



Till Justitiedepartementet

103 33 Stockholm

**Remissvar: ”Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor”
SOU 2014:29**

Sammanfattande synpunkter

I rapportens sammanfattning beskrivs att par som önskar genomgå assisterad befruktning bör få likvärdig tillgång till behandling i hela landet. I rapporten föreslår man därför:

- tydlig definition av vissa begrepp
- att åldersgränserna för att starta behandling är samma i hela landet
- att antal behandlingar är lika många i alla landsting och sjukvårdsregioner.

Svar: Inom yrkesområdet reproduktionsmedicin finns en önskan om likvärdig behandling i hela landet, vilket överensstämmer med rapportens rekommendationer. Rapporten ger tydliga rekommendationer i ovanstående frågor.

Oklara punkter:

- hur många frysåterförande som kan erbjudas med offentlig finansiering (se nedan Rekommendationer/antal behandlingar).
- Hur länge kan embryon frysförvaras om den nu gällande femårsgränsen ändras (se nedan Utvecklingsområden)

En definition saknas: Start av behandling när frysbevarade obefruktade ägg används (se nedan Definitioner).

Konsekvens av detta är att det, i rapporten, inte finns förslag kring hur många behandlingar som kan erbjudas, offentligt finansierat, med frysbevarade obefruktade ägg som tinas och därefter befruktas för att återföras. Bakgrunden till att detta inte diskuteras i rapporten är sannolikt att utvecklingen på området är mycket snabb. Möjligheter att frysa och tina obefruktade ägg som sedan befruktas, med goda resultat, har under rapportens utarbetande väsentligt förbättrats. Det är framför allt donerade ägg, dvs för äggdonation, som planeras för frys, för att skapa ”äggbanker”, vid de reproduktionsmedicinska klinikerna.

Beträffande antal behandlingar är ett rimligt förslag att erbjuda offentlig finansiering för tre tillfällen med återförande av fryst ägg som tinats och därefter befruktats.

I Uppföljningsrapporten sid 12-13 ”En nationell tolkning av begreppet ofrivillig barnlöshet”, görs en sammanfattning av landstingens olika tolkningar av begreppet. Det finns en samstämmighet, men inte i varje detalj. Eftersom rekommendationer i denna fråga inte grundar sig på medicinska beslut ges i rapporten inga förslag. För likvärdig behandling i landet bör landstingen/sjukvårdsregionerna komma fram till full samstämmighet och gemensamma rekommendationer.

Synpunkter på delpunkter

Definitioner, rekommendationer och utvecklingsområden

Definitioner

- Start av assisterad befruktning med ägguttag = start av läkemedelsbehandling med follikelstimulerande hormoner.
Svar: Definition som är tydlig; bör inte kunna feltolkas.
- Start av behandling med återförande av frysbevarade befruktade och delade ägg (i rapporten kallade embryon) = upptining av embryon, oavsett om de kan återföras.
Svar: Tydlig definition, men saknar definition av ”Start av behandling med återförande av frysbevarade obefruktade ägg som tinats och därefter befruktats”.

Rekommendationer

Åldersgränser

- En behandling ska startas före den behandlade kvinnans 40-årsdag och partners 56-årsdag. Samma rekommendationer för kvinnan och partnern vid IVF, intrauterin insemination (partner eller donators spermier), äggdonation och fertilitetsbevarande åtgärder.
Svar: Dessa åldersgränser är rimliga.
Behandling före 40-årsdagen, för den kvinna som ska bära graviditeten, är rimlig med hänsyn till lägre sannolikhet för en kvinna att uppnå graviditet efter 40-års ålder och den ökade missfallsrisken vid kvinnans ökande ålder (Se Bilaga 3, SBU råd).
Vid äggdonation används ägg från en yngre kvinna, vilket skulle kunna innebära att äldre kvinnor kan ta emot en yngre kvinnas befruktade ägg, vilket kan öka chansen för framgångsrik behandling. Mot bakgrund av likvärdig behandling rekommenderar rapporten samma åldersgränser även i dessa fall.
- Återförande av frysta embryon bör med offentlig finansiering få utföras upp till kvinnans 45-årsdag.
Svar: Denna åldersgräns är rimlig.
Det finns en samsyn kring att ha en övre åldersgräns för återförande av frysta embryon. Uppfattningen var den exakt ska ligga varierar något. I rapporten beaktar man patienternas möjlighet till avslut av fertilitetsbehandling, risk för fyllda frystankar m.m. Rapportens uppfattning är att vid offentlig finansiering är återförande upp till 45-årsdagen lämplig.
Enligt nuvarande regelverk kan embryon frysförvaras i 5 år. (En önskan om förändring av femårsgränsen finns i rapporten.) Vid övre åldersgräns 40 år för färsk behandling, är 45-årsgräns för frysåterförande därför logiskt.

Antal behandlingar

- Paret bör erbjudas tre subventionerade IVF-behandlingar med ägguttag om det är medicinskt motiverat. Avser både olikkönade och samkönade par.
Svar: Detta antal behandlingar är rimligt.
Det är dokumenterat att sannolikheten för framgångsrik behandling är lika vid de tre första behandlingsförsöken med återförande av embryo. Därför är det rimligt att offentliga medel finansierar tre försök med ägguttag. Här inkluderas äggdonation, vid samtidig IVF-behandling av donatorn.
- För spermiedonation bör sex behandlingar med intrauterin insemination (AID) erbjudas, alternativt kan en kombination av AID och IVF med donerade spermier (IVF-D) erbjudas.
Svar: Detta antal behandlingar är rimligt.
Sex AID är rimligt för sannolikhet till framgångsrik behandling. I situationer där IVF-D används motsvarar en sådan behandling två AID.
- Om IVF-behandlingarna resulterar i embryon av så god kvalitet att några kan frysas, bör återförande av dessa frysbevarade embryon erbjudas.
Svar: Det kan finnas olika syn på hur många tillfällen med återförande av frysta embryon som kan erbjudas. Förslag enligt nedan.
Återförande av embryo som varit fryst ger endast marginellt sämre resultat jämfört med färsk återföring. Behandlingen är skonsammare för kvinnan och mindre kostsam. Av dessa orsaker bör frysåterförande rekommenderas, i första hand, när möjlighet finns. Antalet offentligt finansierade tillfällen med frysåterföranden kan diskuteras. Rapporten beskriver relativt stora skillnader mellan olika landsting. Vissa landsting erbjuder i stort sett obegränsat antal frysåterförande.
Förslag: För likvärdig tillgång till behandling i hela landet är gemensamt beslut viktigt. Medicinsk fördel med obegränsat antal frysåterförande är att behandlingen, se ovan, är skonsammare och mindre kostsam. Endast embryon av god kvalitet frysas. I denna situation rör det par med barnlöshetsproblem där antalet embryon av så god kvalitet att de kan frysas ofta är låg. Risken för så stora mängder embryon att fryskapaciteten blir påverkad bör vara begränsad.
Det finns för närvarande inga planer för offentlig finansiering av syskonbehandlingar, dvs behandling som syftar till att få ett syskon med kvarvarande embryon.
Kvarvarande frysta embryon kan överföras till privat klinik för eventuell syskonbehandling.

Utvecklingsområden

- För att öka tillgången till donatorer och donationsbehandlingar bör donation av könsceller få utföras vid privata IVF-enheter.
Svar: Denna förändring skulle vara mycket välkommen inom den yrkesgrupp som arbetar med reproduktion.
All behandling med assisterad befruktning ges vid godkänd vävnadsinrättning.
Bakgrunden till beslutet att IVF-behandling med donerade könsceller endast skulle ges vid sjukhus som upplåter enhet för utbildning av läkare var att man, vid tidpunkten för detta beslut, var rädd att privata kliniker plötsligt skulle upphöra med sin verksamhet. Man hade en oro för att dokumentationen avseende donators identitet skulle försvinna. Under de år som har gått sedan denna regel infördes har ingen IVF-verksamhet ”plötsligt upphört”. Verksamheten är noggrant övervakad. Skulle, trots detta,

verksamhet upphöra, så finns alla möjligheter att överföra information till närmaste klinik med utbildning av läkare. Där kan i så fall informationen sparas så att barn tillkomna efter donation har möjlighet att få den information som de har rätt till.

Då det i framtiden troligen kommer att bli möjligt för ensamstående kvinnor att genomgå behandling för graviditet, kommer belastningen på den offentliga sjukvården att öka. Flera kliniker som kan utföra behandling med donerade könsceller kommer sannolikt att behövas.

- Rapporten rekommenderar att femårsgränsen för frysförvaring av embryon tas bort. Svar: Denna förändring skulle välkomnas inom den yrkesgrupp som arbetar med reproduktion. Förslag enligt nedan.
För kvaliteten på embryon har tiden i frys troligen ingen betydelse. Däremot kan ett ungt par, som önskar flera behandlingar, tvingas genomgå en IVF-behandling i stället för frysåterförande, om embryon förstörts efter fem år. Detta är medicinskt ett sämre alternativ för paret eftersom IVF är en mer omfattande behandling, och för samhället mer kostnadskrävande. Nackdelen med att tillåta längre tid frysförvaring är att frystankar blir fyllda. Tankarna tar plats och måste underhållas.
Förslag: Embryon destrueras vid en övre ålder för kvinnan, 45-årsdagen. Detta berörs i rapporten. För yngre par där en längre frysförvaringstid kan vara möjlig, för kvarvarande frysta embryon, när paret fött ett barn, kanske överförande av frysta embryon till privat klinik är ett alternativ, eftersom syskonbehandling ej utförs offentligt finansierat.

Ekonomiska konsekvenser

Det är inte möjligt för SFOG att göra en kostnadsbedömning.

Om behandling av ensamstående i framtiden blir tillåtet och om denna behandling sker offentligt finansierat, så kommer detta att leda till en kostnadsökning.

Etiska frågeställningar

Rapporten beskriver väl etiska frågeställningar och de rekommendationer som ges bör i etiskt hänseende vara rimliga.

Bakgrunden till rapporten är nuvarande olikheter inom landet, för möjlighet till assisterad befruktning, beroende på vilket landsting/sjukvårdsregion som man bor i. Rapportens avsikt är ett förslag till likvärdig behandling inom landet och förslagen innebär att behandlingar ges lika för alla, det vill säga lika för samkönade respektive olikkönade par. Ett exempel på rekommendation om likvärdig behandling som tas upp i rapporten är att åldersgränsen vid återförande av befruktat ägg efter äggdonation är samma som vid övriga former av assisterad befruktning.

I rapporten finns inte definitiva rekommendationer vad gäller behandling till graviditet för ensamstående kvinnor, eftersom sådan behandling idag ej är laglig. Blir behandling av ensamstående i framtiden tillåten så är det rimligt att samma regler kommer att gälla, som för övriga som söker för assisterad befruktning.

En viktig etisk fråga som kvarstår är följande = sista stycket i "Sammanfattande synpunkter". I Uppföljningsrapporten sid 12-13 "En nationell tolkning av begreppet ofrivillig barnlöshet", görs en sammanfattning av landstingens olika tolkningar av begreppet. Det finns en samstämmighet, men inte i varje detalj. Eftersom rekommendationer i denna fråga inte grundar sig på medicinska beslut ges i rapporten inga förslag.
För likvärdig behandling i landet bör landstingen/sjukvårdsregionerna komma fram till full samstämmighet och gemensamma rekommendationer.

Stockholm, den 2 oktober 2014

För Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

Harald Almström
Ordförande

SFOG
Drottninggatan 55, 2tr
111 21 Stockholm