21
38-39	16	16	32
40-41		5	5

AID: insemination med donerade spermier

Under 2015 fick flera privata kliniker tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att utföra insemination med donerade spermier (AID) men det första året var dessa behandlingar på de privata klinikerna få. För lesbiska par har möjligheten funnits på offentliga kliniker sedan 2005. I denna rapport redovisas data från behandlingar genomförda 2012-2015 och de flesta av inseminationsbehandlingarna som rapporteras är genomförda på offentliga kliniker.

Figur 19 Antal startade behandlingar AID (insemination med donerade spermier). Offentlig/privat/riket



Figur 20 Förlossning per insemination (AID) 2012-2015



Ensamstående

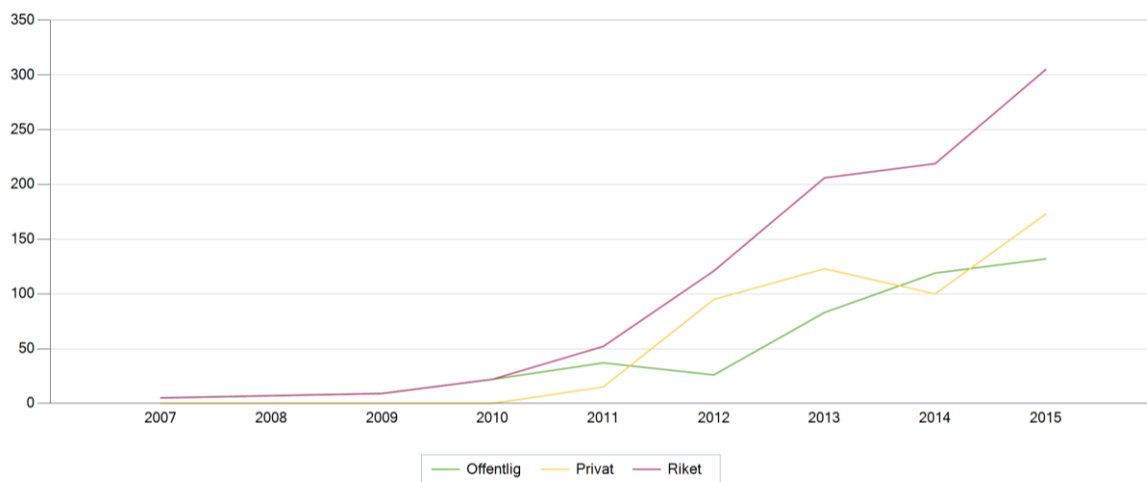
I april 2016 blev det tillåtet för ensamstående kvinnor att få göra assisterad befruktning i Sverige, därför kommer rapporter i Q-IVF först 2018.

Äggfrysning

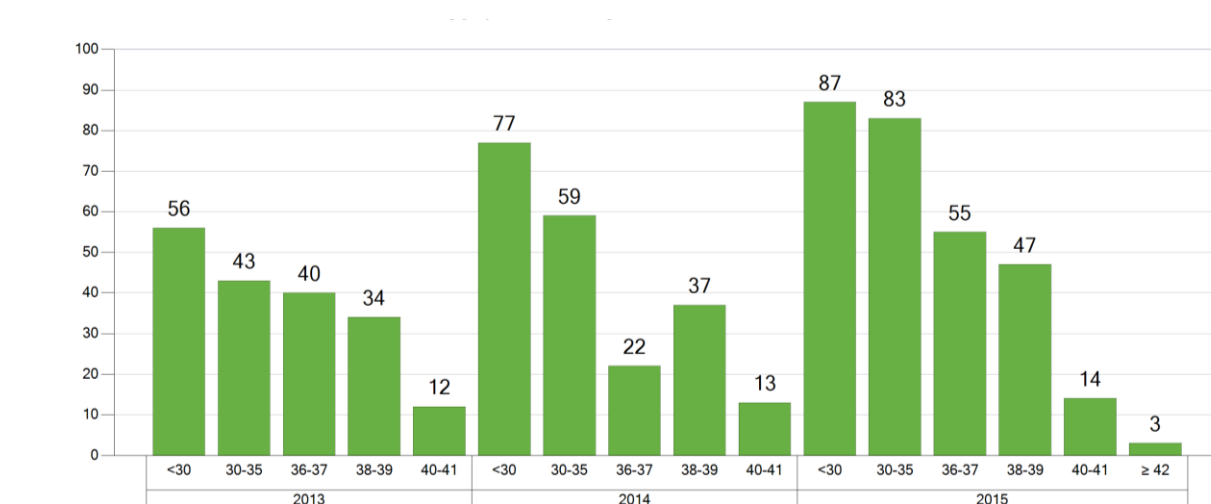
Tekniken att frysa embryon (befruktade ägg) är sedan många år rutin. Det har däremot varit betydligt svårare att frysa obefruktade ägg. En ny teknik, *vitrifikation*, gör det sedan några år möjligt att frysa ner obefruktade ägg både effektivare och säkrare än tidigare, vilket nu används av många av landets IVF-kliniker. Frysning av ägg kan göras av medicinska eller icke-medicinska skäl. Ett medicinskt skäl kan vara onkologiskt, exempelvis vara fertilitetsbevarande behandling för kvinnor som drabbas av cancer och där cellgifts- och strålbehandlingen skulle kunna vara skadlig för äggstockar och ägg. Övriga medicinska skäl kan vara könskorrigering, endometrios eller risk för för tidigt klimakterium. Ej medicinska skäl kan vara att kvinnan önskar skjuta upp sin familjebildning och därför vill frysa ägg för sin egen eventuella framtida behandling. Man kan också frysa ägg från äggdonatorer för att lättare samordna donationen med mottagarens behandling.

Eftersom äggfrysning är relativt nytt rapporteras i år för första gången dessa cykler separat. I registret kan vi enbart urskilja onkologiska, övriga medicinska och ej medicinska skäl till äggfrysning. De flesta ägg som har frysts ner har ännu inte tinats upp för att användas. Vi kan därför ännu inte redogöra för graviditetsutfallet.

Figur 21 Antal cykler med egen äggfrys. Offentlig/privat

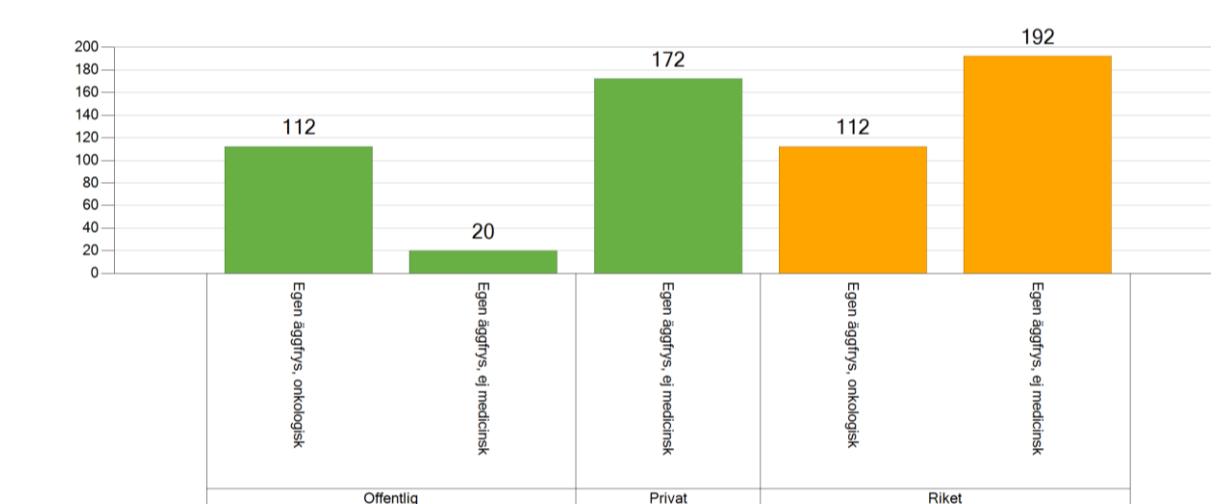


Figur 22 Antal äggfrysbehandlingar per kvinnans ålder 2013-2015



Antal äggfrysbehandlingar har de senaste åren ökat, framförallt i de yngre åldersgrupperna.

Figur 23 Egen äggfrys medicinsk orsak alternativt ej medicinsk orsak. Offentlig/privat/riket



Staplarna för offentlig äggfrys ovan representerar troligtvis onkologisk och övrig medicinsk orsak istället för onkologisk och ej medicinsk, som angivits. Detta pga av en eftersläpning i registreringen.

Forskning

Registret ger stora möjligheter för forskare, som efter godkännande av etikprövningsnämnd, kan använda registrets data som grund för vetenskapliga arbeten.

Ett stort antal studier har gjorts i Sverige, baserade på registerdata, och där man samkört IVF-registren med andra hälso- och populationsregister i Sverige såsom Medicinska födeleregistret, Missbildningsregistret, Cancerregistret och Patientregistret mm. Man har på så sätt kunnat visa vilka risker IVF barn och mödrar löper i jämförelse med barn födda efter spontan graviditet och deras mödrar. Den största risken med IVF globalt är den höga andelen flerbörd med lågviktighet och för tidig födsel som följd. I Sverige har vi, som främsta land i världen, lyckats nedbringa flerbördsfrekvensen dramatiskt efter införande av ett-embryo återförande. Även om vissa andra riskökningar kvarstår så är de sammanfattningsvis begränsade och de flesta IVF barn som föds i Sverige är friska.



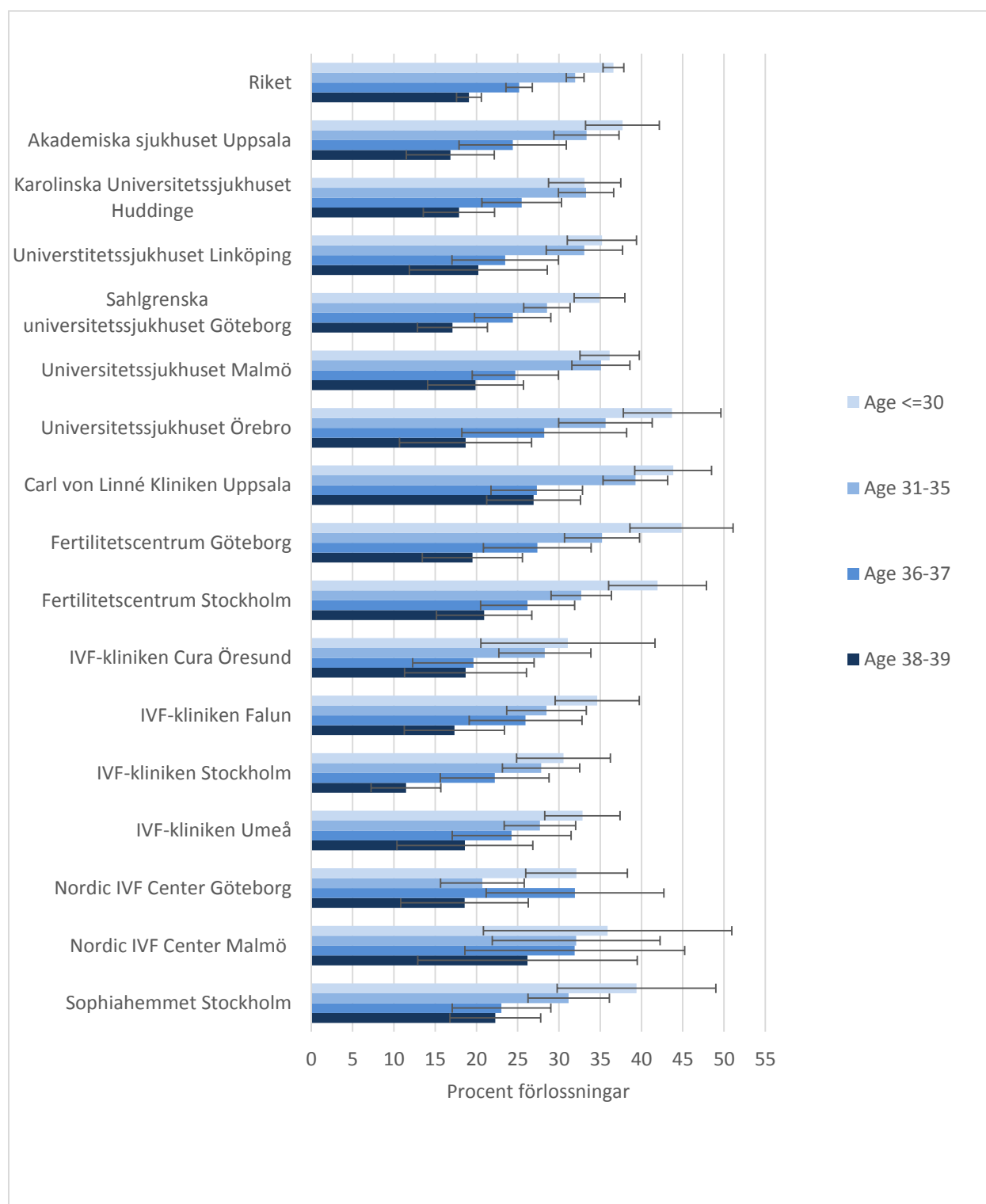
Hur viktig är storleken på grupperna vid jämförelser?

Vi presenterar många av resultaten indelat i olika åldersgrupper. Vid jämförelser mellan grupperna bör man ha i åtanke hur stora grupperna är. Ju större grupperna är, desto stabilare är resultaten. Ju färre kvinnor en grupp däremot innehåller, desto mer kan resultaten variera år från år och mellan olika kliniker. Om det exempelvis ett år föds 300 barn på 1000 behandlingscykler i den yngsta åldersgruppen blir förlossningsfrekvensen 30%. Om det samma år bara görs 10 behandlingar i den äldsta åldersgruppen och det föds tre barn blir förlossningsfrekvensen också 30%. Förutsatt att antalet genomförda behandlingar nästa år är detsamma men det föds ett barn färre i varje grupp blir förlossningsfrekvensen i den yngsta gruppen 29.9% (knappt någon förändring) medan den i den äldsta gruppen bara är 20% (av allt att döma en betydande minskning).

Vid jämförelse mellan klinikerna bör man också ta hänsyn på att en del av skillnaden kan bero på varierande patientunderlag. En klinik som behandlar unga patienter kommer att ha bättre resultat än en klinik som behandlar äldre, på samma sätt som en klinik som behandlar friskare patienter kommer att ha bättre resultat än en klinik som behandlar sjukare.

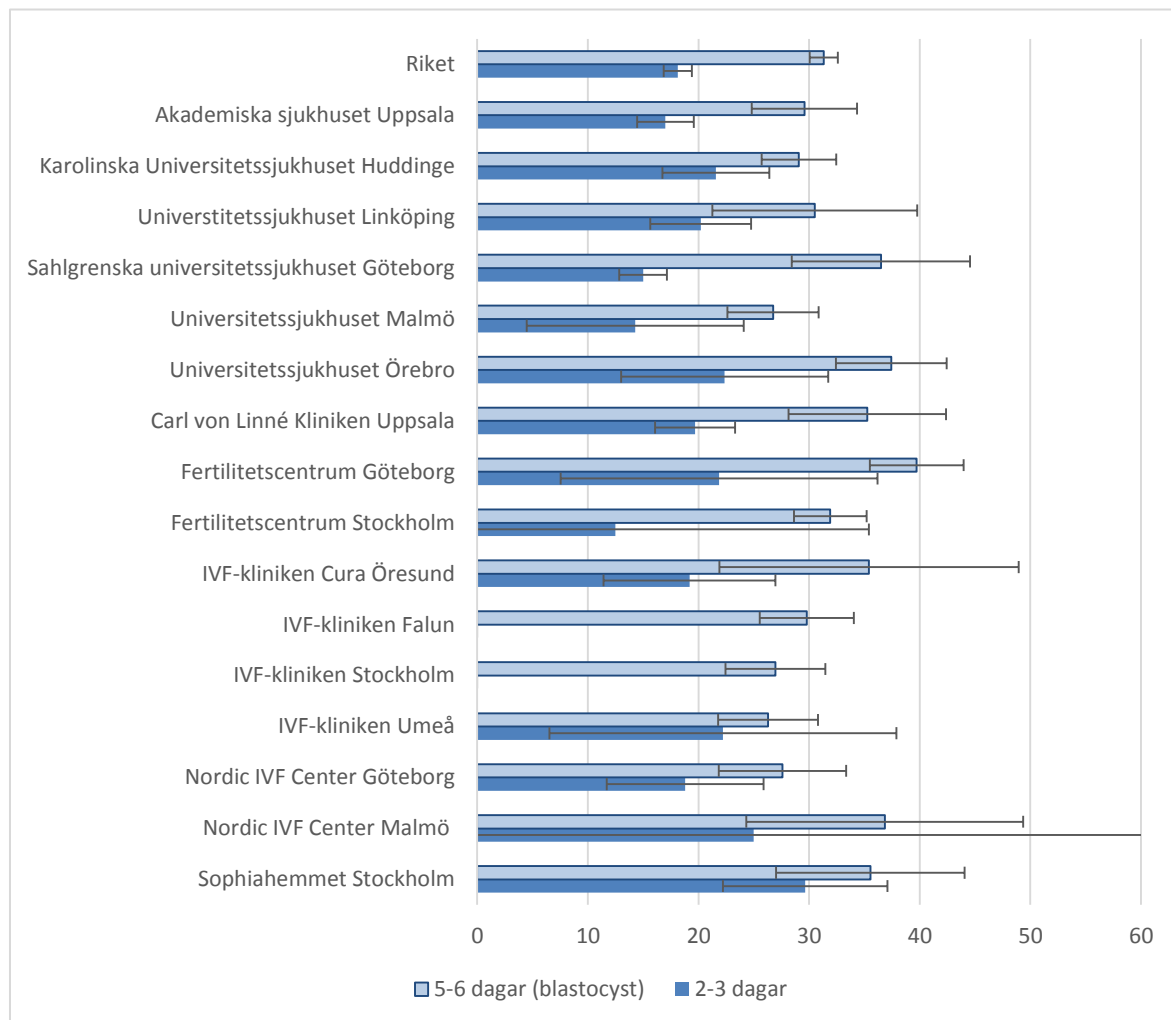
Öppna jämförelser

Figur 24 Förlossningar per ET och åldersgrupp för par som genomgått 1-3 IVF-behandlingar och som ej tidigare har IVF barn åren 2013-2015. Färsk IVF med egna gameter



***Konfidensintervall:** Linjerna i staplarna anger det s.k. konfidensintervallet. Konfidensintervallet är en skattning av osäkerheten i mätningen. Ju längre linje desto mer osäkert är värdet på förlossningsfrekvensen. Osäkerheten beror främst på antalet behandlingar per åldersgrupp (lågt antal behandlingar ger större osäkerhet)*

Figur 25 Andel förlossningar per frys-ET dag 2-3 respektive dag 5-6 (blastocyst). Gäller par som genomgått 1-3 färsk IVF-behandlingar och som ej tidigare har IVF-barn åren 2013-2015. Fryscyklar, egna gameter.



Konfidensintervall: Linjerna i staplarna anger det s.k. konfidensintervallet. Konfidensintervallet är en skattning av osäkerheten i mätningen. Ju längre linje desto mer osäkert är värdet på förlossningsfrekvensen. Osäkerheten beror främst på antalet behandlingar per åldersgrupp (lågt antal behandlingar ger större osäkerhet)

Patienttillfredsställelse

KUPP (Kvalitet Ur Patientens Perspektiv) är en patientenkät som används flitigt inom vården i Sverige. Landets IVF-kliniker (både offentliga och privata) använder en variant, IVF-KUPP, som innehåller specifika frågor för IVF-patienter. Enkäten är vetenskapligt validerad.

Patienterna gör sin bedömning på två sätt: dels hur kliniken hanterar olika delar av IVF-behandlingen och hur viktigt patienten ansett detta vara (subjektiv betydelse), dels hur patienten upplevde de olika momenten, ”så var det för mig” (upplevd realitet)

Enkäten genomfördes i kvalitetsregistrets regi på landets samtliga IVF-kliniker för första gången 2013 och genomförs sen dess med ca 1½ års mellanrum. Enkäterna ligger till grund för de öppna jämförelser som presenteras på Q-IVF's hemsida. I Q-IVF's regi har också ett nationellt nätverk bildats. En ”KUPP-ansvarig” per klinik som tillsammans med en arbetsgrupp träffas inför och efter varje mätperiod för planering och uppföljning.

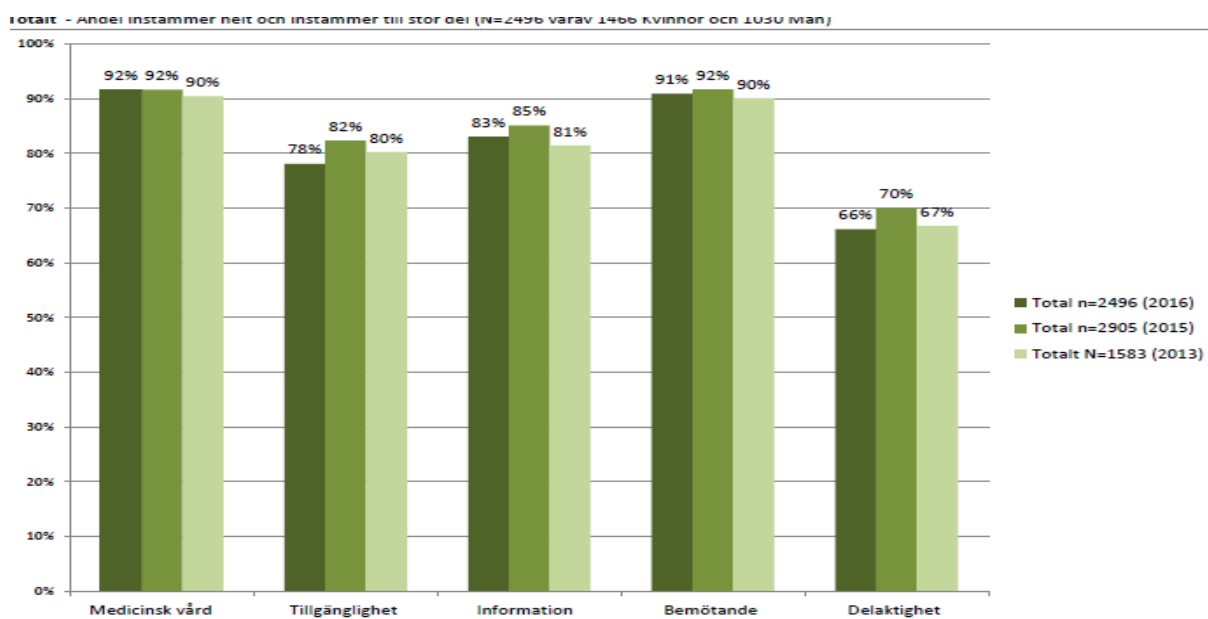
Våren 2016 genomfördes IVF-KUPP för tredje gången. Varje klinik får sina egna enkätsvar för att arbeta vidare med förbättringar. Q-IVF publicerar öppna jämförelser inom 5 områden. Här har man bara tagit hänsyn till ”så var det för mig” utan att ta hänsyn till ”hur viktigt” det var. Svaren från kvinnor och män redovisas tillsammans och vi fick 2016 in cirka 2500 svar.

De öppna jämförelserna har delats upp i fem grupper;

- **Medicinsk vård:** Vi fick bästa möjliga vård så gott som vi själva kan bedöma (1 fråga)
- **Tillgänglighet:** Det var lätt att komma i kontakt, lätt att få besökstid (2 frågor)
- **Information:** Behandling, mediciner, resultat av undersökningar, komplikationer (5 frågor)
- **Bemötande:** Engagemang och respekt (6 frågor)
- **Delaktighet:** Delaktighet i beslut (2 frågor)

Svaren gäller den andel som svarat att de ”instämmer helt” eller ”instämmer till stor del” på de utvalda frågorna i enkäten.

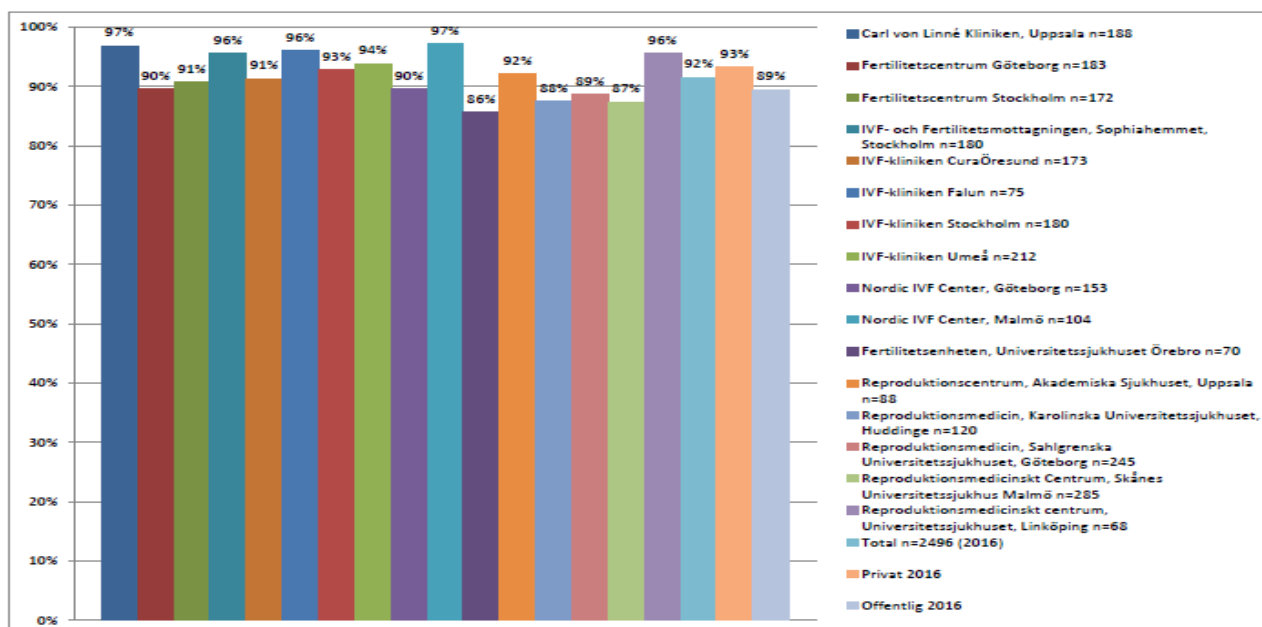
Genomsnitt för alla kliniker i Sverige och jämförelse med förra enkäten



Kommentar: Nöjdheten med den medicinska vården och bemötandet ute på Sveriges IVF-kliniker ligger på en hög och stabil nivå. Att om möjligt förbättra vår information är något är något att arbeta vidare med.

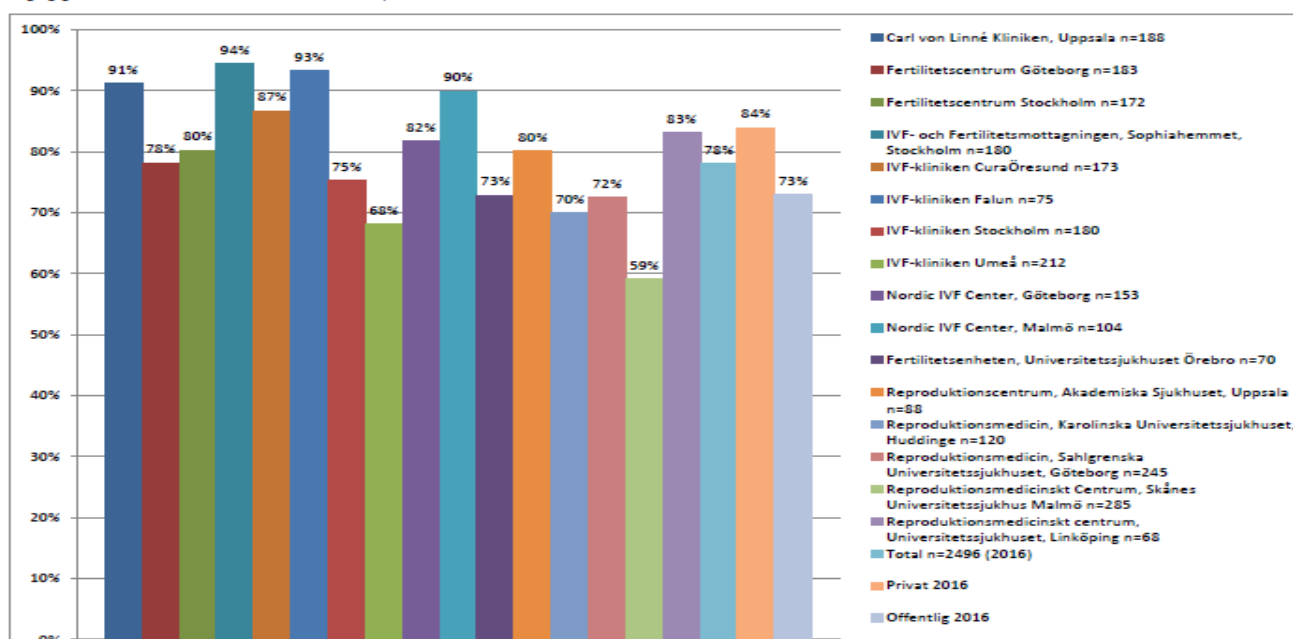
Medicinsk vård

Medicinsk vård - Andel instämmer helt och instämmer till stor del (N=2496 varav 1466



Tillgänglighet

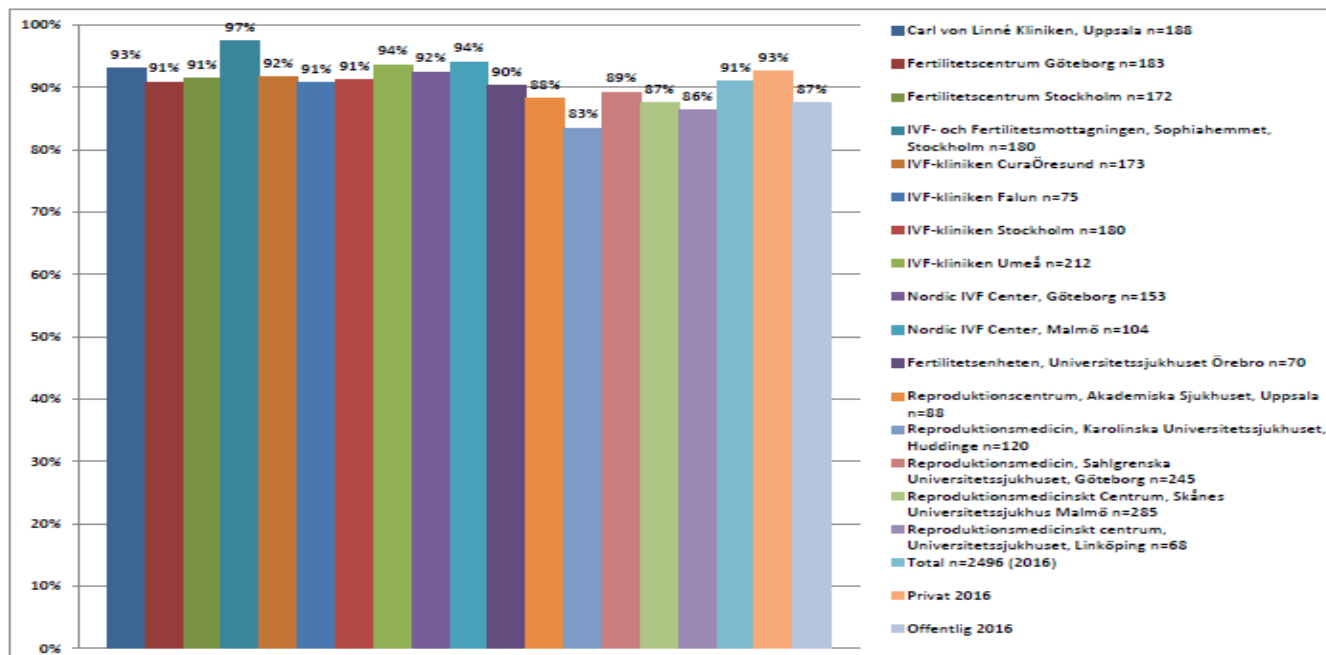
IVF 2016
Tillgänglighet - Andel instämmer helt och instämmer till stor del (N=2496 varav 1466



Information

IVF 2016

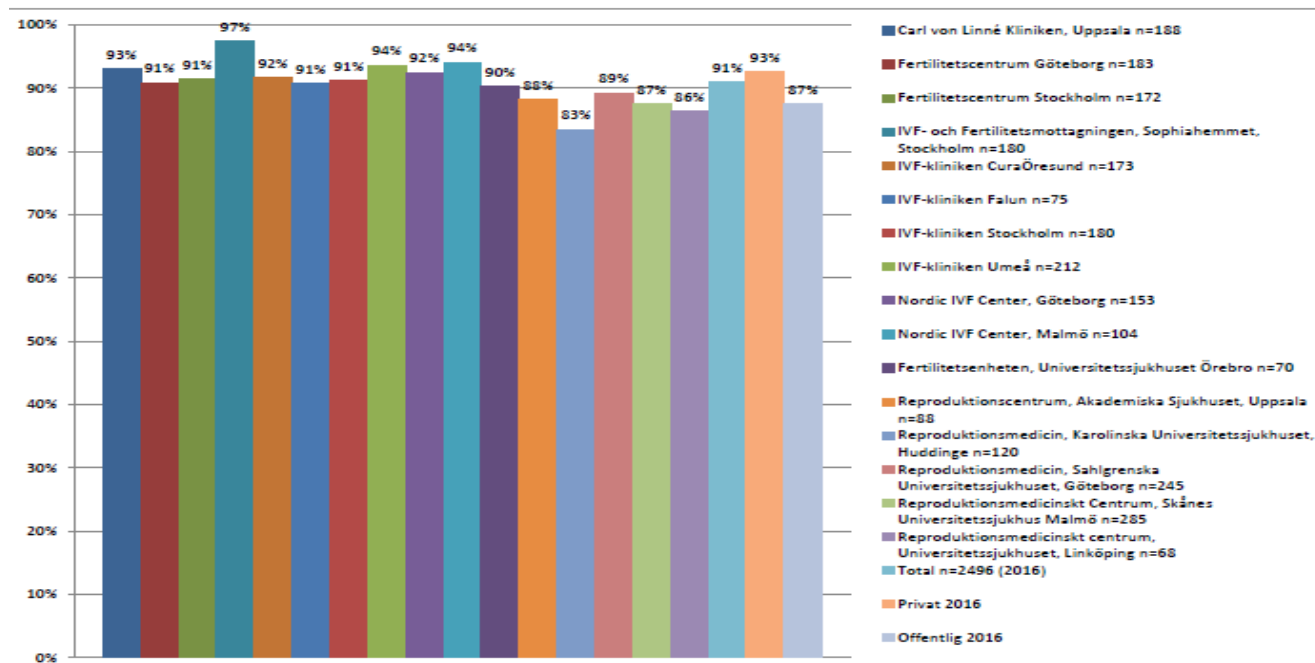
Bemötande - Andel instämmer helt och instämmer till stor del (N=2496 varav 1466



Bemötande

IVF 2016

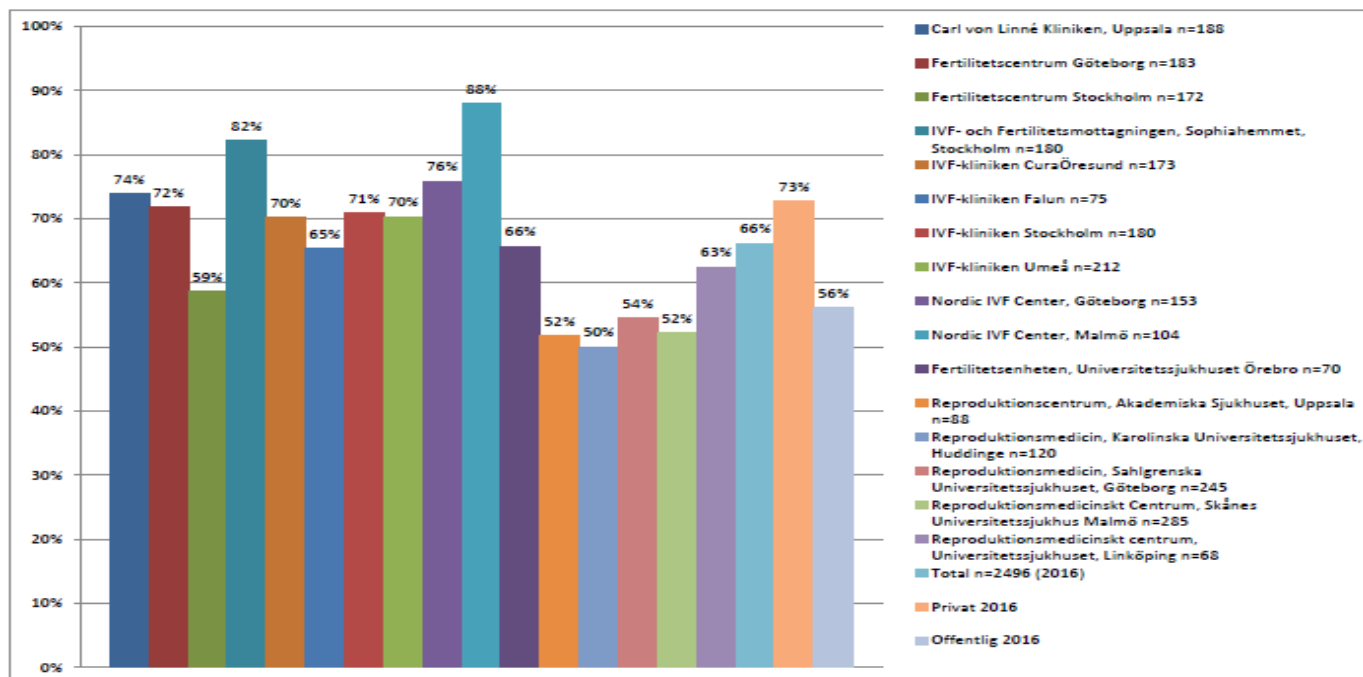
Bemötande - Andel instämmer helt och instämmer till stor del (N=2496 varav 1466



Delaktighet

IVF 2016

Delaktighet - Andel instämmer helt och instämmer till stor del (N=2496 varav 1466



Summering: Kunskap om vad patienterna tycker, är en viktig källa till framtida förbättringar

Tidsintervallet mellan mätningarna på 1½ år motiveras av att klinikerna skall få tid och möjlighet till förbättringsarbete.

Exempel på förbättringsarbete: Vid senaste mätningen såg man att speciellt de patienter som ej fick något embryoåterförande (avbruten behandling) upplevde en brist i stöd från kliniken. Därför startas nu en ny forskningsstudie. Målet med studien är att undersöka upplevelsen av att inte få något återförande av embryo samt att ta reda på vilket behov av stöd som kan behövas.

Avslutning Årsrapport QIVF

QIVF är ett av världens mest kompletta register över IVF-behandlingar med över 160000 cykler från båda privata och offentliga vårdgivare. 2015 genomfördes ca 19 000 behandlingar vilket är något färre än föregående år. Däremot har antalet fryscykler ökat.

Vi ser att chansen att bli gravid efter en färsk IVF-behandling har varit stabil år från år och är starkt beroende på kvinnans ålder. Chansen att bli gravid efter frysåterförande har däremot ökat något, främst beroende på nya, effektiva frysmetoder. Andelen flerbördsförlossningar i Sverige är mycket låg, nu under fem procent, tack vare att man här endast återför ett embryo i mer än 80% av fallen.

De senaste åren har långtidsodling av embryon, speciellt inför frysförvaring, blivit vanligt. Man kan därför se att återföring av frysta sk blastocyster (d5/6) nu är vanligare än återföring av embryon frysta på dag 2/3. Frysning av obefruktade ägg har också introducerats de senaste åren och är en teknik som utnyttjas av både offentliga och privata kliniker av olika skäl. Vi kan i år för första gången presentera dessa cykler separat. Eftersom kvinnans ålder har stor betydelse för äggens kvalitet är äggfrysning något som ökar framförallt hos yngre kvinnor.

På grund av en lagändring som från april 2016 gör det tillåtet för ensamstående kvinnor att genomgå assisterad befruktning har också insemination med donerade spermier blivit vanligare, något som vi kommer att rapportera mer om framöver. De cykler som förekommer i denna rapport genomfördes innan lagändringen och utgörs av hetero-eller homosexuella par

Barnlängtan är en central del av människors liv och de har ofta mycket höga förväntningar på de kliniker som erbjuder behandling. De senaste åren har vi genom den nationella kvalitetsenkäten KUPP på ett objektivt sätt kunnat mäta hur väl professionen möter dessa förväntningar. Vi är stolta över att kunna visa att vi möter förväntningarna väl, men arbetar ständigt med för att göra IVF ännu bättre. Denna rapport är ett verktyg för att kunna göra just det.