



Regionalt Vårdprogram

Utredning av infertilitet

Stockholms läns landsting

2005

Medicinskt
programarbete





Regionalt Vårdprogram

Utredning av infertilitet

Rapporten är framtagen av:

Anders Å:son Berg
Agneta Argelid
Stefan Arver
György Csemiczky
Greta Edelstam
Margareta Fridström
Cecilia Lärksäter
Lottie Skjöldebrand Sparre
Margaretha Wransby

ISBN 91-85209-41-58

Om det medicinska programarbetet i SLL

Det medicinska programarbetet (MPA) i Stockholm är till för att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,9 miljoner invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet drivs gemensamt av producenter och beställare. Patientföreträdarna har en viktig plats i arbetet och medverkar i de olika grupperna. Stockholms Medicinska Råd och 17 programråd har skapats för att driva arbetet. Ett flertal årsrapporter, regionala vårdprogram, fokusrapporter och rapporter från förbättringsarbeten har redan publicerats och arbetet med nya rapporter fortskrider kontinuerligt.

De regionala vårdprogrammen ska vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet. De regionala vårdprogrammen och de övriga rapporterna från MPA ska vara en bas för dialog mellan beställare och producenter om den medicinska kvaliteten i vården och kommer att utgöra en grund för beställarorganisationens styrning och uppföljning av vården.

Programarbetet har samlat ett stort nätverk av sakkunniga och har lagt grunden till en gemensam arena för vårdens parter.

Innehåll

Innehåll	3
Förord	5
Hur har patienterna medverkat i arbetet	5
Förankringsarbetet.....	5
Inledning	7
Kvalitet ur patientperspektivet	8
Mål med utredningen	8
Kartläggning och analys	10
Indikationer för utredning	10
Vem söker var?	11
Vad kostar det?.....	11
Vad leder utebliven eller dålig vård till?	12
Lesbiska kvinnor	12
Folkhälsoinsatser	13
Hälso- och sjukvårdens insatser.....	15
Primär prevention.....	15
Utredning av det infertila paret.....	16
Kvinnan.....	16
Mannen	17
Sammanfattning av utredningen.....	18
Omvårdnad	19
Samtalsstöd vid ofrivillig barnlöshet.....	19
Prioritering.....	21
Kvalitetsmått.....	21
Organisatoriska aspekter.....	22
Framtid.....	22
Framtida tekniska möjligheter.....	24
Referenser.....	25
Bilaga 1	27
Kvalitetsindikatorer	27

Förord

Detta regionala vårdprogram handlar om **Utredning** av Infertilitet (Ofrivillig barnlöshet). **Behandling** av ett infertilt par måste individualiseras. De olika fakta som framkommit under utredningen utgör en delmängd som vägs in i den totala bilden när behandlande specialist och paret gemensamt tar ställning till lämplig medicinsk behandling eller annan åtgärd. I denna skrivning berör vi inte behandlingsdelen.

Vårdprogrammet riktar sig främst till läkare och annan personal som kommer i kontakt med hjälpsökande infertila par, men kan även läsas av patienterna och andra intresserade.

Innehållet i vårdprogrammet är också tänkt att kunna användas av tjänstemän i beställar- och produktionsorganisationerna i planering, avtal och uppföljning.

Vårdprogrammet har framtagits inom ramen för det medicinska programarbetet i Stockholms Läns Landsting och anger vilken utredningsgång avseende infertilitet som bör föreligga.

Som underlag för denna skrivning har olika medicinska rapporter och artiklar använts. Huvuddelen av dessa återfinns i referenslistan och därtill har vi använt aktuella data från befolkningsstatistik för Stockholms län samt olika produktionsdata.

Hur har patienterna medverkat i arbetet

Under pågående arbete med denna skrivning har vi bett patientföreningen IRIS (Infertilas Riksförening i Sverige) om medverkan. Ingen representant har kunnat närvara men IRIS har lämnat sina synpunkter.

Förankringsarbetet

Deltagarna i skrivningen representerar samtliga slutenvårdsenheter samt några stora privata vårdgivare. Dokumentet är granskat av verksamhetsche-

ferna vid slutenvårdsenheterna samt representanter för privatvården, primärvården och andra remissinstanser.

Det övergripande målet för detta vårdprogram är att alla ofrivilligt barnlösa par skall få samma tillgång till en korrekt och snabbt genomförd utredning (god vård på lika villkor).

Medverkande i arbetet med att ta fram vårdprogrammet har varit:

Anders Å:son Berg, Docent, Medicinskt råd, SLL

Agneta Argelid, Socionom, Kurator, Kvinnokliniken, Karolinska

Universitetssjukhuset - Solna

Stefan Arver, Docent, Verksamhetschef Andrologiskt Centrum, Karolinska

Universitetssjukhuset - Solna

György Csemiczky, Med. Dr, Överläkare, Kvinnokliniken, Karolinska

Universitetssjukhuset - Solna

Greta Edelstam, Med. Dr, Överläkare, Kvinnokliniken, Karolinska Universi-

tetssjukhuset - Huddinge

Margareta Fridström, Med. Dr, Överläkare, Kvinnokliniken, Karolinska

Universitetssjukhuset - Huddinge

Cecilia Lärksäter, Leg. Barnmorska, IVF-gruppen, Sophiahemmet

Lottie Skjöldebrand Sparre, Med. Dr. Överläkare, Kvinnokliniken,

Danderyds sjukhus AB

Margaretha Wramsby, Med. Dr, Överläkare, gynekologiska och IVF klini-

ken, S:t Görans sjukhus.

Stockholms medicinska råd har antagit vårdprogrammet i september 2005.

Kaj Lindvall
Ordförande
Stockholms Medicinska Råd

Anders Å:son Berg
Medicinskt råd, ordförande
Programrådet
Kvinnosjukvård och andrologi

Inledning

Att inte kunna få biologiska barn medför för det drabbade paret en genomgripande kris och i vissa fall en livslång sorg. Det har inverkan på kärleksrelationen och även på släkt-, kamrat- och arbetsrelationer. Ofrivillig barnlöshet finns i alla typer av samhällen såväl i-länder som u-länder och det drabbar alla samhällsklasser även om orsakerna varierar, delvis på grund av människornas allmänna levnadsvillkor. Ofrivillig barnlöshet har beräknats drabba omkring 10-15 % av par i barnalstrande eller fertil ålder (1). Detta medför att det är en av de vanligaste orsakerna för vilka yngre människor söker sjukvård.

Ofrivillig barnlöshet definieras som det tillstånd då ett par med regelbundet samliv inte lyckas uppnå graviditet inom ett år. Tillståndet är definierat som sjukdom av WHO och grupperas i prioritetsgrupp 3 i Sverige.

Av de par som önskar bli gravida kommer 57 % att uppnå detta inom 3 månader, 72 % inom 6 månader och 85 % inom ett år.

Åldern är av stor betydelse för fertiliteten. Ålderns betydelse är mest markant hos kvinnan då hennes fertilitet avtar tidigare och har en snabbare avtagande kurva än hos mannen.

Målet med infertilitetsutredning är att fastställa diagnos, ge råd om behandling och att ge emotionellt stöd under en fas då paret genomgår en existentiell kris samt hjälp till nyorientering för de par som ej lyckas uppnå sin önskan om barn. Utredning av paret görs parallellt.

Väntetiden att komma till infertilitetsutredning bör ej överstiga 3-4 månader och tiden för utredningens genomförande bör ej överstiga 3 månader.

Orsaken till infertilitet utgörs till 35 % av faktorer hos mannen, i 35 % av skador i äggledarfunktionen hos kvinnan, i 15 % av dysfunktion i äggstockarna och i 5 % av mer ovanliga orsaker så som missfallsbenägenhet, kromosomavvikelse, missbildningar (2).

Hos cirka 10 % av paren kommer orsaken till deras infertilitet att förbli oförklarad.

Kvalitet ur patientperspektivet

Patientföreningen IRIS (Infertilas Riksförening i Sverige) synpunkter på vad som är bra kvalitet på en fertilitetsutredning framgår enligt nedanstående punkter:

- Att läkaren, och all övrig personal som kommer i kontakt med paret, har god kunskap i ämnet. (Hur utredningen går till, vilka olika behandlingar som finns och kännedom om de psykosociala problem som paret går igenom)
- Att direkt få information om utredningens alla faser och vilka behandlingsmöjligheter som finns.
- Att adoption nämns som ett alternativ till behandling.
- Att man inte glömmer bort att det är paret som utreds.
- Att det inte tar för lång tid, maximalt 6 månader.
- Att få träffa en kurator med kunskap om infertilitet.
- Att så långt det är möjligt få träffa samma personal.
- Att få information om patientföreningen IRIS.

Mål med utredningen

Landstingets vårdresurser för omhändertagande av det infertila paret skall tas tillvara så att barnlösa par får tillgång till ett kvalificerat omhändertagande av internationell klass. Utredning och eventuell behandling skall motsvara det behov som föreligger hos det enskilda paret.

I handläggning av det enskilda paret skall utredningsfasen klargöra etiologiska bakomliggande faktorer och identifiera tillstånd som är behandlings- och botbara. Vidare skall paret så långt det är möjligt få en på fakta baserad förklaring till barnlöshetsproblematikens bakgrund och klarläggande av omständigheter som orsakat/bidragit till uppkomsten av den aktuella problematiken.

Utredningsfasen skall också klargöra förekomst av hinder eller försvårande faktorer som påverkar förutsättningarna för genomförande av assisterad be-

fruktning och identifiera risker av medicinsk och annan art som bör bli föremål för separat bedömning. Åtagandet innebär att mannen såväl som kvinnan ska kunna erbjudas konsultation hos specialister på såväl manlig som kvinnlig fortplantning.

Utredningsfasen skall utöver basal utredning karaktäriseras av selektiv och individbaserad utredning med insatser motsvarande det behov som föreligger för bedömning av etiologiska faktorer och förslag till vidare handläggning. Utredningsfasen bör slutföras inom en tremånadersperiod och resultera i ett underlag för informerat beslut om val av terapeutiska åtgärder eller andra lösningar.

Eventuell behandling av barnlöshet skall baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och kliniskt väletablerade behandlingar. All annan behandling bör ske som systematisk klinisk forskning och vara föremål för granskning av fristående etisk kommitté. Behandling kan omfatta exspektans, assisterad befruktning samt substitutionsbehandling med donerade könsceller. För paret kan även vidare assistans med adoption och stödjande, omhändertagande och bearbetning av barnlöshetsproblematiken kunna erbjudas

Kartläggning och analys

Baserat på befolkningsunderlaget i SLL den 31/12 2001 fanns cirka 676 000 personer i fertil ålder (cirka 18 – 42 år) vilket motsvarar 338 000 par. Med 10 % ofrivillig barnlösa par medför det cirka 33 800 par. Fördelas dessa par över antalet år som utgör den fertila perioden innebär det åtminstone cirka 1400 par årligen som behöver hjälp med barnlöshetsutredning. Inom SLL gjordes 2001 på de största fertilitetsklinikerna sammanlagt cirka 1200 fertilitetsutredningar. Utöver detta tillkommer ett mindre antal utredningar på privata eller landstingsdrivna gynekologmottagningar i öppen vård. Uppskattningsvis görs endast en mycket liten andel fertilitetsutredningar på andra läkarmottagningar såsom urologmottagningar och allmänläkarmottagningar. Det är således rimligt att uppskatta det årliga antalet par med behov av fertilitetsutredningar till mellan 1 300 och 1 400 samt att detta behov kommer att öka.

Befolkningen mellan 18-44 år i Stockholms län har år 2004 ökat till 727 249 vilket motsvarar 360 000 par.

Senareläggningen av barnafödandet, vilket också påverkar förekomsten av ofrivillig barnlöshet, avspeglas i medelåldern för första barnet som var 26,7 för hela riket 1992 för att inom SLL år 2003 ha stigit till 30,4 år (SCB).

Indikationer för utredning

Allmänt rekommenderas att utredning av infertilitet påbörjas om ett par försökt få barn under ett år utan att lyckas. Undantag från detta finns varför utredning är indicerad om paret kan antas ha specifika hinder för uppnående av graviditet. Sådan omständighet hos kvinnan kan vara ålder, endometriosis eller ägglossningsstörningar. Män som haft sjukdom eller tillstånd som utgör känd risk för fertilitetspåverkan bör också beredas utredning utan dröjsmål. Dit hör till exempel medfödda eller förvärvade testikelskador som bland annat kan uppträda efter genomgången behandling med kemoterapi eller strålbehandling. Om någon av parterna haft sexuellt överförd sjukdom (STD) är detta också skäl för tidig utredning.

Cirka 25 % av de par som söker har försökt få barn \leq 1 år. De par som väljer att söka läkare då kortare tid än 8 månader gått har ofta en redan känd bidragande orsak till sin infertilitet till exempel ägglossningsstörning.

Vem söker var?

Många par försöker att få barn under betydligt längre tid än 1 år innan de söker hjälp. Vid en genomgång av de par som sökte läkare för sin infertilitet var infertilitetsdurationen mellan 6-168 mån, i medeltal 25 månader (163 par som sökt S:t Görans sjukhus under 2001).

De flesta par som drabbas av önskad barnlöshet väljer att kontakta läkare med specialistkompetens i obstetrik och gynekologi. I Stockholmsområdet kontaktas ofta en klinik med specialintresse inom infertilitet. Cirka 80 % av paren sökte direkt till en infertilitetsklinik.

5 % av paren sökte distriktsläkare, i samtliga av dessa fall valde läkaren att remittera vidare utan annan utredning än anamnes. De övriga paren (15 %) sökte läkare med specialistkompetens i obstetrik och gynekologi i regel på grund av tidigare konsultation hos denne läkare.

Utredning av mannen i det infertila paret inleds med ett läkarbesök där ärftliga faktorer, tidigare och aktuella sjukdomar inklusive medicinering och eventuell toxisk exposition efterfrågas. Därefter undersöks ett spermaprov vilket skall bedömas tillsammans med inhämtad anamnes. Om spermaanalysen visar avvikelse eller det i anamnesen framkommer omständigheter av betydelse skall mannen vid behov utredas av andrologisk specialist vilket inom SLL sker vid ett samordnat centrum med interdisciplinär uppbyggnad.

Vad kostar det?

Arbetsgruppen har genomfört olika kostnadsberäkningar rörande olika organisationers kostnadsbilder. En grundläggande infertilitetsutredning kan kosta mellan 7-10.000 kronor. Vid behov av mer speciell utredningsmoment kan totalkostnaden öka till det tredubbla.

Vad leder utebliven eller dålig vård till?

Det är viktigt att snabbt kunna tillgodose behovet av utredning avseende infertilitet när detta uppkommer. Utredningen har utöver framkommande biologiska data en stor betydelse för personerna för att på olika vis bearbeta den livskris som ofrivillig barnlöshet innefattar. Efter genomförd utredning kan olika behandlingar komma ifråga. Cirka 5 % av alla barn tillkommer idag under utredning eller med hjälp av någon lämplig terapi. Genom behandling med assisterad befruktning i tillämpliga fall tillkommer för närvarande drygt 2 % av varje årskull barn. Detta terapialternativ kommer sannolikt att öka framöver då behovet ökar. Skulle infertilitetsutredning och eventuell därav följande behandling ej genomföras skulle detta sannolikt medföra ett bortfall av cirka 5 % av varje årskull barn för närvarande.

Lesbiska kvinnor

Från och med den första juli 2005 får assisterad befruktning med donerade spermier enligt 1984 och 1988 års lagar utföras också beträffande en kvinna som är registrerad partner eller sambo med en annan kvinna. En kvinna som är partner eller sambo med en annan kvinna kan alltså insemineras med donerad sperma, och hennes ägg kan befruktas utanför kroppen med donerade spermier. Behandlingen förutsätter – liksom för heterosexuella par – att partnern eller sambon skriftligen har samtyckt till behandlingen. Vidare skall läkaren pröva om det med hänsyn till parets medicinska, psykologiska och sociala förhållanden är lämpligt att behandlingen äger rum – liksom vid all donation. Behandlingen får utföras endast om det kan antas att barnet kommer att växa upp under goda förhållanden. Föräldraskapet skall fastställas genom bekräftelse eller dom. Endast en av kvinnorna får genomgå behandling.

Utredning och övrig handläggning sker som hos heterosexuella.

Folkhälsoinsatser

Samhället måste ta på sig ett utbildningsuppdrag för att i många olika sammanhang realistiskt informera om biologins begränsningar vilket kanske kan påverka människors beslut att som idag senarelägga sitt barnafödande. Eftersom ca 15 % av befolkningen lider av barnlöshetsproblem så skulle Folkhälsoinstitutet kunna göra en informationsinsats om denna folksjukdom!

Massmedia skulle kunna göra stora insatser genom korrekt information rörande den biologiska verkligheten. Idag översvämmas man av artiklar om ”äldre mammor”, som framhåller fördelar med ett senarelagt barnafödande. TV, radio och seriös press skulle kunna göra informationskampanjer om kvinnans och mannens fruktsamhet och reella chanser att få barn i olika åldersgrupper.

Livsstilsfaktorer påverkar också fertiliteten –till exempel har rökande kvinnor och män lägre chanser att få barn. Utöver rökningens alla väl kända risker måste därför även påverkan på fertiliteten läggas till.

Såväl kraftig under - som övervikt kan inverka negativt både när det gäller möjligheten att bli gravid respektive leda till problem under graviditeten. Ensidig vegetarisk kost kan ge bristtillstånd.

Den ökande användningen av antidepressiva medel i allt yngre åldrar inger starka farhågor i ett längre perspektiv då även psykisk sjukdom - stress påverkar det hormonella systemet och därmed graviditetsmöjligheter. Skolhälsovården kan här göra betydande insatser genom att den finns på plats i skolmiljön och kan utgöra ett lättillgängligt stöd för ungdomarna.

Ökande prestationskrav i samband med tävlingsidrottande i allt lägre åldrar kan påverka pubertetsmognad och den normala hormonella mognandeprocessen och därmed senare graviditetschanserna. I samband med idrott och gym-aktiviteter rapporteras ofta om användning av anabola steroider. Dessas negativa inverkan gäller i allra högsta grad även fertilitet vilket borde framhållas till exempel i idrottssammanhang och skolundervisning.

Moderna samhällstrender som kosthållning, prestationskrav och ett excessivt idrottande påverkar hälsan i ett kort perspektiv men inverkar också menligt på chanserna att få barn längre fram.

Samhällets ansvar i dessa frågor bör innefatta utbildning och information för ungdomar redan i skolan till exempel rörande lämplig kost, men också visa det goda exemplet med välbalanserade skolmåltider. Vidare bör naturligtvis idrott ingå i tillräcklig omfattning i skolschemat för att säkerställa ungdomars fysiska välbefinnande på ett för olika åldrar välavvägt sätt. Då klamydiainfektioner åter ökar finns anledning till en massiv insats rörande infektioner, smittspridning och risker.

Hälso- och sjukvårdens insatser

Primär prevention

Sexualundervisning i skolorna är ej längre ett fristående ämne och utformas olika i olika skolor. Kortsiktiga ekonomiska sparbetning kan påverka tillgång till sexualundervisning för ungdomar så denna ej når ut till alla ungdomar. Kunskap om kroppen och dess funktioner måste ingå i skolundervisning inom alla skolformer, men också information om preventivmedel och risk för smitta vid oskyddade samlag.

Preventivmedelsrådgivning kan också ges inom skolhälsovården eller vid ungdoms/preventivmedelsmottagningar. Här bör också finnas tillgång till rådgivning för unga män av manlig personal.

Sjukvårdens insatser inom detta område gäller framför allt att vid besök på grund av gynekologiska besvär eller inför abort utesluta infektion och behandla med adekvat antibiotikum. Vid påvisad infektion som faller under smittskyddslagen måste man behandla på adekvat sätt och göra regelrätt smittspårning för att hitta asymptomatiske bärare.

Varningssignaler om ökande aborttal hos unga kvinnor är svåra att värdera. Tillgänglighet av receptfria tabletter för ”akut antikonception” kan göra att preventivmedelsanvändningen sjunker vilket i sin tur kan leda till ökad infektionsrisk. Jämförelser mellan kondomförsäljning -akut antikonception-p-piller och legala aborter måste noggrant följas.

Utredning av det infertila paret

Kvinnan

Anamnes

Ålder

Vikt, längd - BMI

Infertilitetsduration

Hereditära och sociala faktorer: yrke, giftexposition, alkohol, tobak, andra droger, idrott, träning, kost.

Tidigare sjukdomar och aktuella pågående sjukdomar inklusive sexuellt överförda sjukdomar

Tidigare och pågående medicinering inklusive hälsokostpreparat

Menstruationsmönster

Tidigare graviditeter

Tidigare val av preventiv metod

Undersökning

- Gynekologisk undersökning inklusive ultraljud. Ultraljud kan i vissa fall ersätta progesteron i lutealfas.
- Basala hormonprover; FSH, LH, TSH, prolaktin, estradiol, progesteron i lutealfas.
- Hos kvinnor där mer noggrann utvärdering av ovarialfunktionen anses värdefull kan Clomifentest utföras. FSH, estradiol mäts cd. 2-4 därefter intas 100 mg clomifencitrat (2 tabl Pergotime dag 5-9) varefter FSH samt estradiol åter mäts cd. 10-12.
- Serologi; Rubella, vid planerad assisterad befruktning HTLV 1 och 2, HIV, Hepatit B och C samt Lues och eventuella klamydiaantikroppar.
- Tubarutredning bör planeras/utföras i de fall där annan behandling än IVF/ICSI övervägs. Detta kan ske antingen med HSSG (ultraljudsledd hysterosalpingografi) eller HSG (röntgenundersökning).

Kompletterande undersökningar

- Laparoskopi kan komma i fråga hos de kvinnor som exempelvis anamnestiskt haft mycket smärtor, tidigare operationer eller infektioner där risk för sammanväxningar och tubarskada kan misstänkas och där behov av noggrann undersökning av bäckenorganen kan anses nödvändigt vid val av infertilitetsbehandling.
- Hysteroskopi bör utföras vid misstanke om sammanväxningar, polyper eller myom som påverkar livmoderkaviteten.

Mannen

Anamnes

Ålder.

Vikt, längd – BMI.

Infertilitetsduration.

Hereditära och sociala faktorer: yrke, giftexposition, alkohol, tobak andra droger, idrott, träning, kost.

Tidigare sjukdomar och aktuella pågående sjukdomar inklusive sexuellt överförda sjukdomar.

Tidigare och pågående medicinering inklusive hälsokostpreparat.

Tidigare blivit far.

Undersökning

Utredning av mannen inleds med en grundläggande kontroll av spermavprovskvaliteten och en enkel anamnes som avser att klarlägga eventuella redan kända fertilitetspåverkande faktorer och aktuellt hälsotillstånd. Finns avvikelser i spermavprovskvaliteten som kan anses ha klar påverkan på möjligheten att uppnå graviditet görs fördjupad utredning. Vidareutredning innebär en förnyad spermavprovundersökning med fullständig analys. Om även detta prov faller utanför de kriterier som fastställts för ett normalt provresultat görs då också en allmän laboratoriemässig hälsoundersökning och hormonell analys kompletterat med läkarundersökning samt fördjupad anamnes. Eventuell vidare utredning blir helt individualiserad och baseras på de fynd som gjorts vid tidigare undersökning. Den fördjupade utredningen kan då leda till mer endokrinologisk utvärdering samt kroppsundersökning

speciellt avseende testiklar, bitestiklar, sädesledare, accessoriska könskörtlar och yttre könsorgan samt riktade ytterligare undersökningar. Dessa ytterligare undersökningar kan omfatta testikelbiopsi (diagnostisk och preparativ), genetisk utredning och ytterligare hormonell utredning om det föreligger speciella indikationer.

Vid planerad assisterad befruktning tages prover avseende HTLV 1 och 2, HIV, Hepatit B och C samt Lues.

Vidare görs en genetisk undersökning för att klarlägga förekomst av genetiska förändringar på såväl kromosom som gennivå.

Sammanfattning av utredningen

Sammanfattning av utredningen skall ske vid ett personligt samtal med paret och inkludera genomgång av den utredning som gjorts och en individuell behandlingsplan skall upprättas. Detta samtal är inte minst viktigt, i de fall utredningen visat allvarliga hinder för egna biologiska barn. Vid detta samtal bör också möjlighet till samtal med beteendevetare erbjudas.

Om mannen har genomgått spermaprovsundersökning med avvikande fynd skall samtal och rådgivning hos androlog erbjudas.

Om kvinnan eller mannen saknar förutsättningar för att bli biologisk förälder är det vårdens skyldighet att erbjuda stöd och vid behov terapeutiska samtal. Det är väsentligt att detta sker innan paret fattar beslut om adoption, donatorinsemination eller äggdonation.

Omvårdnad

Infertilitet är klassificerad som en sjukdom i prioritetsgrad 3. Ett par som söker för sin barnlöshet befinner sig i en mycket speciell situation, de söker för en gemensam sjukdom. Inte sällan reagerar mannen och kvinnan olika i denna situation, beroende på var de befinner sig på sin långa väg genom utredning och behandling, och ibland är de i otakt i sin pendling mellan hopp och förtvivlan. Trots att infertiliteten är gemensam för paret, så är det två individer som ibland har olika perspektiv på sitt problem, och har därmed olika sätt att handskas med detta. Om så är fallet, är det viktigt att uppmärksamma och respektera de olika synsätten. Stöd och rådgivning (councelling) är en av barnmorskans/sjuksköterskans viktigaste funktioner i infertilitets-sammanhang.

Barnmorskan/sjuksköterskan bör här vara lyhörd för om paret behöver samtala med kurator eller psykolog. Frågorna är otaliga efter ett läkarbesök, och ofta omöjliga att besvara, då många av tankarna är av existentiell natur, "jag lämnar ingen efter mig". Skuldbördan kan vara oerhört tung att bära, inte minst i vissa kulturella grupper, då barnlöshet innebär att kvinnan eller mannen inte har något värde och riskerar att bli utstött ur gemenskapen. Den enskilda individen skall kunna känna sig trygg i att lämna ut förtroenden och känslor, hur skamliga och tabubelagda de än må vara. Ofta upplever paret sig som lågprioriterade och undanskuffade. Det krävs tid att lyssna, men också för att besvara de frågor som ställs, och kan besvaras. Rådgivaren är involverad i en för paret ytterst privat del i deras liv, deras sexualitet och samliv och de bör behandlas med största respekt.

Samtalsstöd vid ofrivillig barnlöshet

Det är av stort värde med samtalsstöd vid ofrivillig barnlöshet. Olika infertilitetskliniker i landet erbjuder kuratorsamtal som inledning i utredningen och därefter följer man i regel upp dessa samtal under utredningens gång och även eventuella behandlingsåtgärder. Det är viktigt att möta paret med denna helhetssyn för att försöka minska risken för onödigt psykiskt lidande, ofullständigt utförda behandlingsplaner, långa sjukskrivningar och nytt sökande efter annan sjukvård och annat kunnande och därmed en kostsammare vård. Många par efterfrågar också kris- och stödsamtal under pågående utredning

både individuellt och i grupp när behandlingen ej resulterat i födsel av ett barn.

Prioritering

Infertilitet är klassificerad som en sjukdom i prioritetsgrad 3. Det vill säga ”vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar” (enligt riksdagens beslut).

Kvalitetsmått

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller krav på hög kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.

I kvalitetstermer innebär god vård att den utmärks av att vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, kostnadseffektiv, jämlik och att den ges i rimlig tid. Följande kvalitetsindikatorer föreslås för basal infertilitetsutredning:

- Väntetiden för att påbörja basal infertilitetsutredning beslutad av läkare skall ej överstiga tre månader.
- Tiden för basal infertilitetsutredning skall ej överstiga tre månader.
- Varje par med önskan om att få psykosocial konsultation hos beteendevetare skall erbjudas detta inom tre månader från att basal infertilitetsutredning påbörjats.
- Spermaprovsanalyser skall utföras enligt aktuella guidelines från WHO och ESHRE.

Indikatorerna är framtagna av arbetsgruppen och har utvecklats enligt rådande modell (se Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i Medicinskt programarbete) i bilaga 1 som medföljer detta vårdprogram.

Organisatoriska aspekter

Gynekologisk kapacitet att utreda infertilitet inom SLL finns för närvarande fördelat på sjukhus och privata enheter.

Andrologilaboratoriet klarar av det nuvarande behovet av spermaprovsanalyser. Analysverksamheten är sammanförd inom Karolinska Universitetssjukhuset. Specialkunskap avseende den infertila mannen finns på ett flertal ställen inom SLL och en samlad kunskap avseende hela området andrologi finns idag bland annat vid Andrologiskt centrum på Karolinska Universitetssjukhuset. För den vidare utvecklingen av kunskap inom andrologin bör mer resurser avdelas inom SLL för ett högspecialiserat kunskapscentrum inom Karolinska Universitetssjukhuset. Fler läkare framförallt gynekologer med infertilitetsinriktning kommer att behöva utbildas inför framtida behov. Även inom andra yrkesgrupper behöver utbildningen öka.

Framtid

Efterfrågan på infertilitetsutredning bedöms komma att öka då många par senarelägger sitt barnafödande. Medelåldern för första barnet var år 1992 26,7 år och år 2002 28,6 i hela riket. I Stockholms län var medelåldern för första barnet 29,77 år 2002 men med lokal kommunal variation: I Botkyrka var medelåldern 26,25 år, i Stockholm 30,77 och i Danderyd 31,80 år vid första barnets födelse. Andelen ensamhushåll i Stockholm är stort och avspeglar en vardag där man binder sig vid en partner senare i livet. Orsakerna till detta är naturligtvis många. Då man så småningom finner en livspartner har kvinnans fruktsamhet redan börjat sjunka –denna anges vara högst vid 25 års ålder. Denna situation upplevs av många som påfrestande och man efterfrågar därför hjälp och har svårt att acceptera långa väntetider för barnlöshetsutredning.

Då skilsmässofrekvensen är 50 % och separationsfrekvensen 75 % bland sambopar (SCB) och inte synes minska kan även dessa faktorer öka efterfrågan då önskan att få barn i en ny relation inte är ovanligt.

Kravet på längre utbildning inom många sektorer i arbetslivet gör att fler studerar längre än tidigare generationer och vågar inte försöka få barn under

denna tid. Den rådande samhällsekonomin påverkar också beslut att vänta med barnafödande. Ökande arbetslöshet även för välutbildade gör att man skjuter upp sitt barnafödande tills ekonomin känns stabil. Sannolikt kommer männens ökande deltagande i omhändertagandet av barnen att inverka åt samma håll det vill säga att bägge parter vill vara ekonomiskt väletablerade för att ha en rimlig familjekonomi då eventuella barn kommer.

De goda behandlingsresultaten vid provrörsbefruktning (IVF) gör att många känner en stor tilltro till att vården kan hjälpa även äldre kvinnor att bli gravida och kan möjligen bidra ytterligare till ett uppskjutande av barnafödandet. Det är i detta sammanhang viktigt att medvetandegöra befolkningen att cirka hälften av paren ej får barn trots olika behandlingsinsatser.

Epidemiologiska undersökningar har visat att 40-talistkvinnorna syns vara den åldersgrupp där flest kvinnor har fött barn för att sjunka i efterföljande åldersgrupper. De oroande rapporterna om ökande antal klamydiainfektioner bland unga inger också farhågor om ökande antal infertila i en framtid.

Framsteg inom cancerbehandling hos unga kvinnor med efterföljande skador på ovarialfunktionen kommer också att leda till en liten men ökande efterfrågan på omhändertagande och hjälp. Denna grupp kvinnor och andra yngre kvinnor vars äggstockar inte fungerar kommer efter lagändringen att efterfråga hjälp i form av äggdonation.

Den naturliga önskan att få barn har inte ändrats men tydliga tidstrender i hela västvärlden pekar åt samma håll det vill säga att infertilitetsproblemen ökar. I vissa länder har barnafödandet sjunkit till katastrofalt låga nivåer vilket kommer att få effekter på samhället på lång sikt. För att efterkomma önskan om hjälp måste samhället planera för den väntade ökade efterfrågan men också tillhandahålla information att stigande ålder ökar risken för barnlöshetsproblem i framtiden.

Vidare innebär barnlöshetsproblematik en svår påfrestning på både par och individ och god tillgänglighet till kurator och/eller psykolog kommer att vara nödvändig. Redan idag har tillgängligheten av kuratorskontakt rustats ner av ekonomiska skäl. Par med barnlöshetsproblematik måste ha samma möjligheter till stöd som till exempel abortpatienter eller par som förlorar ett barn det vill säga hjälp med den kris som uppstår i dessa svåra situationer. Utbildning av beteendevetare för att motsvara denna efterfrågan behöver planeras.

Utvecklingen inom ultraljudstekniken som alltmer används inom barnlöshetsutredning ger förbättrad information och kräver dels tillgång till modern apparatur men också en kontinuerlig fortbildning för att uppfylla god kvalitet.

Framtida tekniska möjligheter

Utvecklingen inom genetiken kommer att öka möjligheterna till diagnostik av svåra ärftliga sjukdomar, med en ökande efterfrågan på preimplantatorisk diagnostik för grupper för vilka abort ej är tänkbar. Prover tas då på det vid provrörsbefruktnings befuktade ägget, analys utförs och om denna är normal införs ägget i livmodern. Ökade möjligheter att in vitro mogna ut ägg eller spermier ger hopp att kunna frysa ovarial eller testikelvävnad för framtida bruk till exempel då en ung patient skall behandlas för en cancersjukdom.

Vidare ger forskningen och utvecklingen inom det immunologiska området och dess betydelse för fruktsamheten, möjligheter att med utökad utredning påvisa avvikelser som kan ha betydelse för fertiliteten. Ökade kunskaper och behandlingsmöjligheter kan öka chanserna till graviditet och också påverka graviditetsutfallet.

Referenser

1. Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige. (ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1996)
2. Utredning av ofrivillig barnlöshet (ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1998 Nr 37)
3. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Sixth edition. Leon Speeroff, R. H. Glass, N. G. Kase 1014-1042.
4. Csemiczky G, Harlin J, Fried G. Predictive power of clomiphene citrate challenge test for failure of in vitro fertilization treatment. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2002 Oct;81(10): 954-61.
5. ESHRE guidelines for investigation of infertility
6. ESHRE Monographs. Manual on Basic semen Analysis. Ed. U. Kvist, L. Björndahl Oxford University Press 2002.
7. Ofrivillig barnlöshet, riktlinjer för utredning och behandling i Västra Götaland.
8. Akre O, Cnattingus S, Bergstrom R, Kvist U, Trichopoulos D, Ekblom A. Human fertility does not decline: evidence from Sweden Fertil Steril. 1999 Jun; 71(6):1066-9.
9. Befolkningsstatistik för SLL.
10. Publikationer från Statistiska Centralbyrån (SCB).
11. Assisterad befruktning och föräldraskap. Faktablad, Justitiedepartementet, Juni 05.12.

Bilaga 1

Kvalitetsindikatorer

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller krav på hög kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. I kvalitetstermer innebär god hälso- och sjukvård att den utmärks av att vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, kostnadseffektiv, jämlik och att den ges i rimlig tid.

Nedan beskrivs ett antal processindikatorer som speglar huruvida de åtgärder som görs utförs med hög kvalitet.

Indikator: Väntetid för påbörjad basal infertilitetsutredning

Processmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	Intressenter
Andel par som väntat mindre än 3 månader från att läkare har beslutat om basal infertilitetsutredning till att basal infertilitetsutredning påbörjats	Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Antal patienter som väntat mindre än 3 månader från att läkare har beslutat om basal infertilitetsutredning till att basal infertilitetsutredning påbörjats / totala antalet par som genomfört infertilitetsutredning	Databeräkningar Manuell räkning	Patientadministrativa system Journaler	Senareläggning / Ombokning på parets initiativ	Redovisas dels i % och dels i antal	100 %	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producent Beställare

Indikator: Basal infertilitetsutredningstid

Processmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	Intressenter
Andel par där påbörjad basal infertilitetsutredning överstigit tre månader	Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Antal patienter där påbörjad basal infertilitetsutredning överstigit tre månader / totala antalet par som genomfört basal infertilitetsutredning	Databeräkningar Manuell räkning	Patientadministrativa system Journaler	Senareläggning / Ombokning på parets initiativ	Redovisas dels i % och dels i antal	10%	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producent Beställare

Indikator: Väntetid till psykosocial konsultation i samband med basal infertilitetsutredning

Processmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	Intressenter
Andel par som påbörjat basal infertilitetsutredning som fått psykosocial konsultation hos beteendevetare inom 3 månader	Hälso- och sjukvård i rimlig tid	Antal patienter som påbörjat basal infertilitetsutredning som fått psykosocial konsultation av beteendevetare inom 3 månader / totala antalet par som uttryckt en önskan om att få psykosocial konsultation av beteendevetare	Databeräkningar Manuell räkning	Patientadministrativa system Journaler	Senareläggning / Ombokning på paretts initiativ	Redovisas dels i % och dels i antal	90%	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producent Beställare

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: informationsmaterial.lsf@sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivercronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:
www.ls.sll.se/mpa



Stockholms läns landsting

FORUM för Kunskap och gemnsam Utveckling

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00; Fax 08-737 48 00