

# Assisterad befruktning

KARTLÄGGNING OCH LANDSTINGENS ERBJUDANDEN  
NOVEMBER 2012- VERSION 2

## Innehållsförteckning

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Sammanfattning</b> .....  | <b>3</b>  |
| Nästa steg .....   | 6         |
| <b>Barnlöshet</b> .....  | <b>7</b>  |
| Definition av ofrivillig barnlöshet.....                                   | 7         |
| Olika metoder för att övervinna ofrivillig barnlöshet .....                | 7         |
| Assisterad befruktning.....  | 8         |
| Sammanfattning barnlöshet .....  | 10        |
| <b>Lagar och förordningar</b> .....  | <b>11</b> |
| Regionala självstyret .....  | 12        |
| Vårdgarantin.....  | 14        |
| Vårdnadshavare .....   | 17        |
| Sammanfattning lagar och förordningar .....                                | 18        |
| <b>Rättsliga domar</b> .....   | <b>19</b> |
| Sammanfattning rättsliga domar .....                                       | 20        |
| <b>Kostnad för behandling</b> .....  | <b>21</b> |
| Kostnader per patient.....   | 21        |
| Privat utförd behandling .....   | 22        |
| Vård utanför hemlandstinget .....  | 23        |
| Försäkringskassan EES vård.....  | 23        |
| Sammanfattning kostnad för behandling .....                                | 24        |
| <b>Utländska förhållanden</b> .....  | <b>25</b> |
| Danmark.....   | 25        |
| Finland.....   | 26        |
| Storbritannien .....   | 27        |
| Sammanfattning utländska förhållanden.....                                 | 27        |
| <b>Utvecklingen framöver</b> .....   | <b>28</b> |
| Ensamstående .....   | 28        |
| Könsbyte .....   | 28        |
| Embryodonation .....   | 29        |
| Sammanfattning utvecklingen framöver.....                                  | 29        |
| <b>Landstingens erbjudanden vid assisterad befruktning</b> .....           | <b>30</b> |
| Insemination .....   | 31        |
| In vitro fertilisering .....   | 37        |
| Sammanfattning landstingens erbjudanden kring assisterad befruktning ..... | 46        |
| <b>Källförteckning</b> .....   | <b>48</b> |

# Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har fått ett uppdrag från sjukvårdsdelegationen att utreda frågan om assisterad befruktning som ett led i arbetet med harmonisering. Under utredningens gång har det stått allt mer klart att det skulle bli för ensidigt att enbart utgå ifrån en kartläggning av det erbjudande som varje landsting har kring assisterad befruktning. I utredningen har därför frågeställningen breddats. Rapporten är nu uppdelad i två huvuddelar där den första delen är en kunskapssammanställning kring definitioner, rättsliga regleringar och relevanta domar, kostnader, utländska förhållanden och utvecklingen framöver. Den andra delen utgörs av en sammanställning av utskickade enkäter till landstingen med frågor kring deras erbjudanden vid assisterad befruktning.

## **Regleringar och förutsättningar för assisterad befruktning**

8-9 procent av kvinnor i Sverige beräknas vara ofrivilligt barnlösa. Lesbiska eller heterosexuella par kan söka hjälp hos landstinget för utredning. Socialstyrelsen har definierat assisterad befruktning som ”åtgärd som syftar till att på medicinsk väg befrukta ägg med spermier i eller utanför en kvinnas kropp”. Sjukvården i Sverige erbjuder idag två huvudtyper av assisterad befruktning, insemination eller in vitro-fertilisering (IVF). I det nationella kvalitetsregistret Q-IVF framgår att 16 000 IVF-behandlingar genomfördes år 2010 vilket resulterade i ca 3 700 födda barn.

Behandling av och förutsättningarna för assisterad befruktning regleras av internationella och nationella lagar, konventioner och föreskrifter. I den svenska lagstiftningen framgår det att behandling mot ofrivillig barnlöshet ska omfattas av det offentliga åtagandet. Vårdgarantin är tillämplig för offentligt finansierad assisterad befruktning. Om en behandling är beroende av t.ex. donation av ägg eller spermier startar vårdgarantins tidsgränser när dessa finns på plats. När ett par genomgår en assisterad befruktning är det också reglerat vem som blir vårdnadshavare till barnet. Sker den assisterade befruktningen i Sverige genom donerade ägg eller spermier har barnet rätt att få kännedom om sitt genetiska ursprung och kan få reda på vem donatorn är när han eller hon uppnått tillräcklig mognad.

I Sverige finns det fyra rättsfall inom området assisterad befruktning. Tre rör fall av diskriminering av sexuell läggning och ett fall av åldersdiskriminering. I fallen med diskriminering av sexuell läggning är det landstingen i Uppsala län,

Landstinget i Västerbotten och Stockholms läns landsting som är åtalande. I fallet med åldersdiskriminering är det Försäkringskassan som är åtalad. Landstingen i Uppsala och Västerbotten friades från anklagelserna. Stockholms läns landsting har överklagat den fällande domen i tingsrätten. I det fjärde fallet fick paret rätt till ersättning från försäkringskassan för EU/EES vård när de utförde behandlingen i Finland och den åldersgräns som Norrbottens läns landsting hade då inte var förenlig med ”vetenskap och beprövad erfarenhet”.

I SKLs KPP-databas framgår att kostnaden per vårdtillfälle för behandling av kvinnlig infertilitet är ca 30 000 kronor. Kostnaden för en privat utförd och privat finansierad behandling av assisterad befruktning skiljer sig något åt mellan de olika klinikerna, men som ett riktmärke kostar en standard IVF-behandling ca 25-35 000 kronor per försök. I den kostnaden ingår inte läkemedel. Läkemedel som används vid privat utförd och privat finansierad assisterad befruktning bekostas av det offentliga.

I Sverige pågår ett arbete för att ändra lagstiftningen så att ensamstående också kan genomgå assisterad befruktning.

Det finns ingen gemensam europeisk lagstiftning inom området assisterad befruktning, inte heller någon sammanhållen nordisk politik. Sverige var tillsammans med Norge bland de första länderna i världen med en lagstiftning inom området assisterad befruktning, vilken infördes redan på 1980-talet. I en genomgång av reglerna vid assisterad befruktning i Danmark, Finland och Storbritannien ser det olika ut. Finland har ingen uttalad åldersgräns men Danmark och Storbritannien (efter de föreslagna förändringarna) har 39-40 år för den behandlande kvinnan som gräns för vad samhället erbjuder inom det offentliga åtagandet.

### **Landstingens erbjudanden vid assisterad befruktning**

Under september 2012 skickades en enkät ut till landstingen med frågor inom området assisterad befruktning. Samtliga landsting utom Gävleborg har svarat. Norra sjukvårdsregionen (Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Västernorrland) fattade ett beslut i förbundsregionen i september 2012 kring nya regler. I kartläggningen redovisas de nya rekommendationerna. Region Halland har i sin landstingsledning fattat beslut om att hela regionen ska omfattas av södra sjukvårdsregionens rekommendationer.

Resultaten av enkätsvaren visar att skillnaderna mellan landstingens erbjudanden kring assisterad befruktning har minskat sedan motsvarande sammanställning 2010. I många avseenden är skillnaden mellan landstingen liten. Landstingens rekommendationer skiljer sig åt inom följande områden.

#### *Insemination*

Antalet erbjudna inseminationsförsök skiljer sig mellan 2 och 6 försök. Här bör det dock noteras att landstingen har olika principer för inseminationsförsök, det är vanligt med en variant där ett eller flera inseminationsförsök kan bytas mot IVF-försök. Insemination av heterosexuella (med ägg och spermier inom paret) utförs i låg omfattning.

Åldersgränser vid inseminationsförsök för den behandlade kvinnan varierar mellan 37 och 41 år mellan landstingen. Landstingen har dessutom olika praxis vid tolkningen av åldersgränserna. Vissa landsting tolkar åldersgränsen som att

kvinnan vid behandlingstillfället inte får överskrida en viss ålder, medan för andra avser åldern start av första behandlingen.

Åldersgränsen för partnern finns också i de flesta landsting. Vissa landsting har olika åldersgränser för om partnern är en man eller kvinna. Västra Götalands Regionen och Landstinget Dalarna har olika åldersgränser men dessa två landsting tillåter lesbiska att dela på inseminationsförsöken.

Förutom Västra Götalands Regionen och Landstinget Dalarna är det ytterligare 6 landsting som möjliggör för lesbiska par att dela på inseminationsförsöken. Dessa är Uppsala läns landsting, Örebro Läns Landsting, Landstinget i Värmland, Östergötlands läns landsting, Landstinget i Jönköpings Län och Landstinget i Kalmar län.

Endast Landstinget i Östergötland tillämpar en annan avgiftprincip än sedvanliga patientavgifter vid inseminationsbehandling, och det gäller lesbiska kvinnor som får betala 3000 kronor för två inseminationer. De landsting som har angivit att de inte utför inseminationsbehandlingen inom tre månader hänvisar alla till bristen på donerad sperma som orsaken till det.

### *In vitro fertilisering*

Vid in vitro fertilisering erbjuder landstingen mellan 2 och 3 försök. Olika landsting/sjukvårdsregioner har olika system för sina erbjudanden. I vissa landsting kan patienterna byta ut inseminationsförsök mot IVF-försök. Om det finns ägglédarskada erbjuds i vissa fall fler försök. Hänsyn måste också tas kring rutinerna för hanteringen av återföring av embryon.

Åldersgränserna för IVF-behandling varierar mellan 37 och 40 år. Tolkningen av åldersgränserna varierar dock mellan landstingen. Västra Götalands Regionen och Landstinget i Värmland har olika åldersgränser för partnern men dessa två landsting tillåter ett lesbiskt par att dela på IVF-försöken.

Förutom Västra Götalands Regionen och Landstinget i Värmland är det ytterligare fem landsting som möjliggör för lesbiska par att dela på IVF-försöken. Dessa är Uppsala läns landsting, Örebro Läns Landsting, Östergötlands läns landsting och Landstinget i Jönköpings Län. De landsting som har angivit att de inte utför IVF-behandlingen inom tre månader hänvisar alla till bristen på donerad sperma eller donerade ägg som orsaken till det. Landstingen i norra regionen har uppgett att det kan vara upp till tre års väntetid för äggdonation.

### *Harmonisering*

Åtta landsting har uppgett att de skulle vilja se en harmonisering av landstingens rekommendationer inom området assisterad befruktning. Motiv som angivits är att det skulle bli bättre för patienterna och en mer jämlik vård över landet. 6 landsting har angivit att en harmonisering inte är nödvändig, och lika många landsting har inte svarat på frågan.

## Nästa steg

Sjukvårdsdelegationen<sup>1</sup> beslutade på sitt möte den 17 november 2012 att ge SKL:s Vävnadsråd<sup>2</sup> i uppdrag att senast den 30 juni 2013 nationellt kartlägga och ta fram gemensamma nationella tolkningar inom följande områden:

1. frysförvaringen av embryon avseende omfattning, rutiner i landstingen, forskning inom området, användningen speciellt angående ansökan till Socialstyrelsen om dispens från nuvarande regelverk samt kassationen
2. tolkningen av begreppet barnlöshet avseende landstingens erbjudande om assisterad befruktning
3. landstingens tolkning av angivna åldersnivåer vid assisterad befruktning, kartläggningen ska omfatta den behandlade kvinnan så väl som partnern

dessutom ges gruppen i uppdrag att senast den 30 juni 2013:

4. Undersöka förutsättningarna för ett utbyte av donerade ägg och spermier mellan landstingen, detta för att utjämna brister i landet
5. Undersöka rutinerna för fortsatt behandling av kvinnor (par) som inleder en behandling mot barnlöshet i ett annat land men önskar fortsätta kontroll
6. Undersöka omfattningen av offentligt finansierad läkemedelsbehandling vid privat utförd IVF

---

<sup>1</sup> Sjukvårdsdelegationen är SKL:s politiska beredning som hanterar övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor, de har även viss delegerad beslutsrätt från SKL:s styrelse. Delegationen har 13 ledamöter och sju ersättare.

<sup>2</sup> SKL:s Vävnadsråd är en samverkande och samordnande insats för landstingen, inom de områden som regleras av införlivande av EU-direktiven om vävnader och celler (2004/23/EG) i den svenska lagstiftningen. I rådet ingår vävnadssamordnaren från landsting med regionsjukhus, en representant för var och en av de nationella vävnadsområdesgrupperna (benvävnad, cellterapi, hjärtklaffarm hornhinnor, hud, könsceller och samceller), en representant för de privata vävnads- och cellföretagen, minst en representant från SKL.

# Barnlöshet

## Definition av ofrivillig barnlöshet

Ofrivillig barnlöshet definieras, i Sverige för ett heterosexuellt par, som att de haft regelbundet oskyddade samlag i ett år utan att det gett upphov till graviditet. Två års regelbundet samlag utan att det resulterar i barn definieras av världshälsoorganisationen WHO som barnlöshet. Kvinnor som redan har barn brukar inte kallas ofrivilligt barnlösa även om de inte lyckas få barn på nytt. För lesbiska par som bor tillsammans finns ingen tydlig definition av ofrivillig barnlöshet, men de kan söka hjälp i hälso- och sjukvården för utredning om de har en stabil relation. Finns det kända medicinska hinder för att bli gravid eller om kvinnan är över 38 år bör paret söka hjälp direkt.<sup>3,4</sup>

Beräkningar har gjorts av andelen barnlösa i befolkningen i Sverige. Med hjälp av registerdata och urvalsundersökningar har barnlösheten uppskattats till 13-14 procent. Detta mäts genom andelen kvinnor som inte fått egna biologiska barn efter att de passerat klimakteriet. Ca 5 procent anges vara frivilligt barnlösa, ca 1 procent adopterar barn och ca 8-9 procent är ofrivilligt barnlösa.<sup>5</sup>

## Olika metoder för att övervinna ofrivillig barnlöshet

Assiterad befruktning eller adoption är de vanligaste metoderna för att övervinna ofrivillig barnlöshet.

### *Adoption*

Sedan 1969 har ungefär 49 000 barn kommit till Sverige genom internationell adoption. Varje år anländer cirka 800 barn för adoption. Ungefär en procentenhet blir föräldrar genom adoption i Sverige. Adoptionsverksamheten är reglerade svensk lag och internationella konventioner. Det är FN:s konvention om barnets rättigheter samt 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner. I dessa båda understryks att vid internationell adoption ska alltid barnets bästa beaktas.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> (1177, 2012)

<sup>4</sup> (WHO, 2012)

<sup>5</sup> (SCB, 2012)

<sup>6</sup> (mia, 2012)

## Assisterad befruktning

### *Definitioner och historik*

Socialstyrelsen har i föreskriften SOSFS 2009:32 definierat assisterad befruktning som ”åtgärd som syftar till att på medicinsk väg befrukta ägg med spermier i eller utanför en kvinnas kropp”. De finns två huvudsakliga typer av assisterad befruktning: insemination, då spermier hanteras utanför kroppen eller provrörsbefruktning (in vitro-fertilisering, IVF) där både spermier och ägg hanteras utanför kroppen.

Det första provrörsbarnet i världen, Louise Brown föddes den 25 juli 1978 i Storbritannien. Skandinavien första provrörsbarn föddes den 26 september 1982 på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. År 2010 gick Nobelpriset i medicin till pionjären inom forskning om assisterad befruktning, Robert G. Edwards, som tillsammans med sitt forskningsteam utvecklade metoden in vitro-fertilisering (IVF).

### *Omfattning*

I Sverige registreras alla IVF-behandlingar i ett kvalitetsregister, Q-IVF. Registret drivs gemensamt av alla IVF-kliniker i Sverige. I Q-IVF registreras inseminationer endast om donerade spermier används. Syftet med registret är att ge de deltagande enheterna goda underlag för sitt utvecklings- och kvalitetsarbete, men även att kontinuerligt följa behandlingsresultat och eventuella medicinska risker för barnen och de behandlade paren. Registret kan också utgöra en grund för forskning. Täckningsgraden för registret är 100 procent. Varje år publiceras data från registret. Sammanställningen från 2010 visar att ca 16 000 IVF-behandlingar genomfördes som resulterade i ca 3700 födda barn.<sup>7</sup> Detta är en ökning sedan 2009 då 13 941 IVF-behandlingar genomfördes i Sverige, som resulterade i 3542 förlossningar av minst ett levande barn.<sup>8</sup>

### *Inseminationer*

Sedan 2009 sammanställs inte längre antalet utförda inseminationer i Sverige. Socialstyrelsen gjorde tidigare en sådan sammanställning men avslutade det arbetet 2009.

### *Behandling*

Orsaken till barnlöshet kan vara fysiska förutsättningar eller livsstil så som ålder, vikt eller rökning. En utredning om orsaken till barnlöshet börjar hos gynekologen. Utredningsfasen ska klargöra etiologiska bakomliggande faktorer, ge en på fakta baserad förklaring till barnlöshetsproblematiken bakgrund och klargöra eventuella hinder för assisterad befruktning.

Kvinnan utreds med avseende på ägglossning och normala förhållanden i livmoder och äggledare. Mannen remitteras för grundläggande utredning med spermprov enligt WHO/ESHRE och om provet visar avvikelser görs en fördjupad utredning med fördjupad spermaanalys och undersökning av mannen.

---

<sup>7</sup> (KVALITETSREGISTRET Q-IVF, 2012)

<sup>8</sup> (Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn, 2012)



Utredningsfasen bör slutföras inom 3 månader och resultera i ett underlag för informerat beslut om val av terapeutiska åtgärder eller andra lösningar. Assisterad befruktning kan vara en av dessa åtgärder

När den utredningen är klar planeras eventuellt kompletterande undersökningar, och därefter föreslås och diskuteras den behandling.

Följande behandlingsmetoder finns i Sverige:

- Stimulering till ägglossning, så kallad ovulationsstimulering.
- Insemination med partners spermier eller med spermier från en donator.
- Provrörsbefruktning som ofta kallas IVF, in vitro fertilisering. Den kan göras med partners spermier eller spermier från en donator.
- Provrörsbefruktning med ICSI, intracytoplasmatisk spermieinjektion. Det innebär att en spermie suggs upp i en spruta och sprutas direkt in i ägget.
- Äggdonation, provrörsbefruktning med ägg som paret fått från en donator.
- Andra åtgärder, till exempel om kvinnan har polyper i livmodern eller vissa äggledarskador.<sup>9</sup>

#### *Risker med assisterad befruktning*

Viss forskning finns på barn som är tillkomna genom IVF. Socialstyrelsen publicerade bland annat en rapport 2001<sup>10</sup> som visade på en viss ökad risk för svag kognitiv förmåga. Detta förklarades med att fler IVF-barn var födda efter flerbörd och ofta för tidigt. Antalet flerbörder genom assisterad befruktning har minskat sedan 2003 då Socialstyrelsen kom med föreskrifter där det framgår att som huvudregel endast ett befruktat ägg får återföras i kvinnans livmoder. Även vid enkelbörd har det i studier framkommit viss ökad risk för låg födelsevikt, en liten ökning för missbildningar samt graviditetskomplikationer hos barn som tillkommit med hjälp av IVF. Sannolikt beror de ökade riskerna på individuella egenskaper hos föräldrarna, inte på IVF tekniken i sig.<sup>11</sup>

#### *Insemination*

Behandlingen med insemination inleds ofta med att kvinnan får en hormonbehandling, men behandlingen är inte avhängigt det. Mannen får sedan lämna ett spermaprov där spermier separeras från seminalplasman och överförs till en buffert. Därefter sker själva inseminationen genom att en tunn plastslang läggs genom livmoderhalsen med mynningen i livmodern och sedan sprutas det uppenade spermaprovet in i livmodern. Har utredningen av paret visat att mannen saknar spermier kan donerade spermier användas. Behandlingen utförs då på samma sätt fast med donerade spermier.<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> (1177, 2012)

<sup>10</sup> (Socialstyrelsen , 2001)

<sup>11</sup> (Låg risk för ohälsa hos barn födda efter in vitro-fertilisering, 2010)

<sup>12</sup> (1177, 2012)

### *IVF och ICSI*

De vanligaste ART (Assisted Reproductive Technologies) -procedurerna är provrörsbefruktning (IVF) och Intracytoplasmatisk spermainjektion (ICSI).

Vid IVF förs ägg och sperma samman utanför kroppen. Befruktas ett eller flera ägg är försöket lyckat och det befruktade ägget (preembyot) återförs till kvinnans livmoder. En variant av detta är att isolera en enda spermie och spruta in den i äggcellen. Denna teknik kallas intracytoplasmisk spermainjektion (ICSI) eller mikrofertilisering. Användningen av ICSI ökar och är idag nästan lika vanligt förekommande som standard-IVF. Skulle spermaproduktionen hos en man vara nedsatt finns det också möjlighet att utvinna spermier genom kirurgiska ingrepp, så kallad kirurgisk spermieextraktion.

### *Frysförvaring av befruktade ägg och könsceller*

En IVF-behandling leder ofta till att fler ägg än det som återförs till kvinnan befruktas. De befruktade ägg som inte används kan frysas ned för att användas till ett nytt IVF-försök för senare användning i en senare hormencykel. Antingen för ett nytt försök eller för ytterligare en graviditet, en behandling som då bekostas av den enskilde. Enligt 5 kap 4 och 6 §§ i lag (2006:351) om genetisk integritet är det tillåtet att spara befruktade ägg upp till fem år, och längre tid om det finns särskilda skäl.

Data visar att ca 23 procent av behandlingarna med frysta/tinade befruktade ägg ledde till gynnsamt resultat jämfört med 28 procent för behandlingar med färska befruktade ägg.<sup>13</sup>

Det finns två metoder vid nedfrysning av befruktade ägg. En med långsam nedfrysning och en nyare teknik som kallas vitrifiering som innebär en ultrasnabb nedfrysning.

Spermier kan också frysas ner och tinas upp vilket har tillämpats länge. Obefruktade ägg kan också frysas ned. Dock har det varit svårt att bli gravid med nedfrusna ägg då många ägg har skadats vid upptiningen. Den nyligen införda vitrifieringstekniken har dock dramatiskt ökat överlevnaden av obefruktade ägg efter frysförvaring.

## Sammanfattning barnlöshet

Ett års regelbundet samliv utan att kvinnan blivit gravid är en vanlig definition av ofrivillig barnlöshet. Det är ca 8 till 9 procent av kvinnor som ofrivilligt inte fått egna barn när de passerat klimakteriet och därmed räknas som barnlösa. Lesbiska kvinnor som lever i en stabil relation samt heterosexuella par med aktivt samliv under ett år kan söka hjälp i sjukvården för utredning. Socialstyrelsen har definierat assisterad befruktning som ”åtgärd som syftar till att på medicinsk väg befrukta ägg med spermier i eller utanför en kvinnas kropp”. Det finns två huvudsakliga typer av assisterad befruktning, insemination och in vitro-fertilisering IVF. I Sverige registreras alla IVF-behandlingar i ett nationellt kvalitetsregister, Q-IVF. Där framgår att ca 16 000 IVF-behandlingar genomfördes år 2010 vilket resulterade i ca 3 700 födda barn.

---

<sup>13</sup> (KVALITETSREGISTRET Q-IVF, 2012)

# Lagar och förordningar

## **Inledning**

De mest centrala internationella och nationella konventioner, lagar och föreskrifter som rör assisterad befruktning redovisas nedan.

## **Internationell lagstiftning**

Internationellt berörs frågan i FN:s barnkonvention, 1993 års Haagkonvention samt bedömningar från WHO från 1997 om att barnlöshet klassas som en sjukdom.

Inom EU finns det så kallade Vävnadsdirektivet, 2004/23/EG av den 31 mars 2004, som fastställer kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler. Även i direktiv 2006/17/EG (när det gäller vissa tekniska krav för donation, tillvaratagande och kontroll av mänskliga vävnader och celler) framgår bestämmelser inom området.

I direktiv 2004/23/EG framgår i artikel 12 att medlemsländerna ska sträva efter att säkerställa frivilliga donatorer av vävnader och celler utan ersättning. Den ersättning som givaren ska få ska vara ”strikt begränsad” till de utgifter och olägenheter som donationen innebär. Medlemsstaterna ska själva, utifrån detta, besluta om nivån och former för ersättning. Var tredje år ska kommissionen sammanställa en rapport kring medlemsländernas principer för ersättning vid donation. I artikel 12.2 står vidare att medlemsstaterna ska ”vidta alla nödvändiga åtgärder för att se till att all marknadsföring och reklam till stöd för donation av mänskliga vävnader och celler stämmer överens med de riktlinjer eller de lagar som medlemsstaterna fastställt.” I dessa riktlinjer ska begränsningar mot reklam för donation för ekonomisk vinning eller annan fördel framgå. Medlemsstaterna ska vidare sträva efter att tillvaratagandet av vävnader och celler sker på ideell grund.

Den 11 september 2012 antog europaparlamentet ett icke-bindande uttalande om att uppmana länderna att förbjuda ekonomiska incitament för donatorer av vävnader och celler. De poängterade vikten av att donation av vävnader och celler ska vara frivillig. Vidare framgår att parlamentet önskar bättre samarbete mellan länderna kring donation. Ledamöterna är oroad över den svarta marknaden för spermier och ägg som håller på att uppstå och uppmanar länderna att uppmärksamma detta utifrån ett etiskt perspektiv men också för folkhälsan.

1990 ratificerade Sverige FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen). Där finns 4 grundläggande principer:

- Förbud mot diskriminering
- Beträktande av barns bästa vid alla åtgärder som rör barn
- Barns rätt till liv och utveckling
- Barns rätt att komma till tals

I artikel 7 i konventionen framgår att barnet har rätt att så långt som möjligt få vetskap om sina föräldrar och att konventionsstaterna ska säkerställa genomförandet av dessa rättigheter. Ursprungligen berörde detta adopterade barn. När möjligheterna kring assisterad befruktning utvecklas så har frågan om artikel 7 också är tillämplig för detta diskuterats. Tolkningen av artikel 7 är dock inte entydig när det gäller barnets rätt att få vetskap om sina genetiska föräldrar. (SOU 2007:3 Föräldraskap vid assisterad befruktning) I Sverige finns regleringar som innebär att barn som tillkommit genom assisterad befruktning kan få vetskap sitt biologiska ursprung.

### **Nationell lagstiftning**

Assisterad befruktning regleras i nationell lagstiftning i Sverige genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. En annan viktig bestämmelse finns i diskrimineringslagen (2008:355). Ytterligare en lag är patientsäkerhetslagen (2010:659) som reglerar skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen. Vidare redovisas några ställningstaganden i regeringens proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården och i Föräldrabalken (1949:381).

Specifika bestämmelser inom området är, lagen (2006:351) om genetisk integritet m. m, vilka kompletteras med förordningen (2006:358) om genetisk integritet m.m. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m. m – SOSFS 2009:32 (M). Därtill regleras behandlingen av könsceller i lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler.

Till detta kommer också föreskrifter om hantering av personuppgifter genom bl. a. patientdatalagen (2008:355) och i personuppgiftslagen (1998:204). Dessa bestämmelser kompletteras med föreskrifter från Socialstyrelsen om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården SOSFS 2008:14.

### **Regionala självstyret**

Begreppet regionalt självstyre kom till i samband med 1862 års kommunalförordning och finns sedan 1974 inskriven i grundlagen. Sverige ratificerade även år 1989 Europarådets konvention om kommunalt självstyre.

De grundläggande principerna i det svenska demokratiska systemet är att det finns 290 kommuner och 20 landsting/regioner. Ansvarsområdena för dessa omfattar så väl näringslivsutveckling, fysisk planering, kollektivtrafik, bostadsförsörjning samt välfärdstjänster som skola, äldreomsorg och hälso- och sjukvård.

Invånarna i varje landsting utser sina regionala politiska företrädare var fjärde år i direkta val till ett fullmäktige. Därmed kan invånarna påverka hur landstingen

fullgör sitt uppdrag. I det kommunala självstyret ingår också att landstingen har egen beskattningsrätt och ett ansvar för att organisera sina verksamheter för att kunna tillgodose de regionala behoven.

Genom majoritetsbeslut i fullmäktige beslutas om vilket politik som ska föras. Det är i fullmäktige som nivån på den skatt som medborgarna ska betala beslutas samt hur dessa skattepengar och andra intäkter ska användas. Varje fullmäktige fattar självständigt beslut om den egna kommunen eller landstinget/regionen och är politiskt ansvarig enbart inför sina egna invånare.

### **Centrala bestämmelser**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HsL, framgår i 1 § att det med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. I 2 § framgår vidare att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Av denna bestämmelse framgår att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har störst behov av vård ska ges företräde.

I 3 § framgår landstingens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till dess invånare. Sjukvården anges där omfatta såväl öppen som slutenvård vid sjukdom, skada, kroppsfel och barnsård.

Av förarbetena till bestämmelsen, regeringens proposition 1996/97:60, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, framgår att förekommande faktiska prioriteringar inom vården görs utifrån en bedömning av vad som betraktas som sjukdom.

I propositionen delas vårdbehovet in i följande fyra prioriteringsgrupper.

#### *Prioriteringsgrupp 1*

Vård av livshotande akuta sjukdomar

Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserade tillstånd eller för tidig död

Vård av svåra kroniska sjukdomar

Palliativ vård och vård i livets slutskede

Vård av människor med nedsatt autonomi

#### *Prioriteringsgrupp II*

Prevention

Habilitering/rehabilitering

#### *Prioriteringsgrupp III*

Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

#### *Prioriteringsgrupp IV*

Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

Prioriteringsgrupp 1-3 omfattas av det offentliga åtagandet medan prioriteringsgrupp 4 inte gör det.

I prioriteringsutredningen konstaterades att det i vissa fall kan vara svårt att bedöma om patientens behov främst är hälsorelaterade eller livskvalitetsrelaterade. Det kan också vara svårt att bedöma om olika åtgärder från hälso- och sjukvården verkligen bidrar till att förbättra patientens hälsa

eller livskvalitet. Utredningen föreslog därför att bland annat inkludera åtgärder mot ofrivillig barnlöshet i prioriteringsgrupp IV.

Efter kritik mot detta från remissinstanserna beslutade regeringen att istället inkludera ofrivillig barnlöshet i prioriteringsgrupp 3, med motiveringen att prioriteringar ska utgå från behov, inte utifrån den behandlingsmetod som ska tillämpas.

För behandling av ofrivillig barnlöshet innebär det att det är det medicinska problemet som skall prövas, inte om det ska åtgärdas genom IVF-behandling eller genom t.ex. kirurgiskt ingrepp. Enligt regeringens mening kan det för varje tillstånd finnas ett individuellt så betydande medicinskt behov av en åtgärd att hälso- och sjukvården ska tillgodose behovet.

I diskrimineringslagen (2008:567) framgår att diskriminering i hälso- och sjukvården t.ex. på grund av funktionshinder eller sexuell läggning är förbjuden. Se avsnittet om rättsfall.

## Vårdgarantin

Från och med den 1 juli 2010 omfattas den nationella vårdgarantin av svensk lag genom § 3g i hälso- och sjukvårdslagen. Lagen ersätter en tidigare överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Socialstyrelsen är den tillsynsmyndighet som följer upp att vårdgarantin följs.

Den nationella vårdgarantin reglerar väntetiden när behörig hälso- och sjukvårdspersonal beslutat om besök eller behandling. Om hemlandstinget inte kan ge den vård eller behandling som patienten blivit erbjuden, inom vårdgarantins tidsgräns, kan vården utföras av en annan vårdgivare. Vårdgarantin reglerar inte om vård ska ges eller vilken vård som ska erbjudas. Utförs vården av en annan, utsedd, vårdgivare, ska det inte innebära några extra kostnader för patienten. Om patienten önskar att vården ska utföras vid en speciell vårdenhet, inom den landstingsfinansierade vården, och det medför längre tid än vårdgarantin kan patienten avsäga sig rätten till vårdgarantin. När som helst kan dock patienten ångra sig och vårdgarantin blir då tillämplig från det datumet patienten meddelar detta.

Vårdgarantin innebär att den första kontakten med primärvården ska ske samma dag (0-dagars väntan) via telefon, mail eller besök. Om primärvården bedömer att ett läkarbesök behövs ska detta ske inom en vecka (7-dagar). Om läkaren skickar en remiss till den specialiserade vården ska besök ske inom tre månader (90-dagar). Det gäller även om besöket skett utan remiss. Efter ett beslut om behandling i den specialiserade vården innebär vårdgarantin den ska inledas inom tre månader (90-dagar).

Vårdgarantin gäller inte akut vård eller återbesök. Den är inte heller tillämplig om patienten av medicinska skäl bör vänta längre än garantins tidsgränser. Vårdgarantin gäller vidare inte för medicinsk service (laboratorie- eller röntgenundersökning), utredningar, hjälpmedelsförsörjning (dock ingår utprovning av hörapparater). Vårdgarantin gäller inte heller om patienten tackar nej till erbjuden vård hos en annan vårdgivare.

Vårdgarantin är tillämplig för offentligt finansierad assisterad befruktning. Om en behandling är beroende av t.ex. donation av ägg eller spermier startar vårdgarantins tidsgränser när dessa finns på plats.

### **Speciallagstiftningar**

I lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. regleras bl.a. insemination och befruktning utanför kroppen. Lagen kompletteras med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m. SOSFS 2009:32 (M). Av dessa föreskrifter framgår att inför en assisterad befruktning ska en undersökning göras för att bedöma bl.a. om

1. makar och sambor har rimliga möjligheter att få barn på naturlig väg, och
2. makar, registrerade partner och sambor har medicinska förutsättningar att bli gravida genom assisterad befruktning.

### *Insemination*

#### **Inom paret**

I kapitel 6 i lagen (2006:351) om genetisk integritet m. m redogörs för under vilka förutsättningar insemination får genomföras. Insemination får endast utföras om kvinnan är gift, sambo eller registrerad partner, dessutom krävs ett skriftligt samtycke av den personen. Sedan den 1 juli 2005 är det tillåtet för samkönade kvinnliga par att få assisterad befruktning inom den offentligt finansierade vården.

#### **Donerade spermier**

Sker inseminationen med spermier från en man som kvinnan inte är stadigt sammanboende med får det bara ske på offentligt finansierade sjukhus, om inte Socialstyrelsen ger särskilt tillstånd för annat.

En insemination med donerade spermier ska alltid föregås av en lämplighetsprövning. Läkaren prövar om det med hänsyn till parets-, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att inseminationen äger rum. Inseminationen får utföras endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden. Skulle insemination vägras, kan paret begära att Socialstyrelsen prövar frågan.

Ansvar för att välja lämplig spermadonator ligger på den behandlade läkaren. Spermier från en avliden givare får inte användas vid insemination. Uppgifter om givaren ska antecknas i en särskild journal, vilken skall bevaras i minst 70 år.

En person som föds genom donerade spermier har rätt att, när hon eller han har uppnått tillräcklig mognad, få reda på uppgifter om givaren. Socialnämnden är skyldig att på begäran hjälpa henne eller honom att ta fram uppgifterna. I ett mål om fader- eller föräldraskap enligt föräldrabalken kan domstolen begära ut uppgifter om donatorn, och den ansvarige för inseminationen eller annan person med tillgång till uppgifterna är då skyldig att tillhandahålla dessa.

## *Befruktning utanför kroppen*

### **Inom paret**

I kapitel 7 i lagen (2006:351) om genetisk integritet m. m framgår bestämmelserna för befruktning av en kvinnas ägg utanför hennes kropp samt införande av ett befruktat ägg i en kvinnas kropp.

En givare av ägg eller spermie skall vara myndig. Givarna ska lämna ett skriftligt samtyckte, vilket kan återkallas fram till dess att befruktning skett. Ett befruktat ägg får föras in i en kvinnas kropp endast om kvinnan är gift eller sambo och maken eller sambon skriftligen samtyckt till detta. IVF-behandling med båda makarnas egna könsceller tillåts både på offentliga sjukhus och privata kliniker.

### **Donerade ägg eller donerade spermier**

Om ägget inte är kvinnans eget, ska ägget ha befruktats av makens eller sambons spermier. Befruktningen av ägg från en kvinna, i vars kropp ägget ska införas får endast utföras på offentligt finansierade sjukhus, annars krävs specialtillstånd av Socialstyreslen.

En befruktning utanför kroppen med donerade ägg eller spermier ska alltid föregås av en lämplighetsprövning. Läkaren prövar om det med hänsyn till paret, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att inseminationen äger rum. Inseminationen får utföras endast om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden. Skulle insemination vägras, kan paret begära att Socialstyrelsen prövar frågan.

Ansvar för att välja lämpliga ägg eller spermier vilar på den behandlade läkaren. Ägg eller spermier från en avliden givare får inte användas vid insemination. Uppgifter om givaren ska antecknas i en särskild journal, vilken skall bevaras i minst 70 år.

I föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m. SOSFS 2009:32 framgår att som regel bara ett befruktat ägg får föras in i kvinnans kropp. Om risken för tvillinggraviditet bedöms som liten, får två befruktade ägg föras in. Paret ska informeras om de risker som en tvillinggraviditet kan medföra och erbjudas samtal med barnläkare.

En person som föds genom donerade ägg eller spermier har rätt att, när hon eller han har uppnått tillräcklig mognad, få reda på uppgifter om givaren. Socialnämnden är skyldig att på begäran hjälpa henne eller honom att ta fram uppgifterna. I ett mål om fader- eller föräldraskap enligt föräldrabalken kan domstolen begära ut uppgifter om donatorn, och den ansvarige för inseminationen eller annan person med tillgång till uppgifterna är då skyldig att tillhandahålla dessa.

### **Donerade ägg och spermier**

Kommer ägget inte från kvinnan eller spermien inte från kvinnans make eller sambo får befruktning och införande av ägg ske endast vid de sjukhus som har läkarutbildning (upplåtit enhet för utbildning av läkare enligt avtal mellan de universitet som bedriver läkarutbildning och berörda landsting).



## Vårdnadshavare

### **Heterosexuella inom paret**

Om befruktningen, utförd på ett svenskt sjukhus, sker genom assisterad befruktning med ägg och spermier från paret innebär det, med hänsyn tagen till samtliga omständigheter, att paret fastställs som föräldrar till barnet. Om kvinnan som föder barnet är ogift ska faderskapet fastställas genom bekräftelse eller i samband med att faderskapet fastställs kan paret anmäla gemensam vårdnad till Skatteverket.

### **Donerade ägg eller donerade spermier**

Ett par (heterosexuellt eller lesbiskt) som får barn genom assisterad befruktning med samtycke av den icke-biologiska personen, räknas den samtyckande personen som barnets förälder. En förutsättning är att behandlingen skett på ett svenskt sjukhus. I samband med att mamman och hennes man/fru/sambo/partner skriftligt bekräftar faderskapet/föräldraskapet hos socialtjänsten kan de anmäla gemensam vårdnad till Skatteverket.

### **Om behandlingen utförts på annat sätt**

Par som genomför en assisterad befruktning på annat sätt, till exempel genom insemination i egen regi eller utomlands, kommer inte att på samma sätt att räknas som föräldrar i lagens mening. Om det inte går att fastställa faderskapet, vilket det i allmänhet inte gör om donatorn är okänd, kan den födande kvinnans partner adoptera barnet, men då måste hon/han vara gift med den födande kvinnan. Personer som adopterar ett barn blir automatiskt vårdnadshavare.

### **Barnets rätt till sitt genetiska ursprung**

Om en kvinna föder barn till följd av assisterad befruktning med donerade celler på ett sjukhus i Sverige har barnet alltid möjlighet att få kännedom om sitt genetiska ursprung. Uppgifter om donatorn finns tillgängliga när barnet har nått tillräcklig mognad.<sup>14, 15</sup>

---

<sup>14</sup> (1177, 2012)

<sup>15</sup> (Socialstyrelsen Faderskap och föräldraskap, 2012)

## Sammanfattning lagar och förordningar

Assisterad befruktning regleras genom internationella och nationella lagar, konventioner och föreskrifter. Därtill kommer det regionala självstyret i Sverige som innebär att varje kommun och landsting i Sverige har egen beskattningsrätt och ett ansvar för att organisera sin verksamhet för att kunna tillgodose de regionala behoven.

Regeringen har beslutat att ofrivillig barnlöshet ska omfattas av det offentliga åtagandet, genom att inkludera det i prioriteringsgrupp 3, vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. År 2010 beslutade regeringen vidare att vårdgarantin skulle framgå i hälso- och sjukvårdslagen. Det innebär bland annat att behandlingen i specialistvården ska inledas senast tre månader efter beslut.

Inom området assisterad befruktning har Socialstyrelsen utformat föreskrifter. Där framgår villkoren för vårdnadshavarna när de ska genomföra behandlingen.

När ett par genomgår en assisterad befruktning är det också reglerat vem som blir vårdnadshavare till barnet. Sker behandlingen på ett svenskt sjukhus med ägg och spermier inom paret (med hänsyn till samtliga omständigheter) blir paret vårdnadshavare. Används donerade ägg eller spermier gäller att den personen som inte har någon genetisk koppling till barnet samtycker kring befruktningen och därigenom blir vårdnadshavare, förutsatt att behandlingen skett på ett svenskt sjukhus. Barnet har rätt att få kännedom om sitt genetiska ursprung i Sverige och kan få reda på vem donatorn är när han eller hon uppnått tillräcklig mognad. Utförs behandlingen på annat sätt t.ex. utomlands måste partnern ansöka om adoption av barnet.

## Rättsliga domar

Efter en sökning i databaserna Zeteo och JP Sjukvårdsnet i september 2012 hittades följande rättsliga domar med bäring på området assisterad befruktning.

Ett rättsfall från Uppsala avser ett lesbiskt par där den ena kvinnan inseminerats tre gånger varefter hon sedan föll för åldersgränsen. Landstinget i Uppsala län nekade då den yngre kvinnan att utnyttja de återstående försöken. Beslutet motiverades med en regel som säger att bara den ena parten i ett par har rätt till assisterad befruktning. Uppsala tingsrätt dömde i september 2008 Landstinget i Uppsala län till att betala skadestånd till den ena kvinnan. Denna dom överklagades av både landstinget och HomO. (Mål nr T 499-08) Svea hovrätt friade Landstinget i Uppsala i november 2009 från diskrimineringsanklagelserna.

Umeå tingsrätt har prövat om Landstinget i Västerbotten, genom att begära att ett lesbiskt par skulle genomgå tre egenfinansierade behandlingar för att kunna få landstingsfinansierad behandling, har utsatt paret för diskriminering p.g.a. sexuell läggning. Tingsrätten meddelade i sin dom i november 2009, att landstinget inte har gjort sig skyldigt till diskriminering.

Ytterligare ett rättsfall från Stockholms läns landsting från Liljeholmens vårdcentral. I februari 2009 kontaktade en kvinna, som levde i en samkönad relation, vårdcentralen i Liljeholmen för att boka tid för en så kallad basutredning. Mottagningsköterskan ville inte ge henne någon tid utan hänvisade till den särskilda mottagningen på Södersjukhuset för lesbiska och bisexuella kvinnor. Kvinnan insisterade på att få komma på basutredning eftersom hon inte hade behov av en specialistmottagning och den utredning hon skulle genomgå var densamma för samkönade och olikkönade par. Kvinnan fick efter ytterligare kontakter boka en tid, ett besök hon upplevde som att hon tilltvingat sig.

Diskrimineringsombudsmannen, DO, drev en rättslig process och tingsrätten fällde Stockholms läns landsting att betala 15 000 kronor i diskrimineringsersättning till kvinnan. Ärendet är nu överklagat till hovrätten som har sin huvudförhandling den 22 oktober 2012. (DO har överklagat storleken på skadeståndsbeloppet och Stockholms Läns landsting den fällande domen). Den 12 november 2012 meddelade hovrätten sin dom. De fastställde tingsrättens dom att kvinnan utsatts för diskriminering och höjde diskrimineringsersättningen till 30 00 kronor. (Svea Hovrätt 2012-11-12 mål nr

T9222-11). Om någon av parterna vill överklaga till högsta domstolen ska detta ske senast 10 december 2012.

Det finns också ett rättsfall från kammarrätten i Sundsvall från år 2009 (mål nr 1207-08) mellan Försäkringskassan i Sundsvall och ett heterosexuellt par i Haparanda. Paret ansåg att Försäkringskassan skulle ersätta deras vårdkostnader i Finland. Motivet för detta var att den övre åldersgräns som Norrbottens läns landsting hade inte var i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. När paret blev nekade IVF-försök i landstinget p.g.a. åldersgräns vände de sig till Finland för behandling. Länsrätten beslutade att paret inte hade rätt att få ersättning för sina vårdkostnader. Efter överklagande ändrade kammarrätten beslutet och gav paret rätt till ersättning för EU/EES-vård av Försäkringskassan. Detta med bakgrund av Socialstyrelsens yttrande i fallet att ”den åldersgräns på 37 år som Norrbottens läns landsting ställt upp för utförande av IVF-behandling inte kan anses vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet”.

### **Diskriminerande strukturer**

Diskrimineringsombudsmannen, DO, presenterade 2012 en rapport.<sup>16</sup> Där redogjordes för några exempel på diskriminering som kan uppstå när samkönade par ansöker om assisterad befruktning. Det kan handla om att samkönade par måste välja en som ska stå i kön för insemination. Om paret några år senare vill ha ett syskon kan inte den andra kvinnan göra det. Det är heller inte möjligt att överföra försök till sin partner. Om den kvinna som ställt sig i kön inte blir med barn trots flera inseminations- IVF försök kan alltså inte hennes partner försöka istället. DO pekar också på att det kan förekomma olika avgiftssystem där samkönade par får kostnader för assisterad befruktning som olikkönade par inte får.

### **Sammanfattning rättsliga domar**

Efter en sökning i databaserna Zetro och JP sjukvårdsnet i september 2012 har fyra rättsfall inom området assisterad befruktning hittats. Tre rör fall av diskriminering av sexuell läggning och ett fall av åldersdiskriminering. I fallen med diskriminering av sexuell läggning är det landstingen i Uppsala län, Landstinget i Västerbotten samt Stockholms läns landsting som är åtalande. I fallet med åldersdiskriminering är det Försäkringskassan.

Landstingen i Uppsala och Västerbotten friades från anklagelserna. Stockholm läns landsting har överklagat den fällande domen i tingsrätten. Även Diskrimineringsombudsmannen DO har överklagat domen när det gäller storleken på skadeståndet. Förhandlingar i hovrätten sker under hösten 2012.

I det fjärde fallet fick paret rätt till ersättning från försäkringskassan för EU/EES vård när de utförde behandlingen i Finland och att den åldersgräns som Norrbottens läns landsting hade då inte var förenlig med ”vetenskap och beprövad erfarenhet”.

---

<sup>16</sup> (Diskrimineringsombudsmannen, Rätten till sjukvård på lika villkor , 2012)

# Kostnad för behandling

## Kostnader per patient

Sedan början av 1999 har SKL arbetat med att stödja sjukvårdshuvudmännen i arbetet med att införa KPP-redovisning i sjukvården. KPP står för Kostnad Per Patient och är en metod som gör det möjligt att för varje enskild vårdkontakt redovisa aktiviteter och beräkna sjukvårdens kostnader för den omvårdnad och de åtgärder som utförs. SKL ansvarar för insamling och lagring av KPP-information och databasen innehåller idag (2011) ca 70 procent av den specialiserade somatiska slutenvården och 55 procent av den specialiserade somatiska öppenvården

Vid en sökning i KPP databasen i september 2012 på IDC-koderna Infertilitet hos man (N469), Kvinnlig infertilitet (N97) samt komplikationer med assisterad befruktning (N98) framgick följande.

Behandlingen för assisterad befruktning sker i huvudsak genom kontakter i öppenvården. I stort sett all vård är planerad och utförs på region-/universitetssjukhusen och i kontakt med läkare. I slutenvården utgörs mer än hälften av de registrerade kontakterna av komplikationer i samband med assisterad befruktning, med en hög kostnad per vårdtillfälle.

I slutenvården fanns 212 vårdtillfällen registrerade med en medelvårdkostnad på 32 150 kronor. Inom öppenvården fanns 22 955 vårdkontakter med någon av de sökta diagnoserna, medelkostnaden för dessa var 4 531 kronor.

Tabell 1 Antalet vårdkontakter, samt kostnaden per vårdkontakt i öppen vård, för IDC-koderna: infertilitet hos man och kvinna samt komplikationer vid assisterad befruktning 2011

| Huvuddiagnos                                | Antal  | Kostn/ÖVkontakt |
|---|--------|-----------------|
| Infertilitet hos man (N469)                 | 6 673  | 2 952 kr        |
| Kvinnlig infertilitet (N97 exl N979)        | 10 414 | 6 644 kr        |
| kvinnlig infertilitet, ospecificerad (N979) | 5 515  | 2 581 kr        |
| Kompl i samband med ass befruktning (N98)   | 353    | 2 529 kr        |
| Totalsumma                                  | 22 955 | 4 531 kr        |
|   |        |                 |

Källa: KPP databasen september 2012

Tabell 2 Antalet vårdkontakter, vårdtid per vårdtillfälle och kostnad per vårdtillfälle, slutenvården. För IDC-koderna: infertilitet hos man och kvinna samt komplikationer vid assisterad befruktning 2011

| Huvuddiagnos (ICDkod)                       | Antal | Vårdtid/Vtf | Kostn/Vtf |
|---|-------|-------------|-----------|
| Infertilitet hos man (N469)                 | 7     | 0,29        | 13 519 kr |
| Kvinnlig infertilitet (N97 exl N979)        | 33    | 0,76        | 29 731 kr |
| kvinnlig infertilitet, ospecificerad (N979) | 27    | 0,48        | 18 092 kr |
| Kompl i samband med ass befruktning (N98)   | 145   | 3,90        | 36 218 kr |
| Totalsumma                                  | 212   | 2,86        | 32 150 kr |

Källa: KPP databasen september 2012

## Privat utförd behandling

I Sverige finns det privata kliniker som genomför utredning och behandling för assisterad befruktning. Dessa behandlingar bekostas helt av den enskilde. Denna verksamhet omfattas av samma lagar och föreskrifter som den offentligt bekostade och utförda vården. Kostnaden för en privat utförd behandling av assisterad befruktning skiljer sig något åt mellan de olika klinikerna men som ett riktmärke kostar en standard IVF-behandling ca 25-35 000 kronor per försök.

Vid privat utförd och privat finansierad behandling för assisterad befruktning är det noterbart att Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. är tillämplig. Det innebär att de läkemedel som skrivs ut i samband med denna privat utförda behandling bekostas av det offentliga, givet att de ingår i läkemedelsförmånen. Oftast används en samlad arbetsplatskod per klinik för var och en av dessa privata enheter. Någon åtskillnad kan därför inte göras om läkemedel förskrivits med förmån för ett landstingsfinansierat försök eller för ett helt privatfinansierat försök vid de kliniker som tar emot båda grupperna av par.

### **Inom den offentliga sjukvården - med privat finansiering**

Det förekommer att den offentliga sjukvården utför behandling inom området assisterad befruktning där personerna betalar själv. Det kan till exempel avse så kallade frysförsök om kvinnan redan har ett barn eller om de försök som landstingen erbjuder är förbrukade. Exempel på detta är par som har ett barn genom fertilitetsbehandling och därigenom har frysta embryon. De kontaktar då den offentliga kliniken igen och ber att få ta del av sina frysta embryon. Detta medför då en kostnad för den enskilde eftersom det ligger utanför landstingets erbjudande. Vissa par väljer då att utföra denna på samma ställe som den föregående behandlingen. Motiv för detta kan vara att de känner sig trygga med vårdpersonalen. Kostnaden för denna behandling faller då helt på den enskilde.

### **Vård utanför hemlandstinget**

Om ett landsting vårdar en patient som bor i ett annat landsting eller i ett annat EU-land ska det få en skälig ersättning för detta. Principerna för denna ersättning är reglerat i avtal, Riksavtalet för utomlänsvård,<sup>17</sup> vilket har antagits av samtliga landsting.

Hur hög den skäliga ersättningen är bestäms av vårdlandstinget tillsammans med alla övriga landsting i respektive sjukvårdsregion. Besluten publiceras i en regional prislista. Prislistorna gäller för bl. a. högspecialiserad vård, vård vid läns- och länsdelssjukhus, primärvård och sjukvårdande behandling. En viss åtgärd kan ha olika pris beroende på vid vilket sjukhus i regionen som behandlingen ska utföras. Den regionala prislistan innebär alltså inte att det finns definierat enhetliga priser för samma behandling i hela sjukvårdsregionen. Detta gör det svårt att sammanställa alla regionala prislistor för behandling av assisterad befruktning.

### **Försäkringskassan EES vård**

En svensk medborgare kan vända sig till Försäkringskassan och ansöka om tillstånd för att få vård i ett annat EU/EES-land eller Schweiz. Efter samråd med berört landsting bedömer Försäkringskassan på Gotland om patienten ska få ett så kallat förhandstillstånd. Försäkringskassan ansvarar därmed för vårdkostnaderna. De kriterier som ligger till grund för Försäkringskassans bedömning är om vården inte kan ges inom rimlig tid i Sverige utifrån personens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens troliga utveckling.

Landstinget kan själva också remittera patienter till vård utomlands. I de fallen blir landstingen ansvariga för kostnaden.

Patienter som beger sig till länder inom EU/EES-området eller Schweiz för att få vård kan i efterhand ansöka om att få den vården ersatt av Försäkringskassan. Detta förutsätter att patienten stått för hela vårdkostnaden utan någon garanti att detta ska ersättas i efterhand. Vid en ansökan i efterhand gör Försäkringskassan en bedömning om patienten kan få sina kostnader ersatta.

Försäkringskassan har möjlighet att ta fram data på hur många förhandsbesked och beslut om ersättning i efterhand som de utfärdat men bara på övergripande

---

<sup>17</sup> (SKL, 2011)

nivå. Kategorin fertilitetsbehandlingar är inte specificerad utan inkluderar alla former av behandlingar.

Tabell 3 Beslut om fertilitetsbehandlingar inom EU/EES-land och Schweiz-förhandsbesked

| Antal | år   | beslut                       |
|-------|------|------------------------------|
| 4     | 2009 | Avslag/Avvisning/Avskrivning |
| 0     | 2010 |                              |
| 9     | 2011 | Avslag/Avvisning/Avskrivning |

Tabell 4 Beslut om fertilitetsbehandlingar inom EU/EES-land och Schweiz – ersättning efteråt

| Antal | år   | beslut                       |
|-------|------|------------------------------|
| 7     | 2009 | Avslag/Avvisning/Avskrivning |
| 9     | 2009 | Bifall/Delvis Bifall         |
| 8     | 2010 | Avslag/Avvisning/Avskrivning |
| 4     | 2010 | Bifall/Delvis Bifall         |
| 20    | 2011 | Avslag/Avvisning/Avskrivning |
| 45    | 2011 | Bifall/Delvis Bifall         |

Data från försäkringskassan visar att antalet ansökningar om betalning av vård utförd i annat EU/EES-land eller Schweiz har ökat under 2011 jämfört med åren 2009-2010. Framför allt gäller det ersättning i efterhand för redan utförd vård.

## Sammanfattning kostnad för behandling

I SKLs KPP-databas framgår att kostnaden per vårdtillfälle för behandling av kvinnlig infertilitet är ca 30 000 kronor. Behandlingen innebär flera besök i öppenvården och färre i slutenvården. Kostnaden för en privat utförd och privat finansierad behandling av assisterad befruktning skiljer sig något åt mellan de olika klinikerna, men som ett riktmärke kostar en standard IVF-behandling ca 25-35 000 kronor per försök. I den kostnaden ingår inte läkemedel. Läkemedel som används vid privat utförd och privat finansierad assisterad befruktning bekostas av det offentliga.

När det gäller vård i andra länder med assisterad befruktning har Försäkringskassan vid 45 tillfällen under 2011 beviljat, helt eller delvis, personer som ansökt om ersättning i efterhand efter utförd fertilitetsbehandling utomlands. Det är en markant ökning jämfört med tidigare år.



# Utländska förhållanden

Det förekommer att svenska kvinnor beger sig utomlands för att få assisterad befruktning. Enligt nuvarande regelverk för gränsöverskridande vård är det boendelandets regler som avgör vad som omfattas av det offentliga åtagandet. Detta medför att det inte är möjligt att få vård utförd och betald av svenska skattemedel i vistelselandet (inom EU) om man inte skulle fått motsvarande vård utförd och betald i Sverige. Däremot är det möjligt att själv bekosta vård i andra länder som, om den skulle utförts i Sverige inte skulle omfattas av det offentliga åtagandet. Detta bekostas helt av den enskilde. Exempel på länder dit svenska kvinnor åker är till Danmark, vid spermadonation, samt till Finland, Lettland och Ryssland vid äggdonation. Det finns även kliniker i övriga Europa som exempelvis Spanien, Grekland, Cypern och Italien. Surrogatmoderskap är möjligt i bl.a. Ryssland, Grekland och Cypern. I Storbritannien är det också tillåtet men endast för den som är medborgare där. Det är också möjligt i Indien, vissa länder i Afrika och i en del stater i USA.

Det har förekommit att kvinnor inleder en behandling för assisterad befruktning utomlands och har tillfrågat (hem)landstinget om att fullfölja behandlingen i Sverige. Detta har bedömts hamnat utanför det offentliga åtagandet i Sverige och därför inte utförts.

Nedan följer en genomgång av det juridiska läget i Danmark, Finland och Storbritannien när det gäller assisterad befruktning.

## Danmark

Från och med 1 januari 2007 är det möjligt för ensamstående och lesbiska par i Danmark att få behandling med assisterad befruktning i den offentliga hälso- och sjukvården. Enligt lagen är både ägg- och spermiedonatorer anonyma. Varken paret eller barnet kan få veta givarens identitet och givaren kan inte få upplysningar om paret och barnet. Ensamstående kvinnor och lesbiska par från de andra nordiska länderna har under många år rest till Danmark för att få assisterad befruktning på privata kliniker.

Lagen innebär att de första tre behandlingarna, för det första barnet i den offentliga hälso- och sjukvården, är kostnadsfri för patienten exklusive läkemedelskostnaderna som är subventionerade. Den danska lagstiftningen anger att behandling av assisterad befruktning inte får genomföras om kvinnan är över 46 år. Ingen åldersgräns finns för mannen. Den offentliga sjukvården i Danmark behandlar inte par där kvinnan är över 40 år.

Den 1 januari 2012 ändrades lagen när det gäller avgifter för assisterad befruktning. Ändringen innebär att behandlingen är kostnadsfri för patienten. Läkemedel kopplade till behandlingen subventioneras.

Den 1 oktober 2012 träder en ny vägledning i kraft i Danmark kring säkerhet och kvalitet vid spermadonation. Dessa innehåller tydligare krav vid hanteringen av misstanke om att givaren kan vara bärare av en ärftlig sjukdom. Den mottagande kvinnan bör också bättre informeras om vikten av att rapportera tillbaka till kliniken vid misstanke om ärftlig smitta.<sup>18</sup>

## Finland

I Finland trädde en ny lag kring assisterad befruktning i kraft den 1 september 2007. (Lag om assisterad befruktning 22.12.2006/1237 ). Enligt den nya lagen får assisterad befruktning ges till en kvinna och en man som lever i äktenskap eller i samboförhållande samt till kvinnor i parförhållande och till ensamstående kvinnor.

Enligt den nya lagen har ett barn som fötts som resultat av assisterad befruktning i Finland rätt att få veta donatorns identitet när det fyller 18 år. Om den man som har donerat spermier till ett kvinnopar eller till en ensamstående kvinna har gett sitt samtycke till att han kan fastställas som far till det barn som föds, har även barnets mor rätt att få veta donatorns identitet.

Andra förutsättningar för att en behandling med assisterad befruktning ska genomföras är att det måste vara uppenbart att barnet kan garanteras en harmonisk utveckling, och att det är utslutet att det inte är ett arrangemang med surrogatmoderskap. Lagen anger också att de inte får eftersträva att det barn som föds som resultat av assisterad befruktning har vissa egenskaper. Två undantag finns dock, dels att könsceller vars donators utseende påminner om mottagarens samt barnets kön om det inom paret finns stor risk för en ärftlig sjukdom.

I 2 kap 8§ i ovanstående lag framgår att ett hinder för behandling är om ”kvinnans ålder eller hälsotillstånd kan medföra betydande fara för kvinnans eller barnet bästa”. Inte heller i förarbetena till lagen definieras någon åldersgräns för kvinnan för att få genomgå behandling. Det är således den behandlade läkaren som avgör om kvinnans ålder utgör en hälsorisk för kvinnan eller barnet vid behandling. I förarbetena till den tidigare lagstiftningen (som gällde innan 2006) sattes gränsen till 46 år för kvinnan och ingen gräns för mannen.

Kostnaderna för assisterad befruktning ersätts med stöd av sjukförsäkringslagen i Finland endast när det finns en medicinsk orsak till barnlösheten. Detta betyder att t.ex. ensamstående kvinnor eller kvinnliga par i allmänhet måste bekosta behandlingen själva. Som medicinsk orsak till barnlöshet undantas minskat antal ägg hos kvinnan pga. ålder, personer med smittsamma sjukdomar och steriliserade personer.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2012)

<sup>19</sup> (Justitieministeriet Finland, 2012)

## Storbritannien

NICE (the National Institute for Health and Clinical Excellence) har tagit fram förslag på nya riktlinjer för åldersgränser för att få genomgå assisterad befruktning i Storbritannien. Åldersgränsen föreslås höjas från 39 år till 42 år för kvinnor. Förändringen motiveras av nya kostnadseffektivitetsanalyser som visat att det är kostnadseffektivt att erbjuda ett IVF försök för kvinnor mellan 40 och 42 år. De nya riktlinjerna innebär att kvinnor upp till 39 år erbjuds tre IVF försök efter att försökt i två år på egen hand eller efter 12 cykler av artificiell insemination.

Lesbiska kvinnor samt kvinnor som har medicinska svårigheter erbjuds 12 cykler av insemination innan IVF-försök. I rekommendationen framgår också att det i första hand är ett befruktat ägg som används. Två används om kvinnan är 40-42 år eller redan genomgått misslyckade IVF försök.

Förslaget har nu gått på remiss och den planerade tidplanen är att dessa nya riktlinjer kommer att tas i bruk under slutet av 2012.<sup>20</sup>

## Sammanfattning utländska förhållanden

Det finns ingen gemensam europeisk lagstiftning inom området assisterad befruktning, inte heller någon sammanhållen nordisk politik. Sverige och Norge var bland de första länderna i världen med lagstiftning inom området redan på 1980-talet. I övrigt finns det väsentliga skillnader både när länderna fått sin lagstiftning och innehållet i densamma. När det gäller åldersgränser görs det i vissa fall en skillnad i vad som är tillåtet enligt lag och vad som är praxis i sjukvården och finansieras av det offentliga. Finland har ingen uttalad åldersgräns men Danmark och Storbritannien (efter de föreslagna förändringarna) har 39-40 år för den behandlande kvinnan som gräns för vad samhället erbjuder inom det offentliga åtagandet.

---

<sup>20</sup> (NHS IVF, 2012)

# Utvecklingen framöver

## Ensamstående

Ensamstående, särboende eller vänner har enligt nuvarande lagstiftning i Sverige inte möjlighet att genomgå insemination eller befruktning utanför kroppen. Regeringen har tagit initiativ till att analysera frågan kring ensamstående kvinnors rätt till assisterad befruktning i Sverige. Syftet är att bredda kunskapsunderlaget och analysera frågan utifrån ett barnperspektiv. Utredningen ska lägga särskilt fokus på barns hälsa och utveckling samt barnets rätt att få kännedom om sitt biologiska ursprung.

Riksdagen beslutade den 29 mars 2012 att meddela sin mening att regeringen ska återkomma med ett lagförslag som innebär att ensamstående kvinnor ges rätt till assisterad befruktning samt utreda frågan om surrogatmoderskap. SD och KD har lämnat reservationer kring utskottets ställningstagande i frågan om ensamstående kvinnors rätt till assisterad befruktning.

## Könsbyte

Utredningen om *Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag (SOU 2007:16)* har lett fram till en proposition 2011/12:142 *Ändrad könstillhörighet* som föreslår ändringar i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet. Dessa ändringar innebär bland annat att den som ansöker om ändrad könstillhörighet inte längre måste vara svensk medborgare eller ogift. Vidare föreslås att det nu gällande kravet på sterilisering vid ändrad könstillhörighet tas bort. De rättsliga konsekvenserna av sloandet av detta krav bör skyndsamt utredas ytterligare och regeringen ska komma fram med ett förslag som bör kunna träda i kraft till sommaren 2013. En ny lag skulle göra det till exempel möjligt för en kvinna som vill bli man att behålla sin livmoder och därmed bli biologisk mor till sina barn och samtidigt bli pappa i familjen.

När det gäller det slojade steriliseringskravet vid könsbyte är planen från socialdepartementet att en departementsserie, DS, finns färdigställd till hösten 2012. Den ska därefter remitteras. Målsättningen är en proposition till riksdagen under våren 2013.

## Embryodonation

Donation av embryon, där varken ägg eller spermier kommer från paret, är enligt nuvarande lagstiftning inte möjligt i Sverige, eftersom det strider mot lagkravet om genetisk koppling till någon av föräldrarna. Den medicinska möjligheten finns alltså, men det är inte tillåtet juridiskt. Embryodonation är dock tillåtet i flera andra länder, bland annat i Finland, Storbritannien, USA och Australien. I Sverige destrueras varje år ett stort antal övertaliga embryon.

## Annan forskning

Det pågår även annan forskning inom området assisterad befruktning i Sverige. Forskning som t.ex. innebär frysförvaring av äggstocksvävnad, livmodertransplantationer, effekten av cancer och cancerterapi på reproduktionsfunktionen, manliga och kvinnliga könscellers utveckling och differentiering samt samspelet mellan spermie och ägg vid befruktning. Forskningsområdena sammanfattas ibland i termer av molekylärmedicinsk reproduktionsforskning eller molekylärgenetisk reproduktionsmedicin.

## Sammanfattning utvecklingen framöver

Riksdagen har bett regeringen ta fram ett förslag på lag som skulle ge ensamstående rätt att genomgå assisterad befruktning. Frågan om surrogatmoderskap ska också utredas. Socialdepartementet ska under hösten 2012 också ta fram ett underlag kring slopandet av steriliseringskravet vid könsbyte. Dessa förändringar ligger närmast i tiden när det gäller förändringar av lagstiftningen inom området i Sverige. En bit fram ligger embryodonation, där varken ägg eller spermier kommer från någon i paret. Medicinskt är det möjligt och forskning pågår men juridiskt är det inte lagligt i Sverige. Mycket forskning pågår i Sverige inom området assisterad befruktning.

# Landstingens erbjudanden vid assisterad befruktning

Under september 2012 tillfrågades alla landsting att svara på en enkät kring assisterad befruktning. Enkäten förmedlades till landstingen via SKL:s vävnadsråd och den arbetsgrupp som arbetar med könsceller. Sista svarsdatum var 1 oktober 2012.

Enkäten innehöll frågor om hur många försök landstinget erbjuder när det gäller insemination och in vitrofertilisering (IVF), och åldersgränser för den behandlade kvinnan och hennes partner. I underlaget fanns också frågor om vilken avgiftsprincip som tillämpas vid insemination och IVF och hur lång kötiden är för behandlingen. Slutligen uppmanades landstinget att svara på frågan om de ansåg att det fanns behov av harmonisering inom landet i några avseenden när det gäller landstingens erbjudanden vid assisterad befruktning.

SKL genomförde år 2010 en motsvarande sammanställning. Frågorna har till viss del modifierats sedan den undersökningen, men i den mån det går att göra jämförelser har det gjorts.

När det gäller svaren för Norra sjukvårdsregionen (Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Västernorrland) fattade de ett beslut i förbundsdirektionen den 26 september 2012 att ändra utformningen på sina regler. I nedanstående sammanställning är det de nya reglerna som redovisas.

Region Halland tillhör geografiskt två sjukvårdsregioner, västra och södra. I södra sjukvårdsregionen finns gemensamma riktlinjer för assisterad befruktning. Enligt beslut (dnr Ls070157-1) omfattas även norra länsdelen (Sjukhuset i Varberg) av södra sjukvårdsregionens rekommendationer.

Samtliga landsting utom Landstinget Gävleborg har svarat på enkäten.

## Insemination

### Antalet erbjudna försök

Av följande tabell framgår det antal försök med insemination som respektive landsting erbjuder.

Tabell 5 antal inseminationsförsök per landsting

|  | 0  | 1 | 2   | 3   | 4 | 5  | 6  |
|--|--|---|---|---|---|--|--|
| <b>Lesbiska</b>                              |  |   | Sörmland<br>Östergötland<br>Kalmar<br>Jönköping | Norrboten<br>Västerbotten<br>Jämtland<br>Västernorrland |   | Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge<br>Halland | Örebro <sup>1</sup><br>Värmland<br>VGR <sup>3</sup><br>Dalarna<br>Stockholm <sup>4</sup><br>Gotland <sup>4</sup><br>Uppsala <sup>4</sup> |
| <b>Heterosexuella inom paret*</b>            | Norrboten <sup>2</sup><br>Västerbotten <sup>2</sup><br>Jämtland <sup>2</sup><br>Västernorrland <sup>2</sup><br>Värmland <sup>2</sup> |   | Sörmland<br>Östergötland<br>Kalmar<br>Jönköping | Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge<br>Halland        |   |  | Örebro<br>VGR <sup>3</sup><br>Dalarna<br>Stockholm <sup>4</sup><br>Uppsala <sup>4</sup><br>Gotland <sup>4</sup>                          |
| <b>Heterosexuella (donation av spermier)</b> |  |   | Sörmland<br>Östergötland<br>Kalmar<br>Jönköping | Norrboten<br>Västerbotten<br>Jämtland<br>Västernorrland |   | Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge<br>Halland | Örebro <sup>1</sup><br>VGR <sup>3</sup><br>Dalarna<br>Värmland<br>Stockholm <sup>4</sup><br>Uppsala <sup>4</sup><br>Gotland <sup>4</sup> |

1. 6 inseminationer med donerade spermier eller 3 IVF-behandlingar med donerade spermier
2. Insemination av heterosexuella inom paret tillämpas ej då den metoden bedömts som icke-kostnadseffektiv, nästan lika bra resultat erhålles med fortsatt försök till spontan graviditet vida tidstimate samlag under 1-2 år.
3. De sista inseminationsbehandlingarna kan eventuellt omvandlas till 1 eller 2 IVF-behandlingar
4. 6 stycken inseminationer varav de 2 sista kan bytas ut mot 1 IVF, om ägledarskada erbjuds 3 IVF.

\*flera landsting har angivit att detta utförs i låg omfattning

Jämförs sammanställningen med motsvarande översikt från år 2010 utgörs den största skillnaden av att landstingen i norra sjukvårdsregionen har, i och med sitt nyligen fattade beslut, samma regler för heterosexuella och lesbiska.

### Övre åldersgräns vid erbjudande om insemination

I de två nedanstående tabellerna visas de övre åldersgränserna för både kvinnor och män som respektive landsting tillämpar vid erbjudande om insemination.

Tabell 6 Ålder för den inseminationsbehandlade kvinnan

| Kvinna 37      | Kvinna 38    | Kvinna 39                 | Kvinna 40              | Kvinna 41 |
|----------------|--------------|---------------------------|------------------------|-----------|
| Norrbottn      | Sörmland     | VGR                       | Gotland <sup>1</sup>   | Värmland  |
| Västerbotten   | Östergötland | Kronoberg <sup>3</sup>    | Örebro                 |           |
| Jämtland       | Kalmar       | Region Skåne <sup>3</sup> | Uppsala <sup>1</sup>   |           |
| Västernorrland | Jönköping    | Blekinge <sup>3</sup>     | Stockholm <sup>1</sup> |           |
|                |              | Halland <sup>3</sup>      | Dalarna <sup>1</sup>   |           |
|                |              | VGR                       |                        |           |

1. <40 år
2. ingen insemination på heterosexuella inom paret, avser alltså lesbiska
3. I södra sjukvårdsregionen anger riktlinjerna att behandling (start av läkemedelsbehandling) ska ha påbörjats före kvinnans 39-års dag. Det gäller första behandlingen. Vid följande behandlingar finns inte denna åldersgräns.

Vid en sammanställning av åldersgränserna för insemination måste noteras att frågan ställdes ”*Vilken är den övre åldersgräns landstinget har vid insemination?*”. Det gör att det kan finnas visst mått av tolkning kring den behandlade kvinnans ålder. Förutom den tolkningsfrågan har det inte skett några skillnader sedan föregående mätning år 2010. Vissa landsting har tolkat det som att den behandlade kvinnan ska vara under en viss ålder när den första behandlingen inleds medan andra har svarat utifrån att det är den äldsta åldern för att påbörja en behandling.



Tabell 7 Ålder på partnern till den som behandlas med insemination

| Kvinna 39        | Kvinna 40            | Kvinna 41             | Kvinna/man<br>54  | Kvinna/man<br>55   | Kvinna/man 56                                  |
|------------------|----------------------|-----------------------|---|--|--|
| VGR <sup>4</sup> | Dalarna <sup>5</sup> | Värmland <sup>1</sup> | Norrbottn<br>Västerbotten<br>Jämtland<br>Västernorrland<br>VGR <sup>4</sup> | Örebro<br>Sörmland<br>Östergötland <sup>2</sup><br>Kalmar <sup>2</sup><br>Jönköping <sup>2</sup><br>Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge<br>Halland<br>Stockholm <sup>2</sup><br>Uppsala <sup>2</sup><br>Dalarna <sup>5</sup> | Gotland <sup>3</sup><br>Stockholm <sup>6</sup> |

1. Avser endast lesbiska
2. Ingen gräns för den icke behandlade kvinnan i ett lesbiskt par finns
3. <56 år för partnern oavsett kön
4. Den icke behandlade kvinnan i ett lesbiskt par 39 år, mannen i ett heterosexuellt par 54 år
5. 55 år (< 40 år om delade försök)
6. <56 år för mannen, ingen åldersgräns för den icke behandlade kvinnan i ett lesbiskt par

Frågan kring partnerns ålder fanns inte med i enkäten från 2010. Slutsatsen i årets mätning är att vissa landsting gör skillnad på könet av partnern när det gäller åldersgränsen. Andra landsting tillämpar samma åldersprincip oberoende om partnern är en man eller kvinna. Dalarna har en ålder för partnern <55 år men om det blir aktuellt att dela på försöken för kvinnor i ett lesbiskt par är åldern för den kvinnan som då ska behandlas 40 år, dvs. samma som den kvinna som inledningsvis behandlades.

## Avgift för insemination

Den avgiftsprincip som landstinget tillämpar för besök i samband med insemination framgår av nedanstående tabell.

Tabell 8 avgiftsprincip vid insemination

|  | Sedvanliga patientavgifter   |  | Annan avgiftsprincip | Ej tillämplig<br>(behandlingen utföres ej)                           |
|--|--|--|----------------------|--|
| <b>Lesbiska</b>                              | Örebro<br>Värmland<br>Sörmland<br>Gotland<br>Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge<br>Halland<br>VGR                 | Dalarna<br>Norrbotten<br>Västerbotten<br>Jämtland<br>Västernorrland<br>Stockholm<br>Uppsala<br>Jönköping<br>Kalmar | Östergötland         |  |
| <b>Heterosexuella inom paret</b>             | Örebro<br>Värmland<br>Sörmland<br>Östergötland<br>Gotland<br>Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge                   | Halland<br>VGR<br>Dalarna<br>Stockholm<br>Uppsala<br>Jönköping<br>Kalmar   |                      | Norrbotten<br>Västerbotten<br>Jämtland<br>Västernorrland<br>Värmland |
| <b>Heterosexuella (donation av spermier)</b> | Örebro<br>Värmland<br>Sörmland<br>Östergötland<br>Gotland<br>Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge<br>Halland<br>VGR | Dalarna<br>Norrbotten<br>Västerbotten<br>Jämtland<br>Västernorrland<br>Stockholm<br>Uppsala<br>Jönköping<br>Kalmar |                      |  |

När det gäller principer för avgifter är det endast Östergötland som tillämpar någon annan finansieringsprincip än sedvanliga patientavgifter. Sedvanliga patientavgifter innebär i praktiken en kostnad för patienten på mellan 200 och 350 kronor. Östergötland har en avgift på 3000 kronor för två behandlingar av

lesbiska par. De tillämpar sedvanliga patientavgifter för heterosexuella par. Vid sammanställningen år 2010 tillämpade Västerbotten, Västernorrland och Jämtland också en annan avgiftsprincip för lesbiska. En kostnad som dessa landsting uppskattade hamnade på ca 12 000 kronor.

### **Möjlighet för ett lesbiskt par att dela på försöken med insemination**

I följande tabell framgår möjligheterna för ett lesbiskt par att dela på försöken med insemination inom respektive landsting.

Tabell 9 Möjligheten för ett lesbiskt par att dela på försöken med insemination

| Möjlighet att dela på försöken | Inte möjlighet att dela på försöken |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Uppsala <sup>1</sup>           | Sörmland <sup>2</sup>               |
| Örebro                         | Kronoberg                           |
| Värmland                       | Region Skåne                        |
| Östergötland                   | Blekinge                            |
| Jönköping                      | Halland                             |
| Kalmar                         | Norrbottn                           |
| VGR                            | Västerbotten                        |
| Dalarna                        | Jämtland                            |
|                                | Västernorrland                      |
|                                | Stockholm <sup>3</sup>              |
|                                | Gotland <sup>3</sup>                |

1. det är möjligt att dela på försöken men det föregås av en individuell bedömning av behandlande läkare
2. Undantag kan göras om det bedöms motiverat av medicinska skäl att man byter person. Men de får bara ett gemensamt barn per par som finansieras av landstinget
3. Möjligt vid syskonbehandling (som då bekostad av den enskilde)

År 2010 erbjöd varken Västernorrland, Jämtland och Västerbotten några försök alls för lesbiska par att genomgå assisterad befruktning med insemination i landstingens regi. I och med norra regionens nytagna modifierade nytagna regler så erbjuds försök men inte för ett lesbiskt par att dela på dessa.

8 landsting Uppsala, Örebro, Värmland, Östergötland, Jönköping, Kalmar, VGR och Dalarna erbjuder lesbiska kvinnor möjlighet att dela på inseminationsförsöken. De övriga landstingen gör det inte.

Tabell 10 Kötiden-insemination per landsting

|  | <3 månader  |   | >3 månader   | Ej tillämplig<br>(behandlingen utföres ej)                           |
|--|---|---|--|--|
| <b>Lesbiska</b>                              | Värmland<br>Örebro<br>Sörmland<br>Östergötland<br>Jönköping<br>Kalmar | Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge<br>Halland<br>Dalarna <sup>3</sup><br>Uppsala | Stockholm <sup>1</sup><br>Gotland <sup>1</sup><br>VGR <sup>2</sup><br>Norrbotten <sup>2</sup><br>Västerbotten <sup>2</sup><br>Jämtland <sup>2</sup><br>Västernorrland <sup>2</sup> |  |
| <b>Heterosexuella inom paret</b>             | Värmland<br>Örebro<br>Sörmland<br>Östergötland<br>Jönköping<br>Kalmar | Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge<br>Halland<br>VGR<br>Dalarna <sup>3</sup>     | Stockholm <sup>1</sup><br>Gotland <sup>1</sup>   | Norrbotten<br>Västerbotten<br>Jämtland<br>Västernorrland<br>Värmland |
| <b>Heterosexuella (donation av spermier)</b> | Värmland<br>Örebro<br>Sörmland<br>Östergötland<br>Jönköping<br>Kalmar | Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge<br>Halland<br>Dalarna <sup>3</sup>            | Stockholm <sup>1</sup><br>Gotland <sup>1</sup><br>VGR <sup>2</sup><br>Norrbotten <sup>2</sup><br>Västerbotten <sup>2</sup><br>Jämtland <sup>2</sup><br>Västernorrland <sup>2</sup> |  |

1. 12-14 månader
2. pga. brist på spermier
3. 3 (-6) månader

När det gäller kötiden för behandling fanns den frågan inte med i underlaget för 2010. Vårdgarantin blev lagstiftning under sommaren 2010. Lagen medför att det inte ska gå mer än tre månader från remiss till besök den specialiserade vården och maximalt ytterligare tre månader till inledd behandling. Flera landsting uppger att det är bristen på donerad sperma som gör att kötiden för patienterna i vissa fall blir längre än 3 månader. Vårdgarantins tidsgränser startar först när donerade spermier finns på plats.

## In vitro fertilisering

### Antal erbjudna försök

Redovisning av antalet försök med IVF som respektive landsting erbjuder.

Tabell 11 antalet försök med IVF som respektive landsting erbjuder

|  | 1 | 2  | 3  |   |
|--|---|--|--|---|
| <b>Lesbiska</b>  |   | Norrbotten <sup>5</sup><br>Västerbotten <sup>5</sup><br>Jämtland <sup>5</sup><br>Västernorrland <sup>5</sup><br>Sörmland<br>Östergötland <sup>5</sup><br>Jönköping <sup>5</sup><br>Kalmar <sup>5</sup> | Örebro <sup>1</sup><br>Värmland<br>Gotland<br>Kronoberg <sup>2</sup><br>Region Skåne <sup>2</sup><br>Blekinge <sup>2</sup> | Halland <sup>2</sup><br>Dalarna <sup>3</sup><br>Stockholm <sup>4</sup><br>Uppsala <sup>4</sup><br>VGR               |
| <b>Heterosexuella inom paret</b>                       |   | Norrbotten <sup>5</sup><br>Västerbotten <sup>5</sup><br>Jämtland <sup>5</sup><br>Västernorrland <sup>5</sup><br>Sörmland<br>Östergötland <sup>5</sup>  | Örebro <sup>1</sup><br>Värmland<br>Gotland<br>Kronoberg <sup>2</sup><br>Region Skåne <sup>2</sup><br>Blekinge <sup>2</sup> | Halland <sup>2</sup><br>Stockholm <sup>4</sup><br>Uppsala <sup>4</sup><br>Dalarna<br>VGR <sup>6</sup>               |
| <b>Heterosexuella (donation av ägg eller spermier)</b> |   | Norrbotten <sup>5</sup><br>Västerbotten <sup>5</sup><br>Jämtland <sup>5</sup><br>Västernorrland <sup>5</sup><br>Sörmland<br>Östergötland <sup>5</sup>  | Örebro <sup>1</sup><br>Värmland<br>Gotland<br>Kronoberg <sup>2</sup><br>Region Skåne <sup>2</sup>                          | Blekinge <sup>2</sup><br>Halland <sup>2</sup><br>Stockholm <sup>4</sup><br>Uppsala <sup>4</sup><br>VGR <sup>6</sup> |

1. 6 inseminationer med donerade spermier eller 3 IVF- behandlingar med donerade spermier
2. Södra sjukvårdsregionen: ett poängsystem 6 poäng, en fullständig IVF behandling 2 poäng, ett återförande av ett fryst embryo 1 poäng
3. 1 st (efter 4 misslyckade inseminationsförsök kan i vissa fall de 2 sista inseminations-försöken bytas mot 1 IVF-försök). 3 st - kan bli aktuellt om kvinnan saknar fungerande äggledare
4. 1 IVF, om det finns en äggledarskada erbjuds 3 IVF försök
5. En fullständig behandling samt en återföring av embryo antingen av tidigare fryst embryo eller i de fall sådant inte finns, en förnyad behandling. Par som väljer bort frysmöjligheten vid första försöket erbjuds ingen frysning vid andra försöket
6. Färre IVF-behandlingar om man genomgått ett antal inseminationsbehandlingar först

När det gäller antalet IVF-försök som landstingen erbjuder när det gäller IVF har de flesta landsting angett två eller tre försök. Vissa landsting tillämpar ett system med att ge patienten ett val att byta ut ett eller flera försök av IVF mot antingen inseminationsförsök eller försök med frysta embryon. Vid en jämförelse med 2010: års sammanställning framgår att Västernorrland, Västerbotten, Jämtland och Norrbotten då erbjöd 1 IVF-försök och vid 2012 års sammanställning erbjuder de en fullständig behandling samt en återföring av embryo antingen av tidigare fryst embryo eller i de fall sådant inte finns, en förnyad behandling.

### Övre åldersgräns vid erbjudande om IVF

I följande två tabeller visas de övre åldersgränser för både kvinnor och män som respektive landsting tillämpar vid erbjudande om IVF.

Tabell 12 övre åldersgräns för IVF-behandling per landsting

| Kvinna 37      | Kvinna 38    | Kvinna 39                 | Kvinna 40              |
|----------------|--------------|---------------------------|------------------------|
| Norrbotten     | Östergötland | Kronoberg <sup>1</sup>    | Örebro                 |
| Västerbotten   | Kalmar       | Region Skåne <sup>1</sup> | Uppsala <sup>2</sup>   |
| Jämtland       | Jönköping    | Blekinge <sup>1</sup>     | Stockholm <sup>2</sup> |
| Västernorrland | Sörmland     | Halland <sup>1</sup>      | Dalarna <sup>2</sup>   |
|                |              | VGR <sup>2</sup>          | Värmland               |
|                |              |                           | Gotland <sup>2</sup>   |

1. I södra sjukvårdsregionen anger riktlinjerna att behandling (start av läkemedelsbehandling) ska ha påbörjats före kvinnans 39-års dag. Det gäller första behandlingen. Vid följande behandlingar finns inte denna åldersgräns.
2. <40 år

Vid en sammanställning av åldersgränserna för insemination måste noteras att frågan ställdes ”*Vilken är den övre åldersgräns landstinget har vid IVF?*”. Det gör att det kan finnas visst mått av tolkning kring den behandlade kvinnans ålder. Förutom den tolkningsfrågan har det inte skett några skillnader sedan föregående mätning år 2010.

Tabell 13 Partnerns övre åldersgräns vid IVF-behandling redovisat per landsting

| Kvinna 39        | Kvinna 40             | Kvinna/man 54   | Kvinna/man 55  | Kvinna/man 56                                  |
|------------------|-----------------------|---|--|--|
| VGR <sup>3</sup> | Värmland <sup>3</sup> | Norrbottn<br>Västerbotten<br>Jämtland<br>Västernorrland<br>VGR <sup>3</sup> | Östergötland <sup>1</sup><br>Kalmar <sup>1</sup><br>Jönköping <sup>1</sup><br>Örebro<br>Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge<br>Halland<br>Dalarna<br>Uppsala <sup>1</sup><br>Sörmland<br>Värmland <sup>3</sup> | Gotland <sup>2</sup><br>Stockholm <sup>4</sup> |

1. ingen gräns för icke-behandlade lesbiska kvinnan, 55 år för mannen
2. <56 år för partnern oavsett kön
3. den icke behandlade kvinnan i ett lesbiskt par 39 år, mannen i ett heterosexuellt par 54 år
4. <56 år för mannen, ingen åldersgräns för den icke behandlade kvinnan i ett lesbiskt par

När det gäller åldersgräns för partnern vid IVF-behandling gör ca hälften av landstingen en åtskillnad på om partnern är en kvinna eller en man. Dessa landsting tillämpar då en lägre åldersgräns om den partnern är en kvinna. Detta mönster fanns även vid 2010: års sammanställning.

## Avgift för ett IVF-försök

Av nedanstående tabell framgår de avgifter som tillämpas inom respektive landsting.

Tabell 14 Avgiftsprincip för IVF-behandling, redovisat per landsting

|  | Sedvanliga patientavgifter |              |                | Annan avgiftsprincip |
|--|----------------------------|--------------|----------------|----------------------|
| <b>Lesbiska</b>  | Örebro                     | Region Skåne | Västerbotten   |                      |
|  | Värmland                   | Blekinge     | Jämtland       |                      |
|  | Östergötland               | Halland      | Västernorrland |                      |
|  | Kalmar                     | VGR          | Stockholm      |                      |
|  | Jönköping                  | Dalarna      | Uppsala        |                      |
|  | Gotland                    | Norrbottn    | Sörmland       |                      |
|  | Kronoberg                  |              |                |                      |
| <b>Heterosexuella inom paret</b>                       | Örebro                     | Region Skåne | Västerbotten   |                      |
|  | Värmland                   | Blekinge     | Jämtland       |                      |
|  | Östergötland               | Halland      | Västernorrland |                      |
|  | Kalmar                     | VGR          | Stockholm      |                      |
|  | Jönköping                  | Dalarna      | Sörmland       |                      |
|  | Gotland                    | Norrbottn    | Uppsala        |                      |
|  | Kronoberg                  |              |                |                      |
| <b>Heterosexuella (donation av ägg eller spermier)</b> | Örebro                     | Region Skåne | Västerbotten   |                      |
|  | Värmland                   | Blekinge     | Jämtland       |                      |
|  | Östergötland               | Halland      | Västernorrland |                      |
|  | Kalmar                     | VGR          | Stockholm      |                      |
|  | Jönköping                  | Dalarna      | Uppsala        |                      |
|  | Gotland                    | Norrbottn    | Sörmland       |                      |
|  | Kronoberg                  |              |                |                      |

Samtliga landsting tillämpar sedvanliga patientavgifter för behandling av assisterad befruktning. Det gäller heterosexuella så väl som lesbiska par. I praktiken innebär det en avgift på mellan 200 och 350 kronor.



## Möjligheter för ett lesbiskt par att dela på försöken med IVF

Av nedanstående tabell framgår vad som gäller inom respektive landsting avseende möjligheterna för ett lesbiskt par att dela på IVF-försöken.

Tabell 15 Möjlighet för ett lesbiskt par att dela på IVF-försöken, redovisade per landsting

| Möjlighet att dela på försöken | Inte möjlighet att dela på försöken | Övriga handlingsalternativ |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| Örebro                         | Kronoberg                           |                            |
| Värmland                       | Region Skåne                        |                            |
| Östergötland                   | Blekinge                            |                            |
| Kalmar                         | Halland                             |                            |
| Jönköping                      | Dalarna <sup>1</sup>                |                            |
| VGR                            | Norrbottn                           |                            |
| Uppsala <sup>2</sup>           | Västerbotten                        |                            |
|                                | Jämtland                            |                            |
|                                | Västernorrland                      |                            |
|                                | Sörmland                            |                            |
|                                | Stockholm <sup>3</sup>              |                            |
|                                | Gotland <sup>3</sup>                |                            |

1. Teoretiskt Ja (förutsätter dock att båda kvinnorna har stopp i sina ägglare)
2. det är möjligt att dela på försöken men det föregås av en individuell bedömning av behandlande läkare
3. Möjligt vid syskonbehandling (som då bekostad av den enskilde)

Ungefär en tredjedel av landstingen erbjuder möjlighet för lesbiska par att dela på IVF-försöken. I Uppsala föregås det av en individuell bedömning. Flera landsting t.ex. Stockholm har svarat att det är möjligt att dela på försöken men att det då hanteras utanför det offentliga åtagandet och att den enskilde får stå för kostnaderna själv. Om paret lyckas bli gravid genom IVF är det inte möjligt i något landsting att använda eventuella återstående försök till partnern. Att dela på försöken förutsätter alltså att den kvinna som först behandlades inte fick barn genom sina försök. Har så skett måste framtida försök helt bekostas av den enskilde.

Tabell 16 Kötiden för IVF-behandling, redovisade per landsting

|  | <3 månader  |   | >3 månader  |  |
|--|---|---|---|--|
| <b>Lesbiska</b>  | Värmland<br>Örebro<br>Östergötland<br>Kalmar<br>Jönköping<br>Kronoberg<br>Region Skåne  | Blekinge<br>Halland<br>Uppsala<br>Sörmland<br>Dalarna <sup>4</sup>  | VGR <sup>6</sup><br>Norrbotten<br>Västerbotten<br>Jämtland<br>Västernorrland<br>Stockholm <sup>5</sup><br>Gotland <sup>5</sup>  |  |
| <b>Heterosexuella inom paret</b>                       | Värmland<br>Örebro<br>Östergötland<br>Kalmar<br>Jönköping<br>Kronoberg<br>Region Skåne<br>Blekinge                                      | Halland<br>VGR<br>Uppsala<br>Sörmland<br>Norrbotten<br>Västerbotten<br>Jämtland<br>Västernorrland<br>Dalarna <sup>4</sup> | Stockholm <sup>5</sup><br>Gotland <sup>5</sup>  |  |
| <b>Heterosexuella (donation av ägg eller spermier)</b> | Värmland<br>Örebro <sup>1</sup><br>Östergötland <sup>1</sup><br>Kalmar <sup>1</sup><br>Jönköping <sup>1</sup><br>Kronoberg <sup>2</sup> | Region Skåne <sup>2</sup><br>Blekinge <sup>2</sup><br>Halland <sup>2</sup><br>Uppsala<br>Sörmland<br>Dalarna <sup>4</sup> | Örebro <sup>1</sup><br>Östergötland <sup>1</sup><br>Kalmar <sup>1</sup><br>Jönköping <sup>1</sup><br>Region Skåne <sup>2</sup><br>Blekinge <sup>2</sup><br>Kronoberg <sup>2</sup> | Norrbotten <sup>3</sup><br>Västerbotten <sup>3</sup><br>Jämtland <sup>3</sup><br>Västernorrland <sup>3</sup><br>VGR <sup>6</sup><br>Stockholm <sup>6</sup><br>Gotland <sup>6</sup> |

1. vid spermiedonation 3 månader, vid äggdonation är väntetiden 6-12 månader
2. Donation av ägg, just nu ca 5 månader till motagningsbesök. Donation av spermier inom vårdgarantin
3. 6 månader till 3 år, den längre kötiden vid äggdonation
4. 3(-6) månader
5. 12-14 månader
6. 1-1,5 år vid ägg donation, 12-14 månader vid spermadonation

Landstingen anger att de i stor utsträckning lever upp till vårdgarantin. Stockholm och Dalarna och i viss mån VGR anger att har en kortare väntetid än 3 månader för lesbiska par samt heterosexuella par (med sperma och ägg inom paret). När det gäller assisterad behandling med donerade spermier och ägg är det ca hälften av alla landsting som anger att patienterna får vänta längre än tre månader på behandling. Den främsta anledningen anges vara bristen på donerade ägg och spermier, framför allt är det brist på donerade ägg.

Avslutningsvis tillfrågades landstingen om de önskade någon form av harmonisering inom området.

Tabell 17 Önskan att harmonisera landstingens rekommendationer, redovisade per landsting

| ja                     | nej                    | Ej angivit   |
|------------------------|------------------------|--------------|
| Örebro                 | Sörmland               | Värmland     |
| VGR <sup>1</sup>       | Kronoberg <sup>2</sup> | Östergötland |
| Dalarna                | Norrbottn              | Kalmar       |
| Stockholm              | Västerbotten           | Jönköping    |
| Uppsala                | Jämtland               | Halland      |
| Region Skåne           | Västernorrland         |              |
| Blekinge               |                        |              |
| Kronoberg <sup>2</sup> |                        |              |
| Gotland                |                        |              |

1. Ja, delvis
2. Kronoberg har angivit ett svar enskilt svar (nej) men i svaret för Södra sjukvårdsregionen är ja angivet

De skäl som angivits för en harmonisering är att det skulle bli en mer jämlik vård över landet och att det blir bättre för patienterna. Det som önskas samordnas är antalet försök och åldersgränserna. Här bör det noteras att åldersgränserna kan vara mer lika än det ser ut. Det beror på hur åldern redovisas. Ett sätt att redovisa är t.ex. ”Start av första behandling före 39-års dagen”, därefter fortsätter behandlingar. Ett annat sätt att uttrycka åldern är ”Inga behandlingar startas efter att kvinnan fyllt 40 år”. Här vore det bra med en harmonisering.

Något landsting anger också att det skulle vara bra om kötiden för utförd behandling harmoniserades. Även möjligheten att dela på försöken för lesbiska par, efter en individuell bedömning, anger några landsting som möjliga områden att harmonisera.

Lagstiftningen mellan olika länder kring assisterad befruktning skiljer sig åt och ett område för framtida harmonisering skulle vara att få mer lika regler mellan länder. Som ett första steg vore det angeläget med harmonisering av riktlinjerna

för kvinnor (par) som inleder en behandling i ett annat land och önskar kontroller på hemorten.

*Vem har svarat på enkäten*

**Tabell 18 Redovisning vem i landstingen som svarat på enkäten**

| Landsting  | Enhet  | Person   |
|--|--|--|
| Uppsala Läns Landsting   | Reproduktionscentrum Akademiska Sjukhuset i Uppsala                    | Medicinskt ledningsansvarig överläkare Kjell Wånggren                    |
| Stockholms Läns Landsting  | Fertilitetskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge        | Områdeschef doc. Jan Olofsson  |
| Örebro Läns Landsting  | Kvinnokliniken, fertilitetsenheten Universitetssjukhuset Örebro        | överläkare Mikael Lood   |
| Norra Regionen-<br>Norrbottens Läns landsting<br>Västerbottens läns landsting<br>Jämtlands Läns Landsting<br>Västernorrlands läns landsting                            | Regionsansvarig infertilitet<br>Kvinnokliniken Skellefteå Lasarett     | Överläkare Håkan Lindström   |
| Landstinget i Värmland   | kvinnosjukvården   | Dr. Ghada Hussein  |
| Landstinget Sörmland   | Verksamhetschef Kvinnokliniken MSE/KSK<br>Mälarsjukhuset               | Överläkare<br>Bettina Ouvrier  |
| Assisterad befruktning,<br>gemensamma riktlinjer i Sydöstra Sjukvårdsregionen<br>Östergötlands Läns Landsting<br>Landstinget i Jönköpings Län<br>Kalmar läns Landsting | medicinskt ansvarig RMC<br>Kvinnokliniken US Linköping                 | Läkare Barbara Jablonowska   |
| Region Gotland<br>Ny uppgifter inkom till SKL 2012-11-28   | Kvinnokliniken Visby Lasarett<br>Kvinnokliniken                        | Överläkare Nils-Erik Eriksson<br>Lena Edwall enhetschef                  |
| Södra sjukvårdsregionen dvs<br>Region Skåne,<br>Region Halland<br>Landstinget Blekinge Landstinget<br>Kronoberg  | Reproduktionsmedicinskt Centrum,<br>Skånes Universitetssjukhus, Malmö, | Överläkare, Doc Britt Friberg  |
| Landstinget Kronoberg  | Centrallasarettet i Växjö  | Läkare Marie-Louise Berg-Lakså   |
| Västra Götalands Regionen  | Reproductive Medicine<br>SU/Sahlgrenska                                | Laboratoriechef Kersti Lundin<br>samt Överläkare Ann Thurin<br>Kjellberg |
| Landstinget Dalarna  | Central förvaltning<br>Medicinsk enhet                                 | Biträdande<br>enhetschef Chefläkare<br>Gunilla Lindberg                  |



## Sammanfattning landstingens erbjudanden kring assisterad befruktning

Resultaten av enkäten till landstingen/regionerna hösten 2012, visar att skillnaderna mellan landstingens erbjudande kring assisterad befruktning har minskat sedan sammanställningen 2010. I många avseenden är skillnaden mellan landstingen låg. De områden där viss skillnad finns mellan landstingen redovisas nedan. När det gäller inseminationsförsök erbjuder landstingen mellan 2 och 6 försök. Ingen skillnad finns mellan lesbiska och heterosexuella par. En kommentar till denna skillnad är att landstingen har olika principer för inseminationsförsök, det är vanligt med en variant där ett eller flera inseminationsförsök kan bytas mot IVF-försök. Insemination av heterosexuella (med ägg och spermier inom paret) utförs också i låg omfattning.

När det gäller åldersgränser för den behandlade kvinnan är det en variation på mellan 37 och 41 år. Gällande åldersgränser bör det påpekas att olika landsting redovisar detta olika. Vissa landsting tolkar åldersgränsen som att kvinnan vid första behandlingstillfället inte får överskrida en ålder, medan för andra avser åldern start av första behandlingen.

Åldersgränsen för partnern finns också i de flera landsting när det gäller inseminationsförsök. Vissa landsting har olika åldersgränser för om partnern är en man eller kvinna. Västra Götalands Regionen och Landstinget Dalarna har olika åldersgränser men dessa två landsting tillåter ett lesbiskt par att dela på inseminationsförsöken.

Förutom Västra Götalands Regionen och Landstinget Dalarna är det ytterligare 6 landsting som möjliggör för lesbiska par att dela på inseminationsförsöken. Dessa är Uppsala läns landsting, Örebro Läns Landsting, Landstinget i Värmland, Östergötlands läns landsting, Landstinget i Jönköpings Län och Landstinget i Kalmar län.

Endast landstinget i Östergötland tillämpar en annan avgiftprincip än sedvanliga patientavgifter och det gäller lesbiska kvinnor som får betala 3000 kronor för två inseminationsbehandlingar.

De landsting som har angivit att de inte utför inseminationsbehandlingen inom tre månader hänvisar alla till bristen på donerad sperma som orsaken till det.

Vid behandling av in vitro fertilisering erbjuder landstingen mellan 2 och 3 försök. Olika landsting/sjukvårdsregioner har olika system för sina erbjudanden. Vid en sådan sammanställning måste hänsyn tas till rutinerna för inseminationsförsök och kopplingen till IVF-försök. I vissa landsting kan patienterna byta ut inseminationsförsök mot IVF-försök. Om det finns äggladarskada erbjuds i vissa fall fler försök. Hänsyn måste också tas kring rutinerna för hanteringen av återföring av embryon.

Åldersgränserna för IVF-behandling varierar mellan 37 och 40 år. Tolkningen av åldersgränserna varierar dock mellan landstingen. Västra Götalands Regionen och Landstinget i Värmland har olika åldersgränser men dessa två landsting tillåter ett lesbiskt par att dela på IVF-försöken.

Förutom Västra Götalands Regionen och Landstinget i Värmland är det ytterligare 5 landsting som möjliggör för lesbiska par att dela på IVF-försöken. Dessa är Uppsala läns landsting, Örebro Läns Landsting, Östergötlands läns landsting och Landstinget i Jönköpings Län.

De landsting som har angivit att de inte utför IVF-behandlingen inom tre månader hänvisar alla till bristen på donerad sperma eller ägg som orsaken till det. Landstingen i norra regionen har uppgett att det kan vara upp till tre års väntetid för äggdonation.

När det gäller harmonisering är det 9 landsting som uppgett att de skulle vilja se en harmonisering av landstingens rekommendationer inom området assisterad befruktning. Motiv som angivits för en harmonisering är att det skulle bli bättre för patienterna och en mer jämlik vård över landet. 6 landsting har angivit att ingen harmonisering är nödvändig, lika många landsting har inte svarat på frågan.

# Källförteckning

1177. (oktober 2012). Hämtat från 1177.

*Justitieministeriet Finland.* (oktober 2012). Hämtat från Justitieministeriet Finland: <http://www.om.fi/sv/1166093913357>

*KVALITETSREGISTRET Q-IVF.* (oktober 2012). Hämtat från Q-IVF: <http://www.ucr.uu.se/qivf/>

*mia.* (den 11 september 2012). Hämtat från Myndigheten för Internationella adoptioner: [www.mia.eu](http://www.mia.eu)

*Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.* (oktober 2012). Hämtat från Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: <http://www.sum.dk/>

*NHS IVF.* (oktober 2012). Hämtat från NHS IVF: <http://www.nhs.uk/Conditions/IVF/Pages/Introduction.aspx>

*SCB.* (oktober 2012). Hämtat från Statistik centralbyrå: <http://www.scb.se/>

*Socialstyrelsen Faderskap och föräldraskap.* (oktober 2012). Hämtat från Socialstyrelsen Faderskap och föräldraskap: <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/familjeratt-familjeradgivning/faderskapochforaldraskap/>

*WHO.* (oktober 2012). Hämtat från WHO infertility: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/en/index.html>

CHRISTINA BERGH, U.-B. W. (nr 42 volym 107 2010). Låg risk för ohälsa hos barn födda efter in vitro-fertilisering. *Läkartidningen.*

Diskrimineringsombudsmannen, D. (2012). *Rätten till sjukvård på lika villkor*. DO.

SKL. (2011). *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer med giltighet fr.o.m den 1 maj 2011.* SKL.

Socialstyrelsen . (2001). *Assisterad befruktning Uppföljning av barn som nått skolåldern.* Socialstyrelsen, Svensk Förening för obstetrik och Gynekologi (SFOG) och Svenska Barnläkareföreningen (BLF).

Socialstyrelsen. (2012). *Sos, Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn - Medicinska födelseregistret 1973–2010 -Assisterad befruktning 1991–2009.* enheten befolkningsstatistik. Stockholm: Socialstyrelsen.



## Assisterad befruktning

### KARTLÄGGNING OCH LANDSTINGENS ERBJUDANDEN NOVEMBER 2012

Sveriges Kommuner och Landsting har på uppdrag av sin politiska ledning (Sjukvårdsdelegationen) tagit fram en rapport kring assisterad befruktning i Sverige. Rapporten är ett underlag i landstingens arbete med kunskapsstyrning och systematiska förbättringsarbete för och med patienter och brukare. Rapporten är indelad i två delar. Den första delen redogör för definitioner, rättsliga regleringar och relevanta domar, kostnader, utländska förhållanden och utvecklingen framöver inom området assisterad befruktning. Den andra delen utgörs av en sammanställning av utskickade enkäter till landstingen med frågor kring deras erbjudanden vid assisterad befruktning.

Upplysningar om innehållet  
Ulrika, Eriksson, [ulrika.eriksson@skl.se](mailto:ulrika.eriksson@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2012  
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7164-882-2  
Text: Ulrika Eriksson