Årsrapport 2016

Gäller behandlingar startade 2014

RESULTAT – TRENDER – ÖPPNA JÄMFÖRELSER

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

Innehåll

RESULTAT – TRENDER – ÖPPNA JÄMFÖRELSER 0

Innehåll 1

1. Styrgrupp 4

2. Ordlista 5

3. Bakgrund 6

4. Q-IVF 6

5. Donation 7

6. Frysning av obefruktade ägg 7

7. Patienttillfredsställesle 7

8. Forskning 8

9. Resultat 8

9.1. Hur mäter vi? 8

9.2. Allmänt 9

Figur 1. Antal startade IVF-cykler med egna gameter per klinik och cykeltyp (färsk/frys) 9

Figur 2. Antal startade IVF-cykler med donerade gameter per klinik och cykeltyp (färsk/frys) per klinik 9

Figur 3. Åldersfördelningen i procent för kvinnor som genomgår IVF-behandling. Egna och donerade gameter. Färsk cykel. 10

Figur 4. Antal startade behandlingar per ålderskategori (egna gameter) 10

9.3. Egna gameter 11

Figur 5. Andel embryoåterföranden dag 2/3 respektive 5/6 per kvinnans ålder. Färsk IVF/ICSI-cykel och fryscykel. 11

Figur 6. Andel återföranden med ett respektive två embryon. Färsk IVF och fryscykel 11

10. Resultat per moderns ålder 12

Figur 7. Klinisk graviditet per startad cykel, egna gameter, färsk IVF 12

Figur 8. Förlossning per startad cykel, egna gameter, färsk IVF 12

Figur 9. Andel flerbördsförlossningar per moderns ålder. Färsk IVF/ICSI-cykel 13

Figur 10. Andel flerbördsförlossningar per modernsålder. Fryst IVF/ICSI-cykel 13

Figur 11. Andel förlossningar per olika grupper av patienter. Färsk IVF med egna gameter 14

10.1. Donerade Gameter 14

Figur 12. Förlossningsfrekvens per embryoåterförande med donerade gameter sam AID 14

11. Trender 15

Figur 13. Antal embryoåterföranden per år för olika behandlingsmetoder. **Fel! Bokmärket är inte definierat.**

Figur 14. Andel förlossningar per behandlingstyp alla år 15

Figur 15. Andel förlossnings, -flerbörds- samt SET-frekvens per år 15

11.1. Öppna jämförelser 16

Figur 16. Förlossningar per åldersgrupp för par som genomgått 1-3 IVF-behandlingar och som ej har tidigare IVF barn åren 2012-2014. Färsk IVF med egna gameter. 16

Figur 17. Förlossningar per åldersgrupp uppdelat på embryotransfer dag 2-3 respektive dag 5-6. År 2012-2014. Fryscykel med egna gameter. 17

12. Kvalitet ur patientens perspektiv KUPP – Öppna jämförelser..... 19

Inledning

Christina Bergh, registerhållare

Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF) startade 2007. Årets rapport är den nionde från Q-IVF. Rapporten avser samtliga behandlingar som **startades under 2014** i Sverige, vid samtliga IVF kliniker (6 offentliga och 10 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 kan också utgöra 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.

Under året har mycket arbete lagts ned på att byta IT plattform och etablera kontakt med ett nytt Registercentrum. Företaget MedSciNet utgör nu registrets IT-plattform och Q-IVF är anslutet till Kvalitetsregistercentrum Stockholms, QRC.

Christina Bergh, registerhållare

1. Styrgrupp

Arbetsgrupp

Christina Bergh, registerhållare, professor, Sahlgrenska universitetssjukhus, Göteborg
Kia Borg, registerkoordinator, barnmorska, Fertilitetscentrum Göteborg
Matts Wikland, läkare, docent, Göteborg
Kersti Lundin, biolog, docent, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
Karin Källén, statistiker, professor, Lunds universitet
Camilla Björk, IT-arkitekt, statistiker, QRC registercentrum. Adjungerad.

Styrgruppsrepresentanter för ingående kliniker

Johannes Gudmundsson, läkare, med dr, Akademiska Uppsala
Jan Olofsson, läkare, docent, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
Elizabeth Nedstrand, läkare ,Universitetssjukhuset Linköping
Margareta Kitlinski, läkare, Universitetssjukhuset Malmö
Julian Baumgarten, läkare, Universitetssjukhuset Örebro
Torbjörn Bergh, läkare, docent, Carl von Linnékliniken Uppsala
Göran Westlander, läkare, med dr, Fertilitetscentrum Göteborg
Camilla Stenfelt, läkare, Fertilitetscentrum Stockholm
Annika Bladh-Blomquist, läkare, IVF-kliniken CuraÖresund
Raghad Samir, läkare, med dr, IVF-kliniken Falun
Anna Karin Lind, läkare, med dr, IVF-kliniken Stockholm och Umeå
Anna-Lena Wennberg, läkare, med dr, Nordic IVF Center Göteborg
Pia Saldéen, läkare, docent, Nordic IVF Center Malmö
Arthur Aanesen, läkare, Sophiahemmet
Karin Rova, läkare, Stockholm IVF

Övriga

Ulla-Britt Wennerholm, obstetriker, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Adjungerad
Representant för Patientföreningen Barnlängtan. Adjungerad

2. 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 ägguttag och embryoåterförande

Förlossning: Födsel 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 spermierna 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 (ägguttag) 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 spermierna befruktar äggen” på naturligt sätt”

3. Bakgrund

Ofrivillig barnlöshet definieras enligt WHO som oförmåga att uppnå graviditet efter att ha haft regelbundna oskyddade samlag under 1års tid. Med primär infertilitet avses att man aldrig tidigare uppnått en graviditet medan sekundär infertilitet hänför sig till par som tidigare varit gravida och eventuellt också fått barn men där man sedan haft svårigheter att ånyo bli gravida.
Det kan finnas många orsaker till att man inte lyckas uppnå graviditet. Uppskattningsvis beror en tredjedel på tillstånd hos mannen (lågt antal spermier, dålig rörlighet hos spermierna etc) och en tredjedel på tillstånd hos kvinnan. I den återstående tredjedelen finns orsaken att finna hos både kvinnan och mannen.
Idag anser man att mellan 10-15 procent av alla par drabbas av ofrivillig barnlöshet. Man räknar med att ungefär två tredjedelar av dessa par kan få barn efter utredning och behandling.

4. Q-IVF

Första provrörsbarnet i Sverige föddes 1982 och antalet IVF-behandlingar har ökat från ca 3000 år 1992 till cirka 19 000 idag. I det Nationella Kvalitetsregistret för Assisterad befruktning som startade 2007 finns idag mer än 140 000 behandlingar registrerade. Tidigare rapporterades årliga sammanställningar av aggregerade data från de olika IVF-klinikerna till Socialstyrelsen och det fanns också ett register där individuella data från behandlingar som lett till förlossning rapporterades. Sedan 2007 rapporteras samtliga behandlingscykler med till Q-IVF.

Landets samtliga kliniker deltar, offentliga som privata. Rapportering sker för närvarande en gång per år. I januari rapporteras alla behandlingar som startade två år tidigare, detta i syfte att få med även förlossningarna.

Klinikerna skickar data för varje patient som startat en behandling genom att extrahera definierade variabler direkt från sina datasystem. Data skickas till statistiker som kontrollerar inkomna data och kommunicerar med klinikerna om oklarheter. Data överförs sedan till en databas på företaget MedSciNet, där de bearbetas och lagras.

En fastställd sammanställning av varje kliniks resultat med jämförelse mot nationella data kan efter inloggningsrutiner hämtas via registrets hemsida. Man kan även skapa egna definierade rapporter. För allmänheten presenteras en årsrapport med behandlingsresultat och trender (riksdata) samt Öppna jämförelser avseende förlossningsfrekvens och patientomhändertagande på enskilda kliniker.

I vårdmötet kan klinikerna använda riksdata för att t.ex visa hur förlossningsutfallet varierar i olika åldersgrupper. Patienten kan också själv söka t.ex 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.

<u>Fortlöpande rapportering</u>
För att få en bättre nytta av registret i den kliniska vardagen arbetar Q-IVF med att färdigställa en modul för regelbunden automatisk överföring av data från klinikerna. En sådan lösning skulle ge en snabbare återkoppling av graviditetsfrekvenser etc.

5. Donation

Donation av ägg eller spermier i samband med IVF blev tillåten i Sverige 2003. Endast kliniker som har undervisningsuppdrag för läkare (universitetskliniker) har haft tillåtelse att utföra gametdonation i samband med IVF och AID (insemination med donerade spermier). 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 haft sådant tillstånd.

Under 2015 blev det tillåtet även för privata kliniker att, efter tillstånd av IVO, få utföra AID. Det är dock fortfarande inte tillåtet för privatkliniker att utföra IVF med donerade gameter. I april 2016 blev det tillåtet för ensamstående kvinnor att få göra assisterad befruktning i Sverige. För lesbiska par har möjligheten funnits sedan 2005.

6. Frysning av obefruktade ägg

Tekniken för att frysa befruktade ägg (embryon) är sedan många år rutin, medan det har varit betydligt svårare att frysa obefruktade ägg. Den teknik man använt för frysning av befruktade ägg, så kallad ”slow freezing” har inte fungerat när det gäller obefruktade ägg. Man har länge arbetat med att utveckla en säker metod för frysning och upptining av obefruktade ägg i förhoppning att kunna bevara/förlänga kvinnors fertilitet. En ny teknik, *vitrifikation*, gör det möjligt att frysa ned ägg både effektivare och säkrare och nu utförs även frysning av obefruktade ägg på många av landets IVF-kliniker. Vitrifikationsmetoden är en snabb tvåstegsprocess. Det första steget är dehydration, då maximalt mycket vatten dras ur cellerna. Det andra steget då cellerna förvandlas från flytande form till fast form sker mycket snabbt. Frysning av ägg kan ske av medicinska och sociala skäl. Medicinska skäl är t.ex som fertilitetsbevarande åtgärd för kvinnor som drabbas av cancer och där cellgifts- och strålbehandlingen skulle kunna vara skadlig för äggstockar och ägg. Sociala skäl kan vara att kvinnan önskar skjuta upp familjeplanering och barnafödande och därför vill frysa ägg för sin egen eventuella framtida behandling.

7. Patienttillfredsställesle

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)

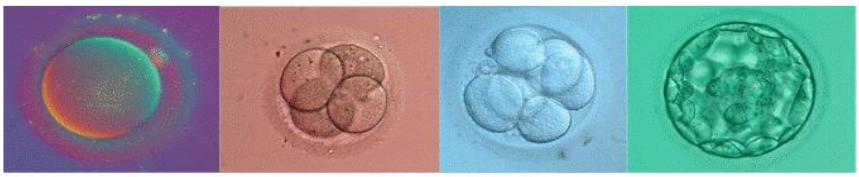
Enkäten genomfördes i kvalitetsregistrets regi på landets samtliga IVF-kliniker för första gången 2013 och genomförs sen dess med 1½ års mellanrum. Enkäterna ligger till grund för de öppna jämförelser som presenteras på Q-IVF’s hemsida. De öppna jämförelserna har delats upp i fem grupper;
1) Medicinsk vård, 2)Tillgänglighet, 3) Information, 4) Bemötande och 5) Delaktighet

I Q-IVF’s regi har också ett nationellt nätverk bildats. En ”KUPP-ansvarig” per klinik ingår, som tillsammans med en arbetsgrupp träffas inför och efter varje mätperiod för planering och uppföljning.

8. 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 födelseregistret, 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.



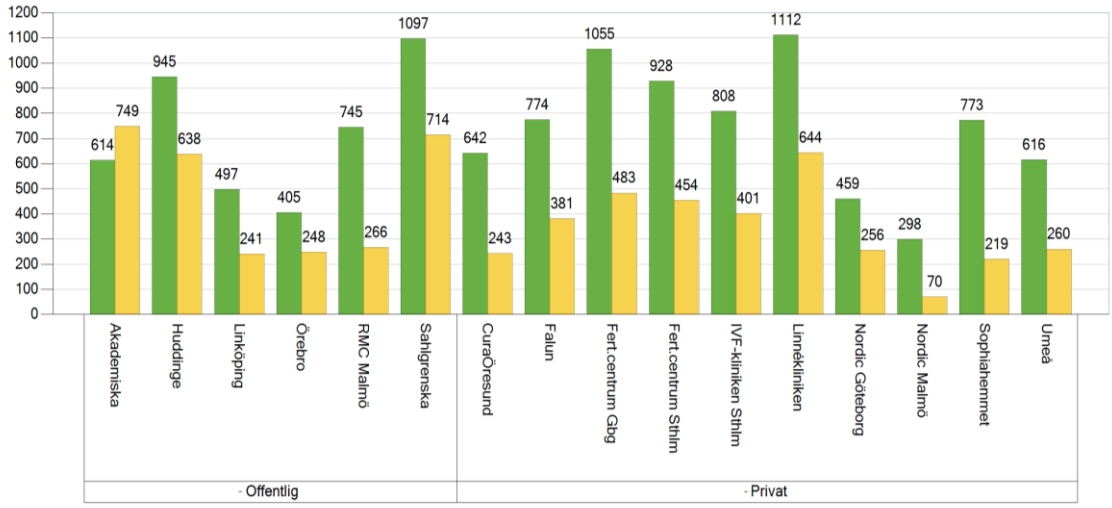
9. Resultat

9.1. Hur mäter vi?

Ett vanligt och generellt accepterat mått är andel ”startade” behandlingar samt andel behandlingar som lett till ”återförande” av ett embryo (ET= embryo transfer) och lett fram till ”förlossning med minst ett levande fött barn”. I Sverige återförs i de flesta fall endast ett embryo. Eftersom två embryon återförs i vissa fall, redovisas resultaten uppdelat i ”ett” (SET=single embryo transfer)- respektive ”två” (DET=double embryo transfer)-embryo-återförande.

9.2. Allmänt

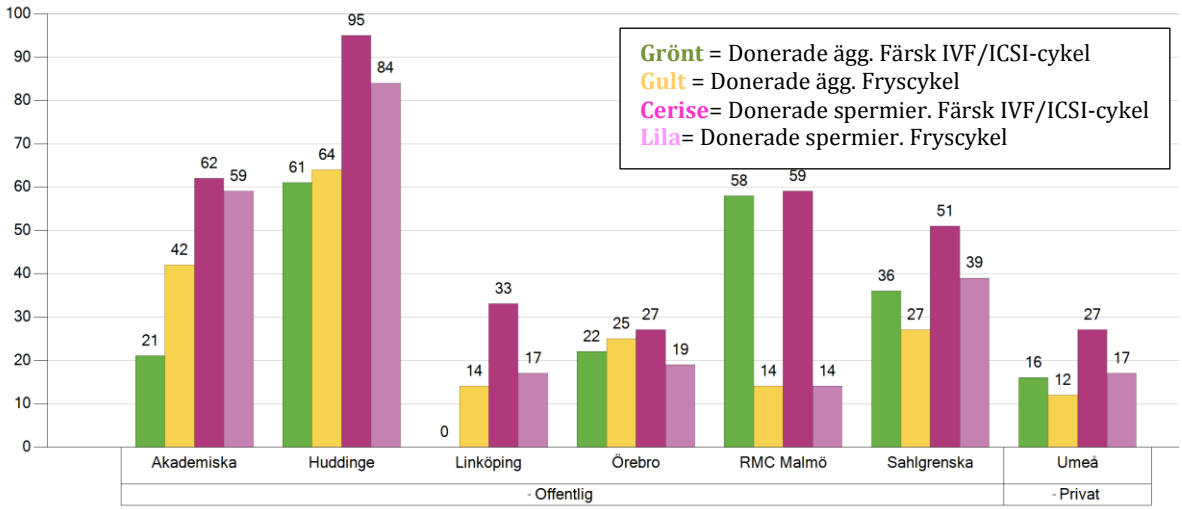
Figur 1. Antal startade IVF-cykler med egna gameter per klinik och cykeltyp (färsk/frys)



Kommentar: De gröna staplarna visar antalet startade färska IVF-cykler och de gula staplarna antalet återföranden med frysta/tinade embryon.

Under 2014 startades totalt 18 035 cykler med egna gameter jämfört med 17 239 år 2013. Efter att ha legat väsentligen oförändrat några år har antalet IVF-behandlingar nu återigen ökat. Ökningen ses både för färska och frysta cykler.

Figur 2. Antal startade IVF-cykler med donerade gameter per klinik och cykeltyp (färsk/frys) per klinik

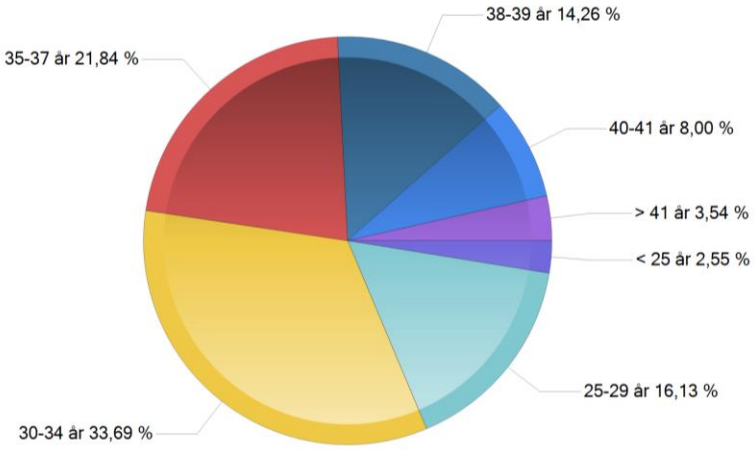


Kommentar: Antalet behandlingar med donerade gameter är i stort sett oförändrade jämfört med föregående år 2013.

Summering: IVF är en kliniskt etablerad verksamhet sedan mer än 20 år tillbaka och omfattar idag ca 19 000 behandlingar per år. Detta resulterade i 4 341 födda barn, vilket motsvarar 3,8% av alla barn som föddes i Sverige 2014.

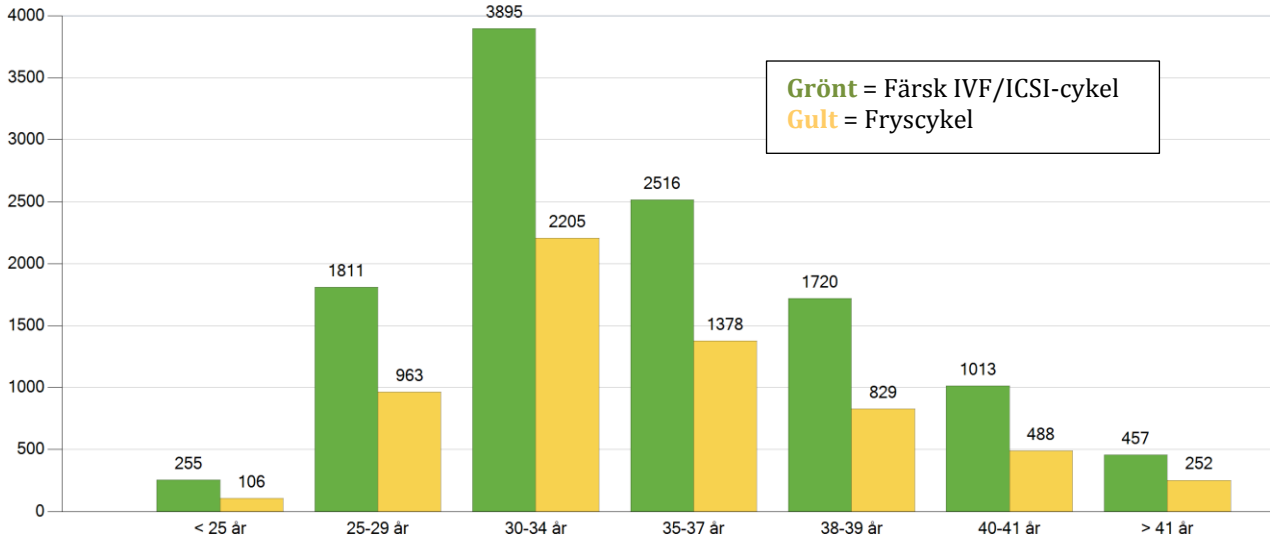
Rapporteringen idag omfattar mått som speglar omfattningen av IVF samt resultatmått t.ex. graviditets- och förlossningsfrekvens i olika åldersgrupper och efter olika typer av assisterad befruktning. Som resultatmått rapporteras också komplikationer med själva IVF- behandlingen samt mått på patient-tillfredställelse

Figur 3. Åldersfördelningen i procent för kvinnor som genomgår IVF-behandling. Egna och donerade gameter. Färsk cykel.



Kommentar: Drygt 70 % av kvinnorna var yngre än 38 år när behandlingen startade.

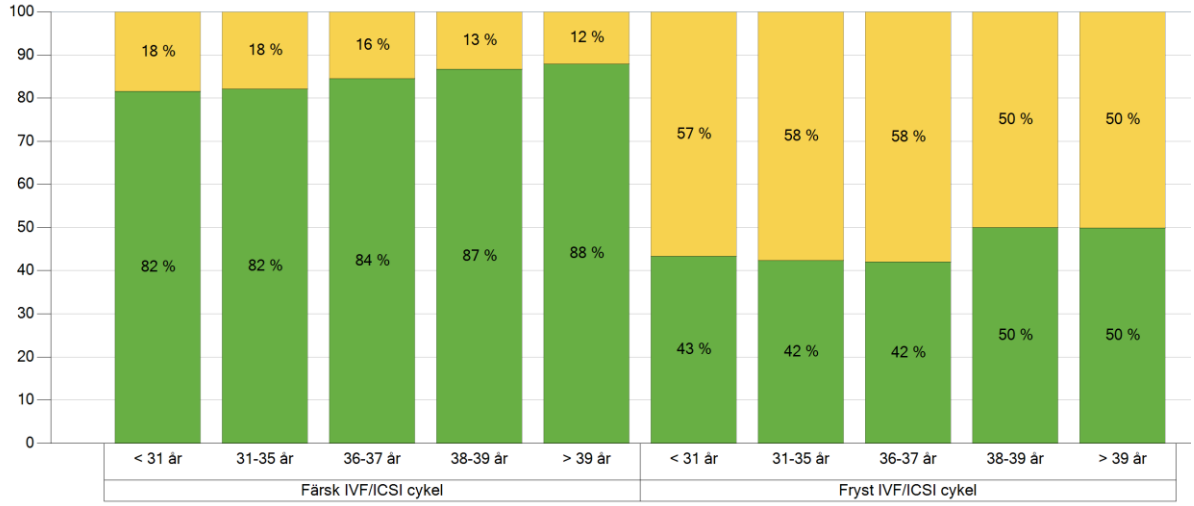
Figur 4. Antal startade behandlingar per ålderskategori (egna gameter)



Kommentar: Behandlingarna utgörs av cirka en tredjedel standard IVF, en tredjedel ICSI och en tredjedel frysta cykler.

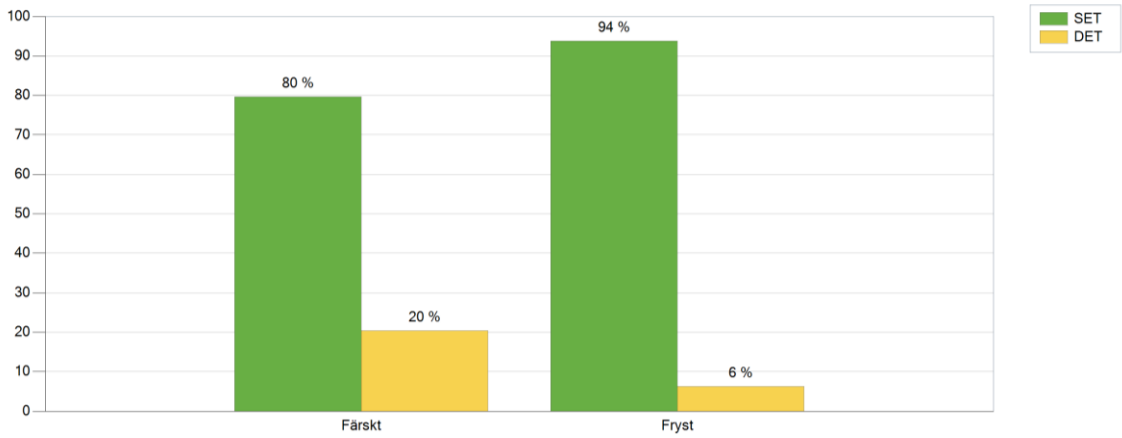
9.3. Egna gameter

Figur 5. Andel embryoåterföranden dag 2/3 respektive 5/6 per kvinnans ålder. Färsk IVF/ICSI-cykel och fryscykel.



Kommentar: Gröna staplar visar embryotransfers dag 2-3 och gula dag 5-6 (blastocyst). I färsk cykel sker återföranden på dag 2-3 i övervägande delen av alla behandlingar. Vid fryscykler sker fler återföranden i blastocyststadiet. Om återförandet i färsk cykel sker på dag 2-3 vidareodlas vanligen övriga embryon till dag 5-6 för att då om möjligt frysas.

Figur 6. Andel återföranden med ett respektive två embryon. Färsk IVF och fryscykel

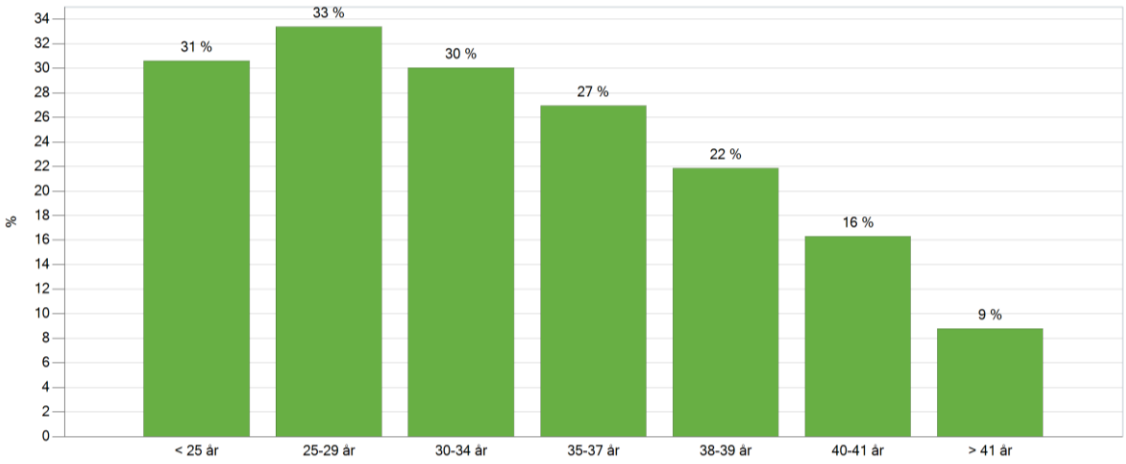


Kommentar: Det har skett en kontinuerlig ökning av SET-frekvensen genom åren. För år 2013 låg SET-frekvensen för färsk ET på 77% och för frys-ET på 92,2%.

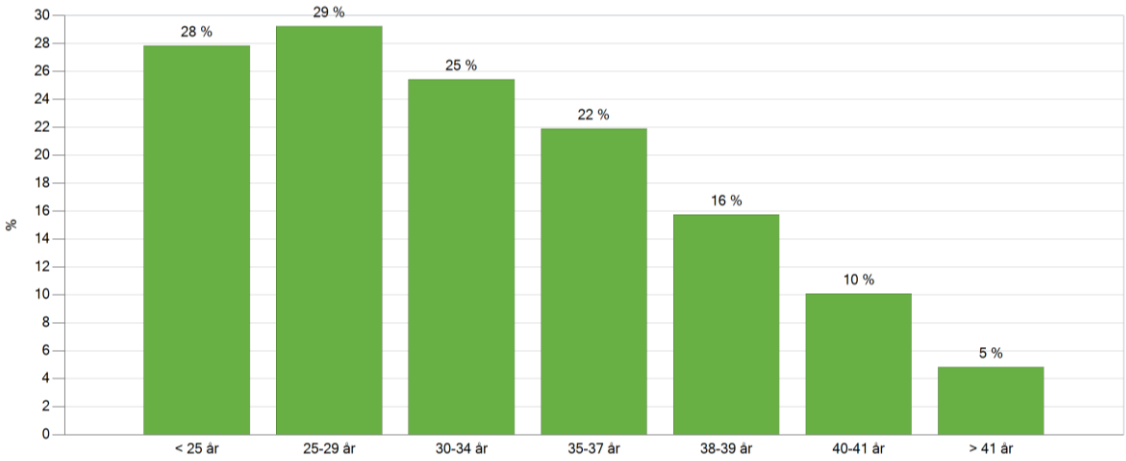
Summering: I Sverige har vi högst siffror i världen vad gäller att återföra endast ett embryo per behandling. I IVFs begynnelse var chanserna att bli gravid låga och därför återförde man både två och tre embryon. Med tiden fick man bättre och bättre resultat och därmed steg också flerbördsfrekvensen, framförallt tvillingar. Tvillingar innebär en kraftigt förhöjd risk för förtidig förlossning och

Resultat per moderns ålder

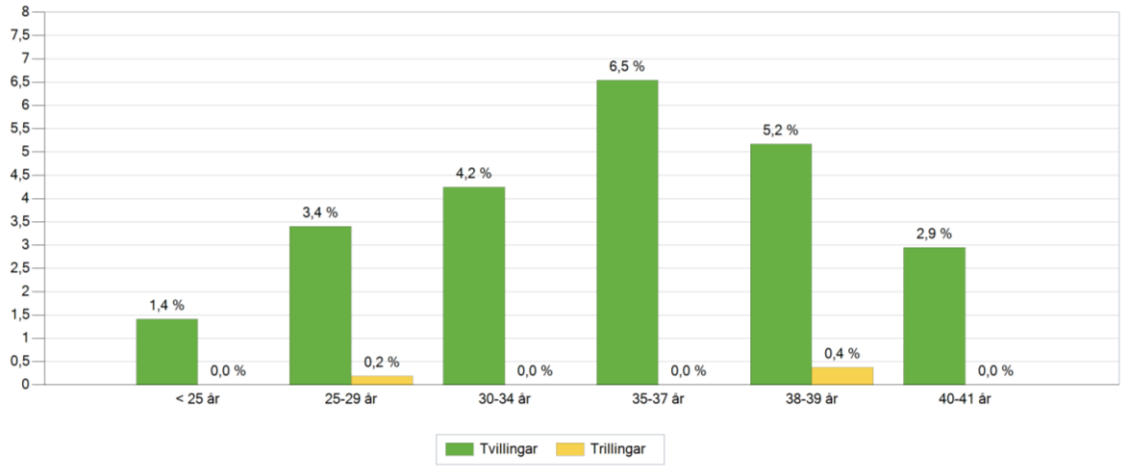
Figur 7. Klinisk graviditet per startad cykel, egna gameter, färsk IVF



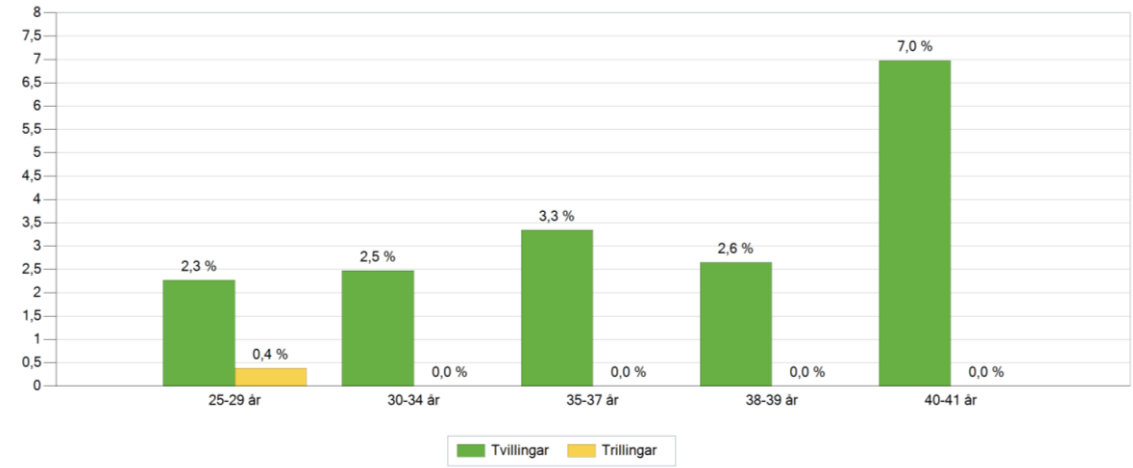
Figur 8. Förlossning per startad cykel, egna gameter, färsk IVF



Figur 9. Andel flerbördsförlossningar per moderns ålder. Färsk IVF/ICSI-cykel



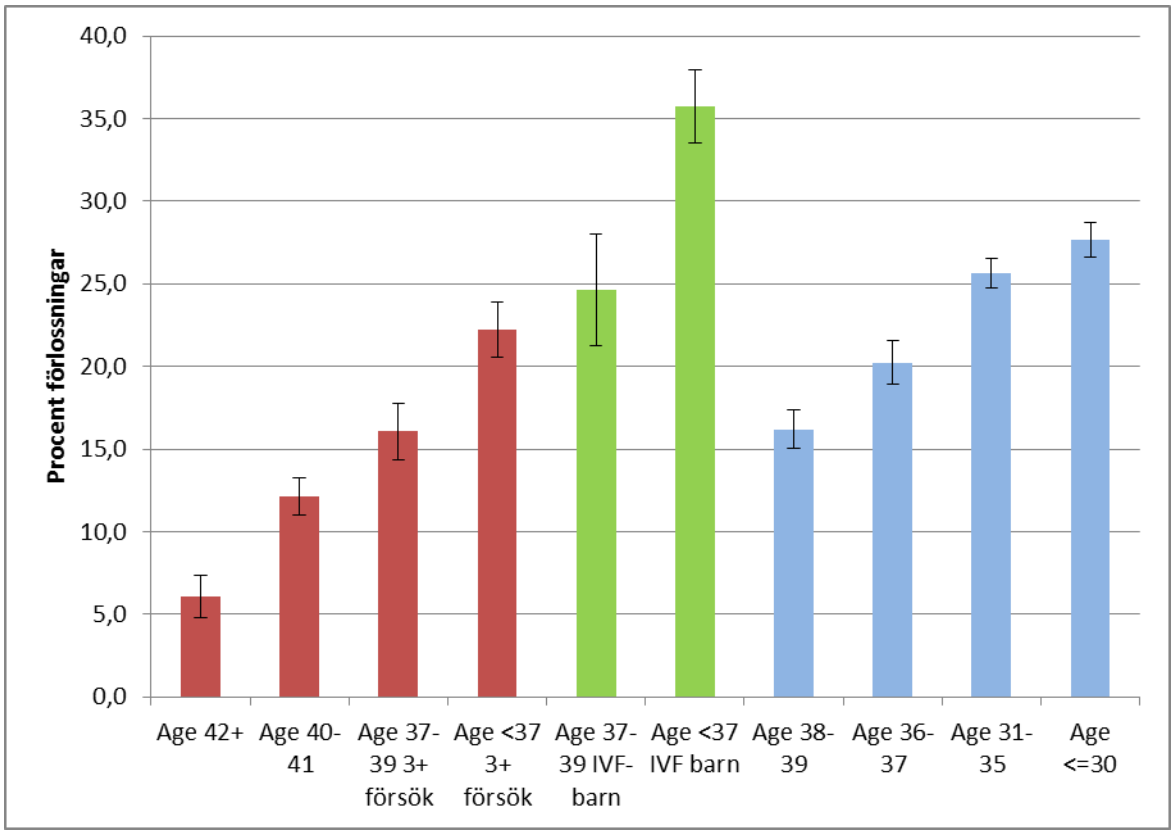
Figur 10. Andel flerbördsförlossningar per modernsålder. Fryst IVF/ICSI-cykel



Kommentar: Den totala flerbördsfrekvensen efter färsk cykel var 4.7% och efter fryst cykel 3,0%

Summering: Flerbördsfrekvensen efter IVF i Sverige är lägst i världen. För färska embryon har den på en 25-års period sjunkit från över 30% till ca 5%. I årets rapport ligger den för första gången under 5%. Skälet till att den är något högre hos lite äldre mammor beror på att de i högre utsträckning får två embryon återförda.

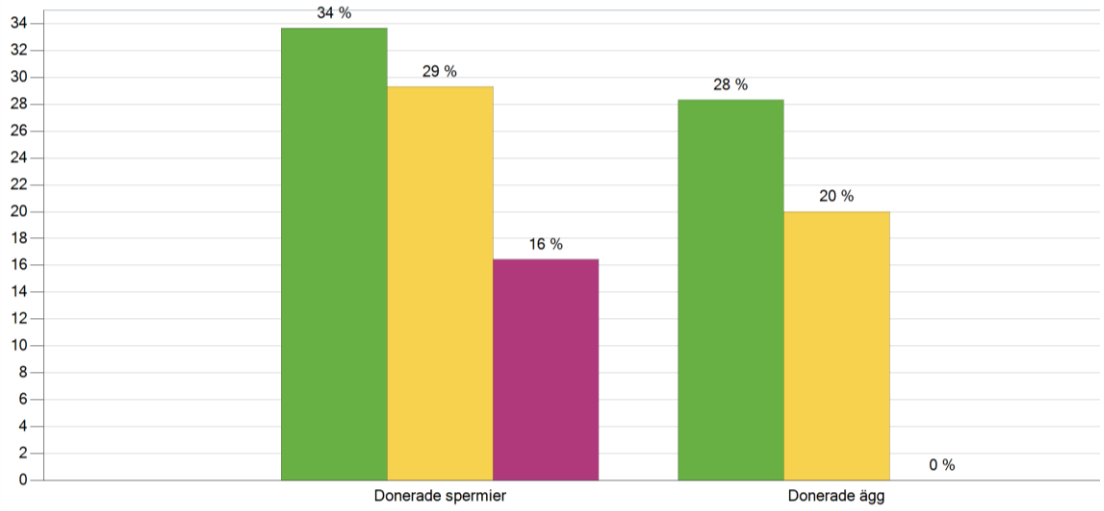
Figur 11. Andel förlossningar per olika grupper av patienter. Färsk IVF med egna gameter



Kommentar: De blå staplarna visar förlossningsfrekvensen för par som gör behandling nummer 1-3 och ej har tidigare IVF barn. De gröna staplarna visar förlossningsfrekvensen för de par som tidigare fått IVF barn. För grupperna i åldern 40-41 och 42+ (röda staplar längst till vänster) visas förlossningsfrekvensen oavsett antalet tidigare IVF-försök. För åldrarna <37 och 37-39 visar de röda staplarna förlossningsfrekvensen om man gjort fler färska försök än tre..

9.4. Donerade Gameter

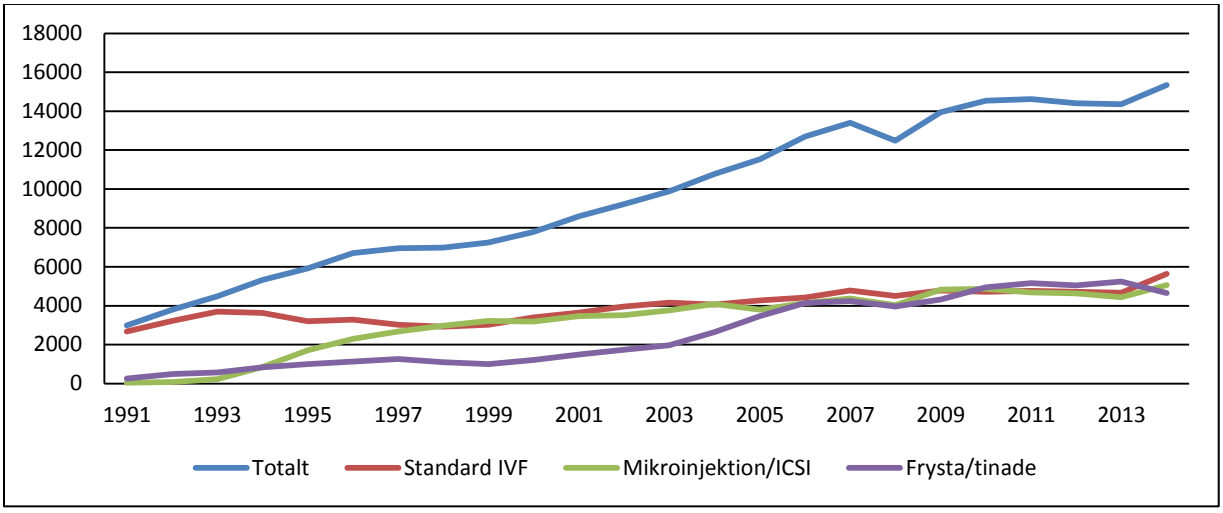
Figur 12. Förlossningsfrekvens per embryoåterförande med donerade gameter sam AID



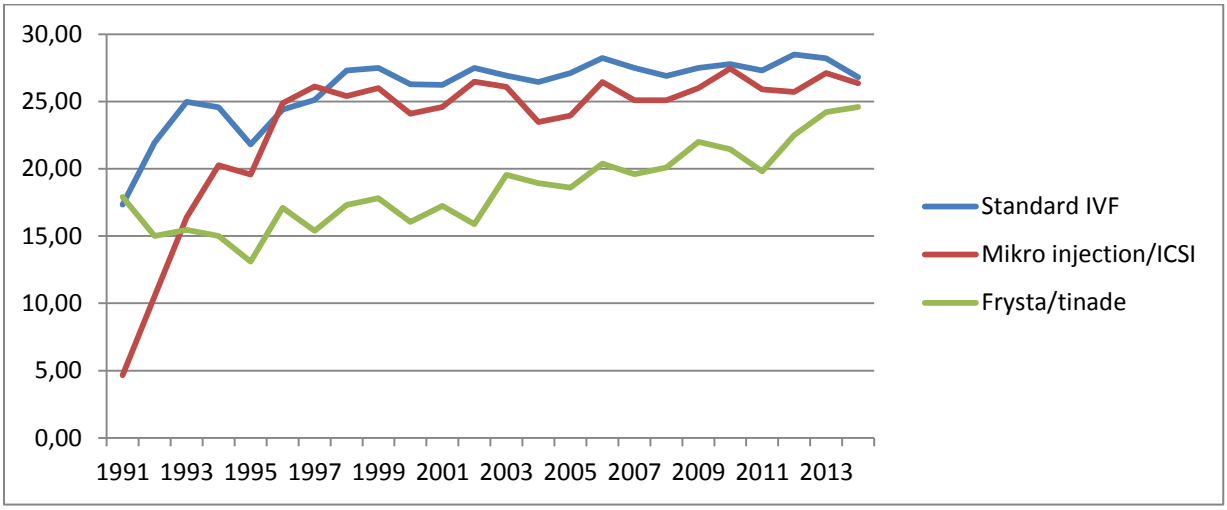
Kommentar: Gröna staplar visar färska IVF-cykler, gula visar återförande av frysta/tinade embryon och lila visar förslossningsfrekvensen för AID (insemination med donerade spermier). Nivåerna ligger i stort sett oförändrade jämfört med 2013.

10. Trender

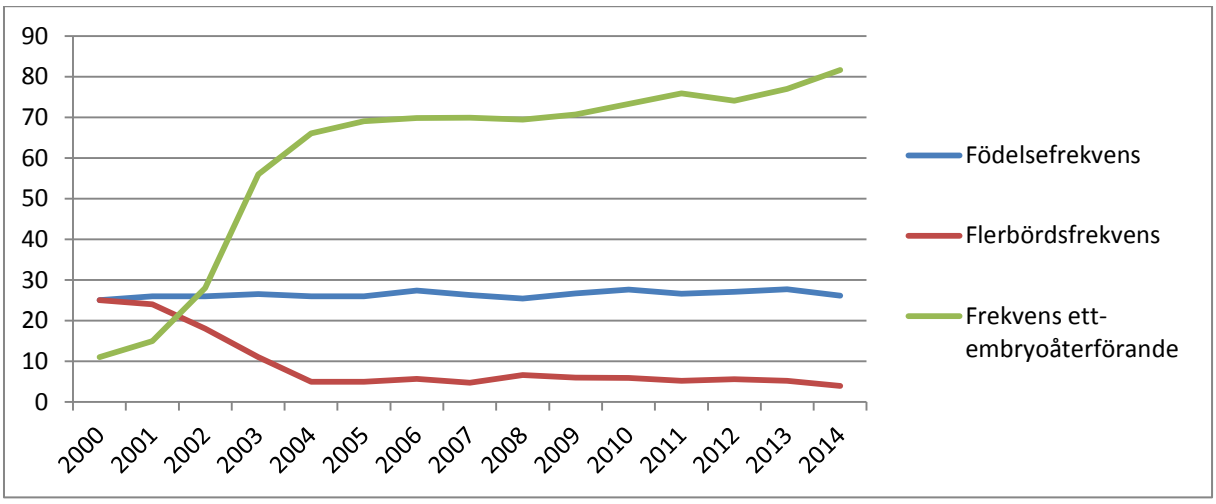
Figur 13. Antal embryoåterföranden per år för olika behandlingsmetoder tom 2014



Figur 14. Andel förlossningar per behandlingstyp alla år tom 2014

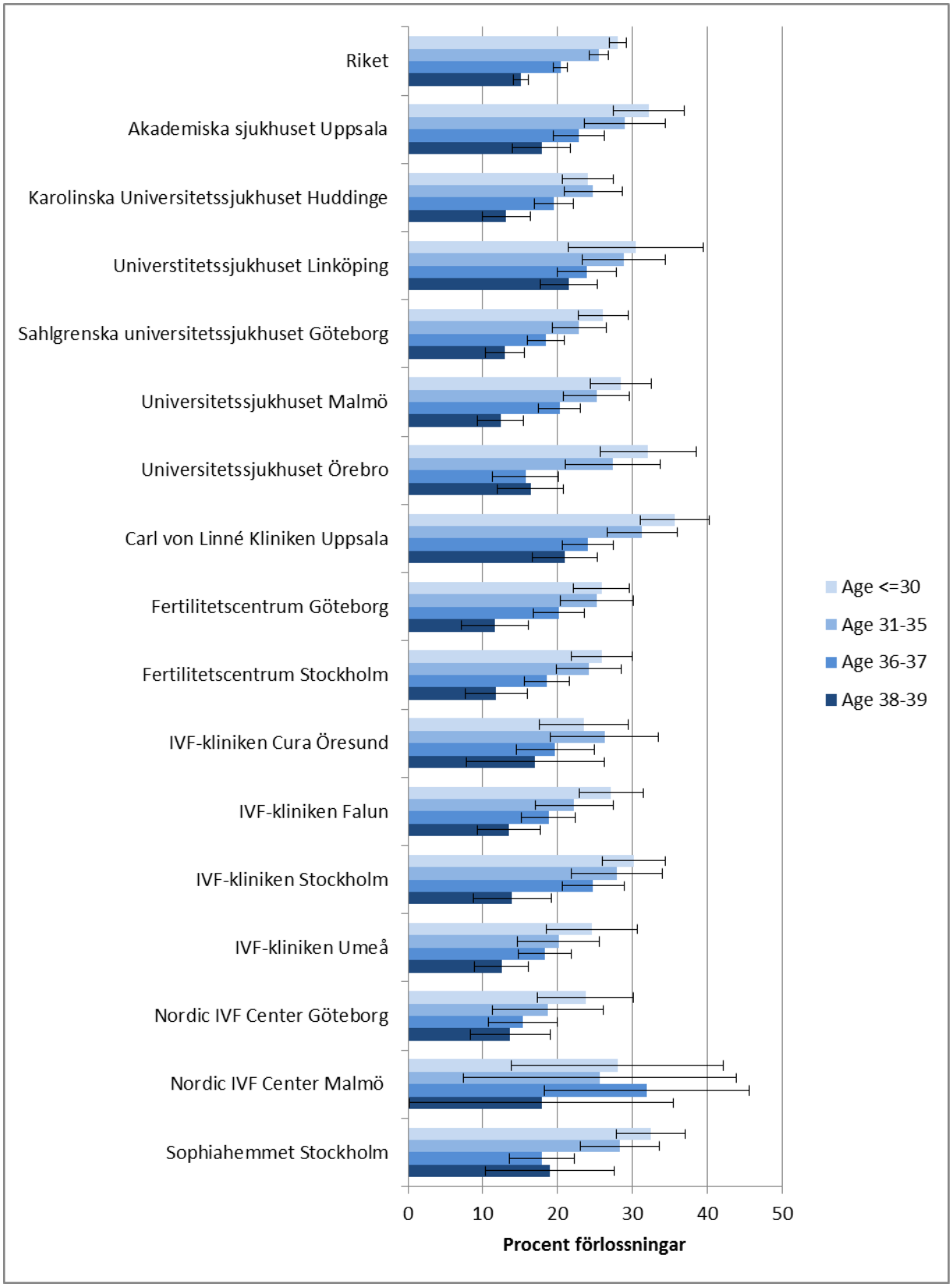


Figur 15. Andel förlossnings, -flerbörds- samt SET-frekvens per år



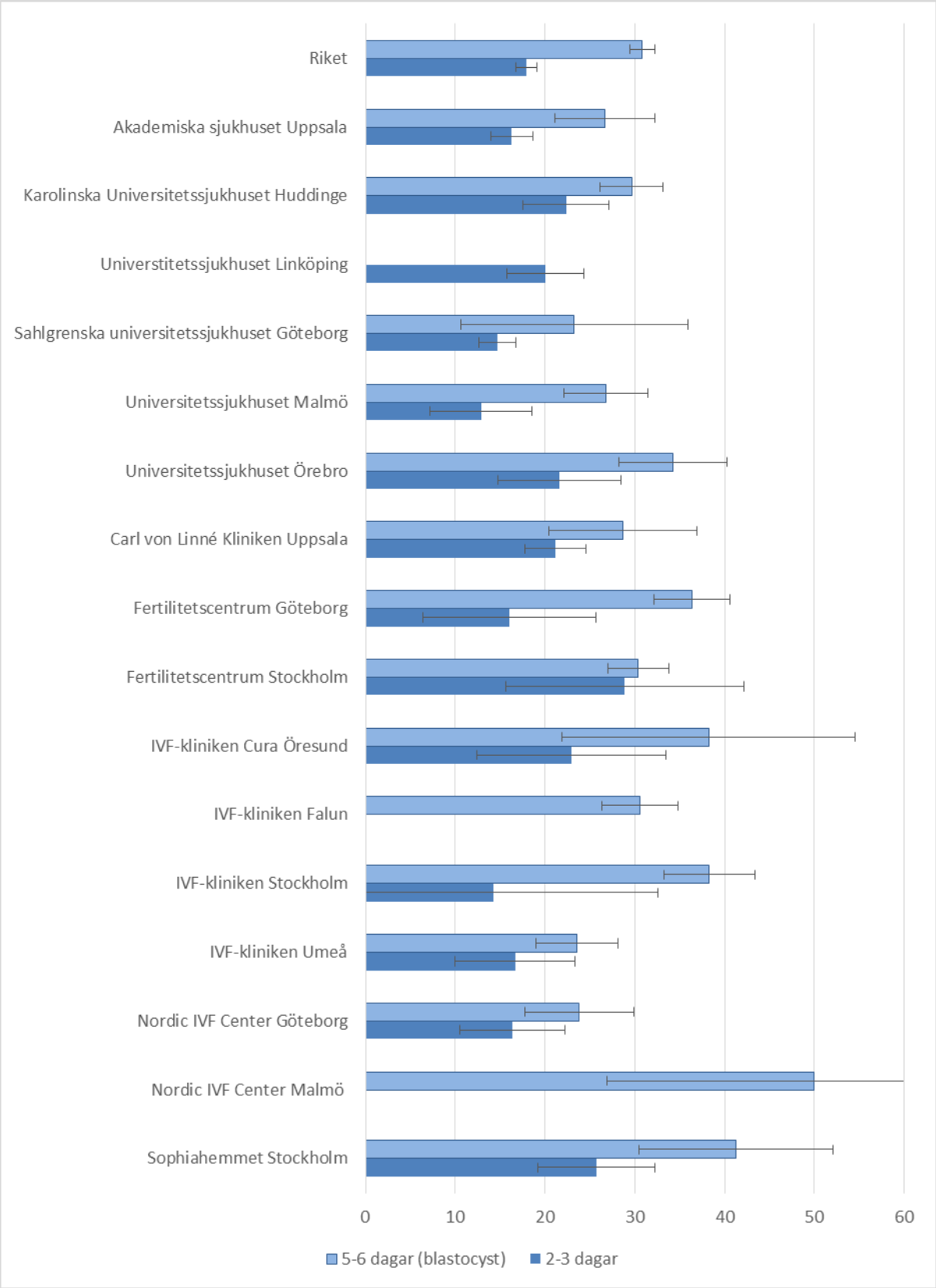
10.1. Öppna jämförelser

Figur 14. Förlossningar per åldersgrupp för par som genomgått 1-3 IVF-behandlingar och som ej tidigare har IVF barn åren 2012-2014. Färsk IVF med egna gameter.



Konfidensintervall: Konfidensintervall är en skatting 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 15. Förlossningar per åldersgrupp uppdelat på embryotransfer dag 2-3 respektive dag 5-6. År 2012-2014. Fryscykel egna gameter.



Konfidensintervall
Konfidensintervall är en skatting 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)

Kommentar Staplarna anger förlossningsfrekvens per klinik uppdelat på fyra åldersintervall för färska cykler och på dag 2-3 och blastocyst transfer för frysta cykler. De grå linjerna anger konfidensintervall. En viss variation ses i resultaten beroende på klinik, men i de flesta fall går konfidensintervallen omlott. Skillnaderna i resultat kan sannolikt förklaras av varierande patientunderlag vilket i allmänhet innebär att skillnaden inte är statistisk säkerställd.
För frysta cykler är förlossningsfrekvensen högre för blastocyst transfer men man ska då komma ihåg att odling fram till blastocyst ger färre tillgängliga embryon jämfört med 2-3 dagars odling. Man vet inte idag vilken av odlingsteknikerna som ger flest antal förlossningar räknat per ägguttag.

11. Kvalitet ur patientens perspektiv KUPP – Öppna jämförelser

KUPP är en patientenkät som används flitigt inom vården i Sverige. En variant, IVF-KUPP har utarbetats. Denna är validerad, lite kortare och innehåller specifika frågor för IVF-patienter. Patienterna gör sin bedömning på två sätt: dels om kliniken gör rätt saker, ”viktighet” (subjektiv betydelse), dels om man gör på rätt sätt, ”så var det för mig” (upplevd realitet)

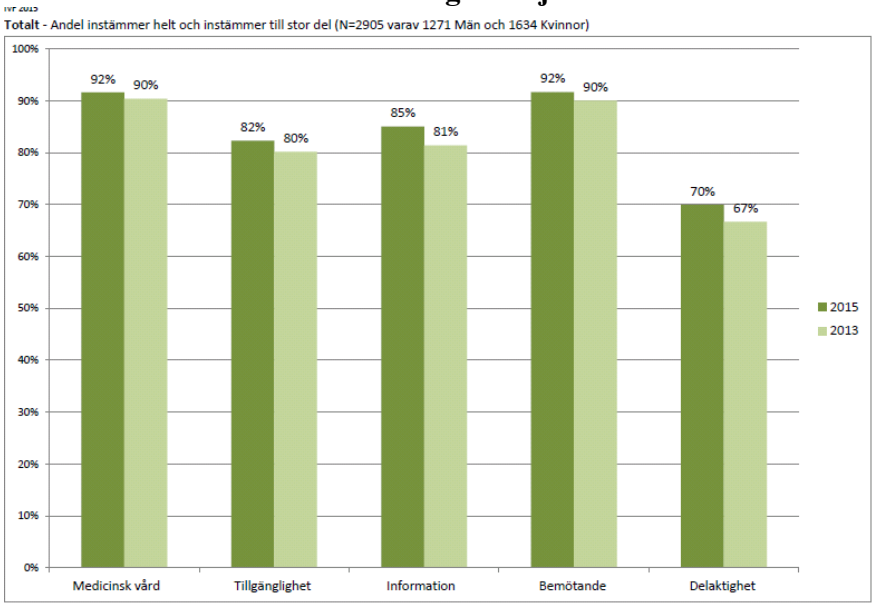
IVF-KUPP genomfördes under våren 2015i Q-IVFs regi för andra gången på landets 16 IVF-kliniker (både offentliga och privata). Under hösten 2016 pågår den tredje enkätomgången. Varje klinik får sina egna enkätsvar, för att arbeta vidare med förbättringar. Q-IVF publicerar öppna jämförelser inom 5 områden. 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 2015 in nästan 3000 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)

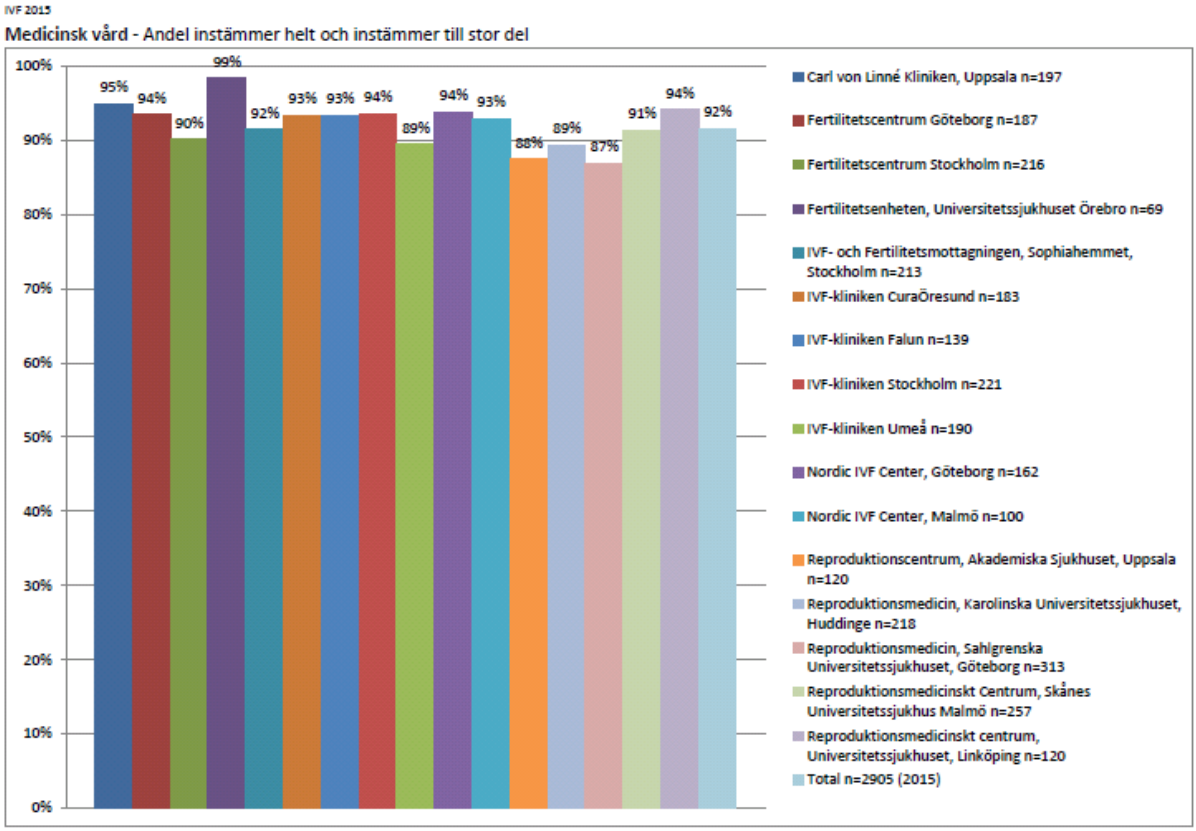
Svaren gäller den andel som svarat att de ”instämmer helt” eller ”instämmer till stor del” på de utvalda frågorna i enkäten.

Figur 18. **Genomsnitt för alla kliniker i Sverige och jämförelse med förra enkäten**

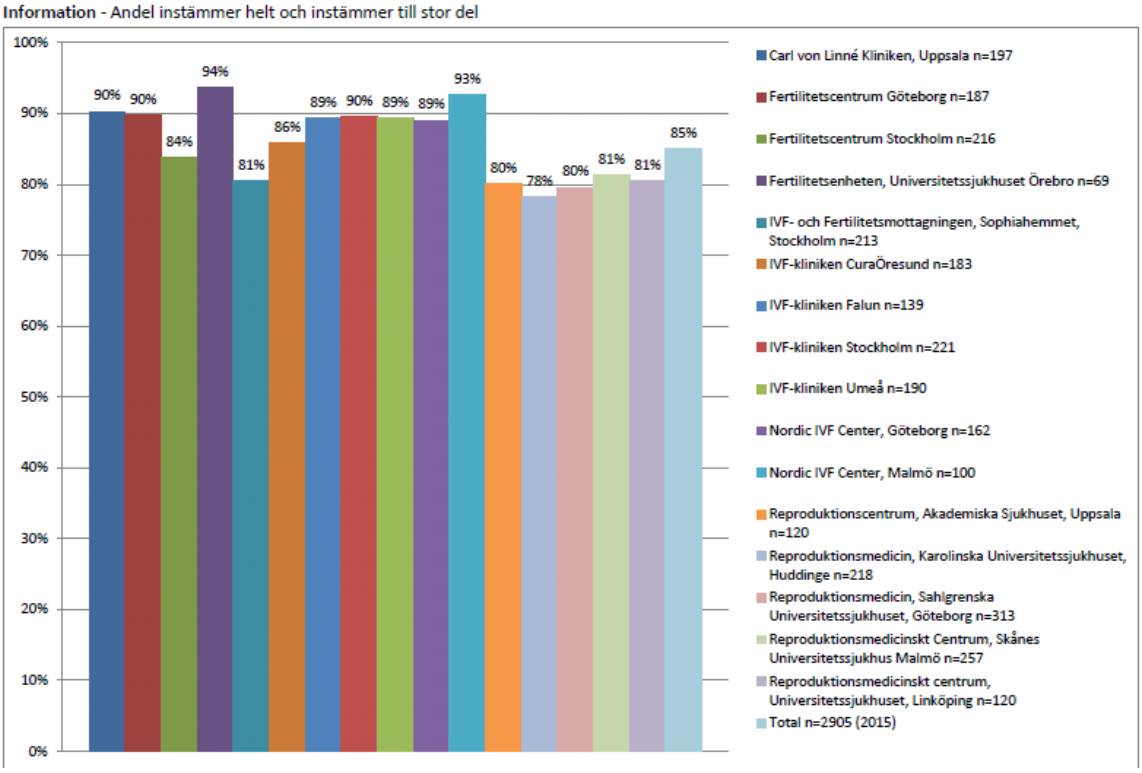


Kommentar: Stapeldiagrammet visar att klinikerna totalt blivit bättre på alla områden jämfört med enkäten 2013, något som visar på nyttan med förbättringsarbete. Paren överlag var återigen mest nöjda med ”medicinsk vård” och ”bemötande”. Här fick alla kliniker, både offentliga och privata, höga procentsiffror.

Medicinsk vård



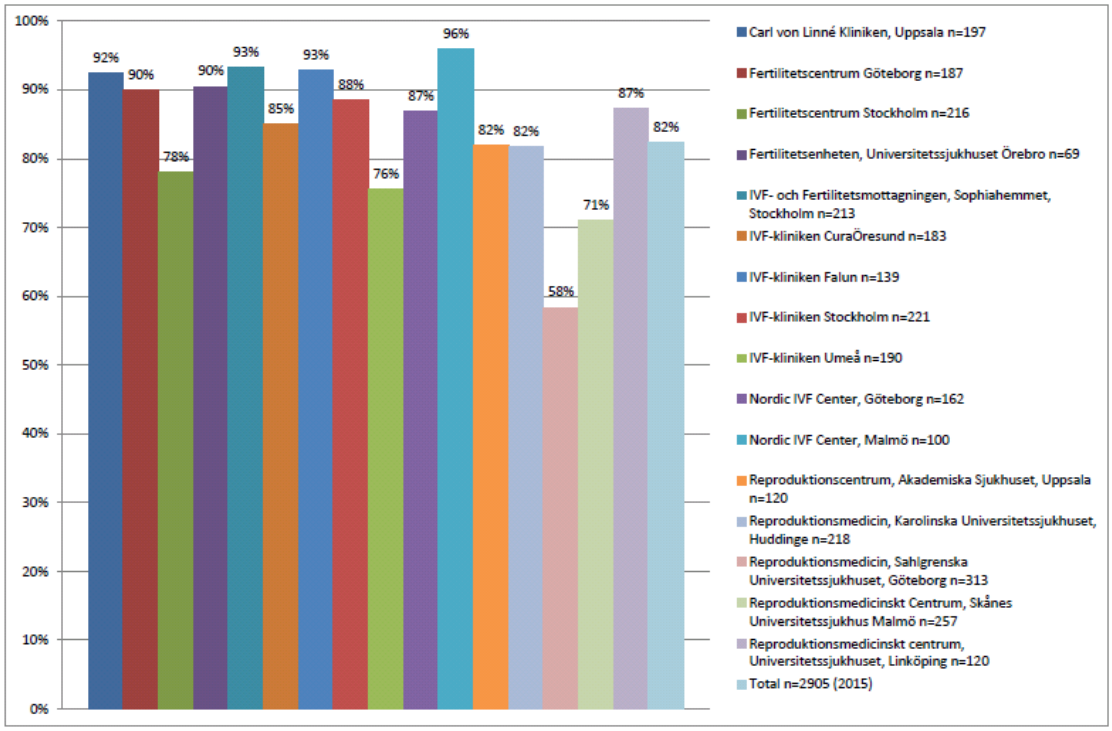
Information



Tillgänglighet¨

IVF 2015

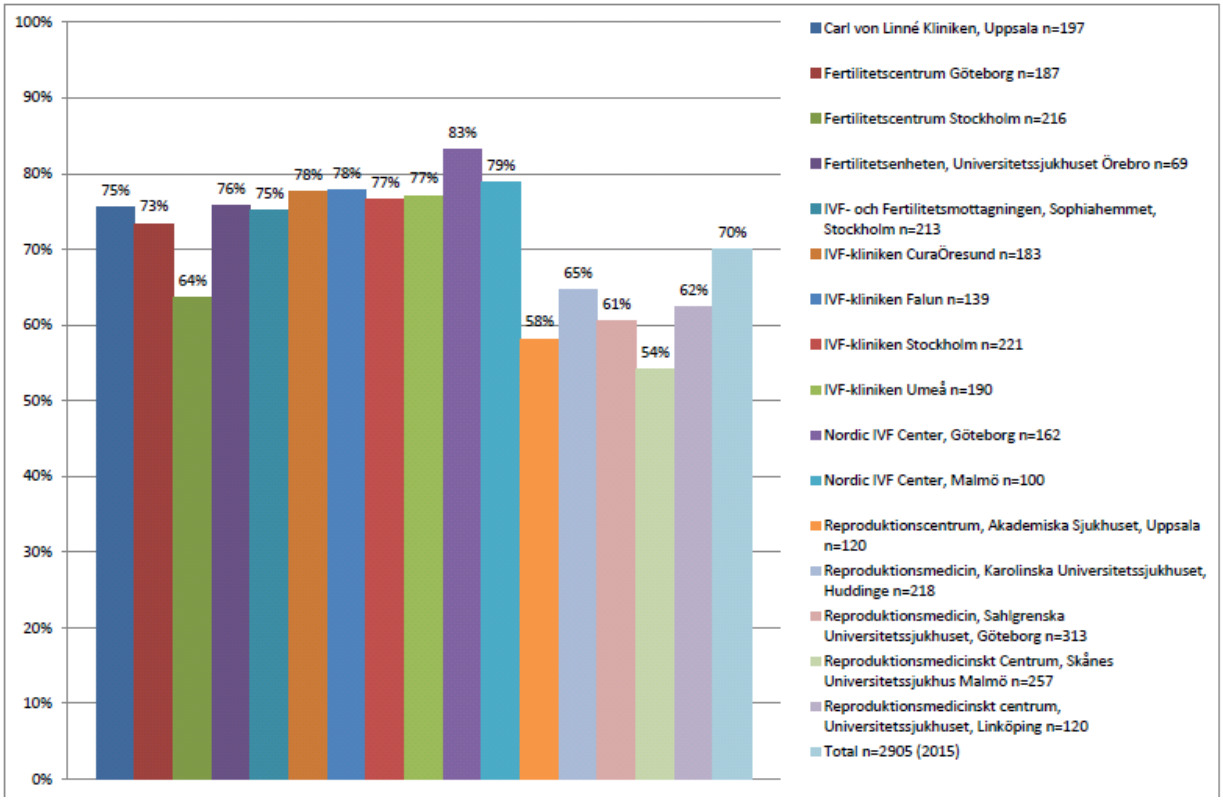
Tillgänglighet - Andel instämmer helt och instämmer till stor del



Delaktighet

IVF 2015

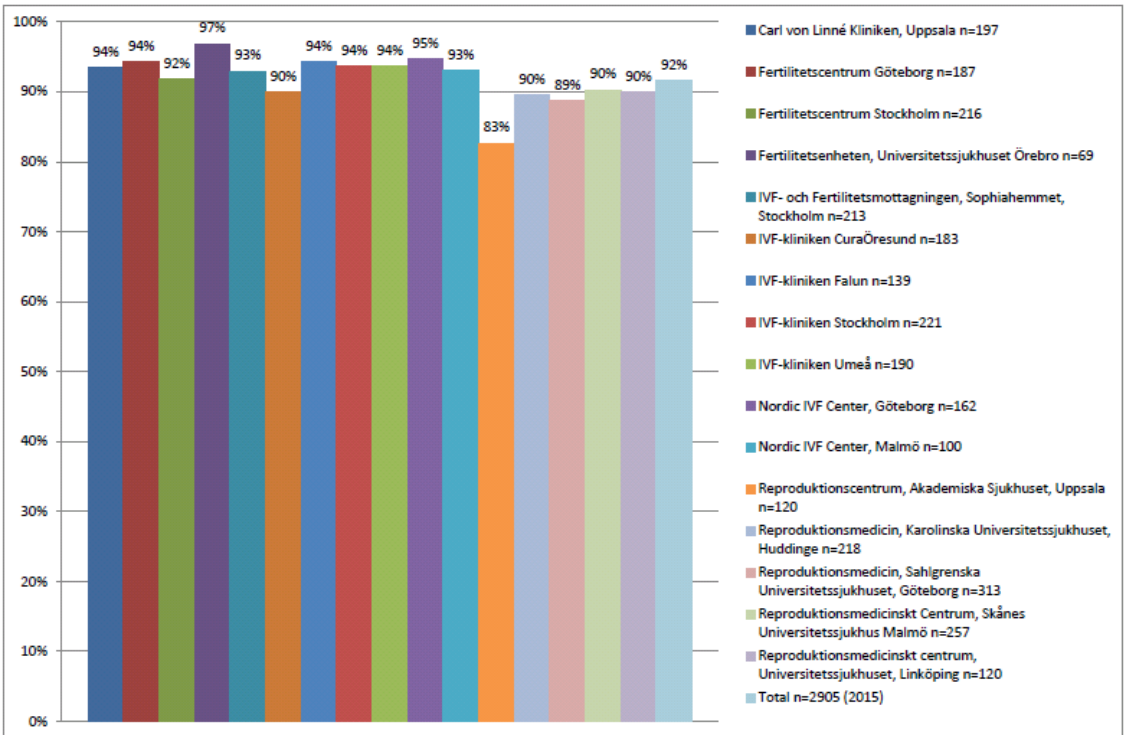
Delaktighet - Andel instämmer helt och instämmer till stor del



Bemötande

IVF 2015

Bemötande - Andel instämmer helt och instämmer till stor del



Summering: Kunskap om vad patienterna tycker är en viktig källa till framtida förbättringar. Att klinikerna jobbat med att bli bättre kan vi se av att nöjdheten hade ökat inom alla områden om man räknar samman alla kliniker.

Q-IVF genomför dessa enkäter med cirka 1½ års mellanrum. Tidsintervallet motiveras av att klinikerna skall få tid och möjlighet till förbättringsarbete.