



IVF-BEHANDLINGER I DANMARK 1998 - 2005

Nye tal fra Sundhedsstyrelsen
2007 : 14

Redaktion:

Sundhedsstyrelsen
Sundhedsstatistik
Islands Brygge 67
2300 København S.
Telefon: 7222 7400
Telefax: 7222 7404
E-mail: SeSS@sst.dk

Hjemmeside: www.sst.dk

Forord

Nye tal fra Sundhedsstyrelsen indeholder artikler med oplysninger om sundhedsvæsenet samt befolkningens sundheds- og sygelighedsforhold. Grundlaget for artiklerne er de registre, som Sundhedsstyrelsen har ansvaret for. Det omfatter bl.a. Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Dødsårsagsregisteret og Cancerregisteret.

Nye tal fra Sundhedsstyrelsen henvender sig til fagpersoner der arbejder med statistik om sundhedsområdet, politikere og administratorer inden for stat, amter og kommuner, samt privatpersoner med interesse for sundhedsstatistik.

Signaturforklaring:

>>	Gentagelse
-	Nul
$\begin{matrix} 0 \\ 0,0 \end{matrix} \}$	Mindre end $\frac{1}{2}$ af den anvendte enhed
•	Tal kan efter sagens natur ikke forekomme
..	Oplysning for usikker eller angives ikke af diskretionshensyn
...	Oplysning foreligger ikke
*	Foreløbige anslåede tal
—	Databrud i en tidsserie. Oplysninger fra før og efter databruddet er ikke fuldt sammenlignelige

Som følge af afrundinger kan summen af tallene i tabellerne afvige fra totalen.

ISSN: 1901-2535

Titel: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen [Online]

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er kun tilladt med tydelig kildeangivelse.

IVF-behandlinger i Danmark 1998 - 2005

Indledning

Denne publikation er baseret på Sundhedsstyrelsens IVF-register og indeholder en opgørelse over fertilitetsbehandling¹ af danske kvinder fortaget på fertilitetsklinikker (såvel offentlige som private) i Danmark i perioden 1998 – 2005. Opgørelsen omfatter reproduktionsfremmende behandling, hvor der udtages og/eller oplægges æg fra en kvinde. Denne publikation er den sidste opgørelse baseret på blanketindberetning. De fremtidige opgørelser fra registeret vil være baseret på elektronisk indberetning.

For de to sidste måneder af 2005 kan der være enkelte klinikker, der har benyttet sig af muligheden for at indberette elektronisk. Det er besluttet, ikke at medtage denne gruppe i denne opgørelse, men først efterfølgende at supplere registret med disse indberetninger, hvilket vil ske i forbindelse med databehandlingen af de elektroniske indberetninger.

For perioden generelt er der modtaget en række sene indberetninger for tidligere årgange, hvilket påvirker resultatet i forhold til tidligere tal fra registeret. Endvidere er indberetninger fra 2001 ikke færdigbehandlet endnu, hvilket giver sig til udtryk i et lidt lavere niveau end forventet.

Hen over perioden kan der for nogle parametre iagttages ændringer i niveauet, hvilket tilskrives ændringer i kodepraksis, hvor der periodevis har været fulgt meget tæt op på den enkelte indberetning fra fertilitetsklinikkerne.

IVF-registeret

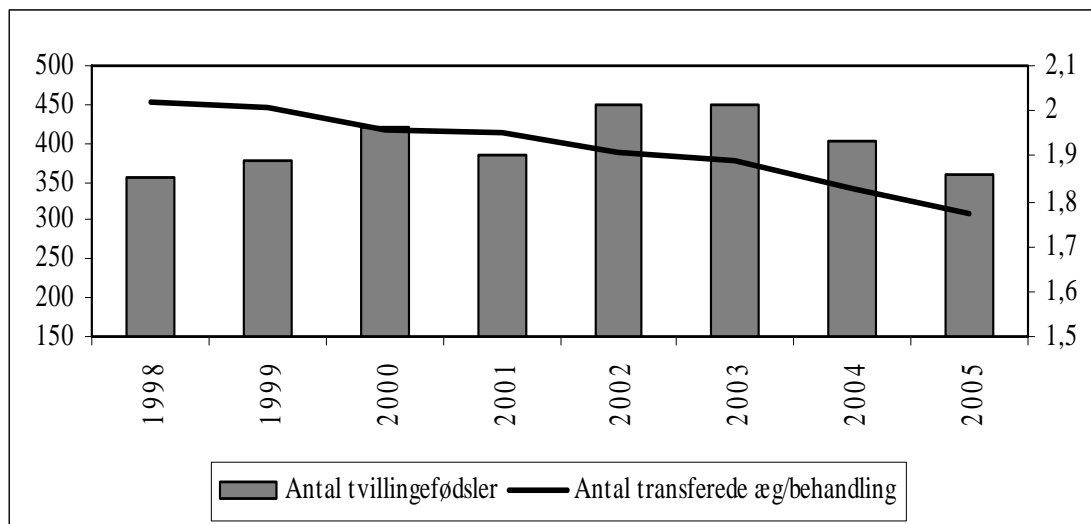
Frem til 2005 var indberetningen til Sundhedsstyrelsen baseret på Lov nr. 460 af 10. juni 1997 om kunstig befrugtning m.v. (gældende lov i 2005) og er på baggrund af Sundhedsstyrelsens cirkulære og vejledning af 22. december 1993 oprettet i 1994 med henblik på monitorering af sundhedsmæssige effekter fra behandlingen på såvel kvinden som barnet.

Data, der indgår i IVF-registeret, er baseret på blanketindberetning til Sundhedsstyrelsen. Både offentlige og private fertilitetsklinikker udfylder ét skema for hvert behandlingsforløb. Indberetningen omfatter årsag til infertilitet, oplysning om stimulation, behandlingsforløb, graviditet og komplikationer. Disse oplysninger samkøres efterfølgende med fødselsregisteret, Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret.

Behandlinger i 2005 har resulteret i færre tvillingefødsler

Figur 1 viser, at fra 2002 falder det gennemsnitligt antal transfererede æg pr. behandling for alvor. Det mindre antal æg, der transfereres pr. behandling, giver sig til udtryk i et faldende antal tvillingefødsler fra 2003.

¹ Alle former for kunstig befrugtning bortset fra IUI

Figur 1**Gennemsnitlig antal transfererede æg pr. behandling og antal tvillingfødsler i perioden 1998 - 2005**

Flerfoldsgraviditeter er hyppigere efter IVF-behandlinger end ved de spontant opståede graviditeter. For 2005 udgjorde andelen af flerfoldsfødte blandt øvrige fødte mellem 2 pct. og 3 pct. mod ca. 20 pct. for IVF-fødte. Dette er et fald fra de ca. 25 pct. som har været niveauet frem til 2002 (se tabel 13).

Terminologi

Der skelnes mellem fire forskellige IVF-behandlingsmetoder:

IVF-behandlingsmetoden – hvor det modnede æg udtages af kvindens æggestok og befrugtes med sæd i en glasskål (in vitro fertilisation)

ICSI-behandlingsmetoden – hvor en enkelt sædcelle indsprøjtes direkte i ægcellen (Intra Cytoplasmatisk Sædcelle Injektion)

FER-behandlingsmetoden – hvor et nedfrosset befrugtet æg optøs og lægges tilbage i kvindens livmoder (Frozen Embryo Replacement). Det nedfrosne æg stammer fra en tidligere behandlingscyklus og er befrugtet enten efter IVF- eller ICSI-behandlingsmetode

ED-behandlingsmetoden – hvor kvinden modtager en ægcelle fra en anden kvinde i behandling (Egg Donation). Befrugtningen sker ved enten IVF- eller ICSI-behandlingsmetode

Betegnelser som IVF-behandling, IVF-fødsel, IVF-børn m.v. bruges som en samlet betegnelse for hele den gruppe, hvor graviditeten er opstået efter en IVF-behandling i modsætning til gruppen af øvrige, hvor graviditeten er opstået spontant, mens betegnelsen IVF-behandlingsmetoden bruges om den konkrete befrugtningsmetode.

Aflysning af behandlingsforløb

Aflysning af et påbegyndt behandlingsforløb sker af flere årsager. Inden aspirationen (udtagning af æg) kan bl.a. nævnes manglende udvikling af follikler, spontan ovulation (ægløsning) eller overstimulation. Efter aspiration kan nævnes follikler uden æg, ingen deling af æggene eller overstimulation.

Kvinder i IVF-behandling

Tabel 1 viser antallet af forskellige kvinder i IVF-behandling. Hver kvinde optræder kun én gang – nemlig første gang hun starter et behandlingsforløb.

Tabel 1 Antal forskellige kvinder i IVF-behandling fordelt på aldersgruppe i perioden 1998 – 2005

	1998	1999	2000	2001*	2002	2003	2004	2005
- 40 år	2 293	2 339	2 668	2 614	2 723	2 693	2 778	2 608
40+ år	116	122	132	137	174	164	149	208
I alt	2 409	2 461	2 800	2 751	2 897	2 857	2 927	2 816

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Af tabel 1 fremgår det, at fra 1999 stiger niveauet fra under 2.500 nye kvinder (par), der påbegynder en IVF-behandling til et stabilt niveau mellem 2.500 og 3.000 nye kvinder (par), der påbegynder en IVF-behandling. Hver af disse kvinder modtager én eller flere behandlinger. Oversigten i dette notat tager udgangspunkt i denne gruppe kvinder.

Antallet af kvinder på 40 år eller derover, der påbegynder en IVF-behandling, ligger på samme niveau i hele perioden frem til 2004 og udgør under 5 pct. af kvinderne i IVF-behandling. I 2005 ses en stigning for denne gruppe til godt 7 pct. af kvinderne i IVF-behandling.

Påbegyndte behandlinger Tabel 2 viser det samlede antal af påbegyndte IVF-behandlinger for perioden 1998 – 2005.

Tabel 2 Antal påbegyndte behandlinger fordelt på behandlingsmetode i perioden 1998 - 2005

	1998	1999	2000	2001*	2002	2003	2004	2005
ED	67	105	79	80	71	52	49	38
FER	993	1 028	979	823	1 188	1 211	1 408	1 865
ICSI	1 578	2 041	2 386	2 199	2 426	2 938	3 149	3 066
IVF	4 411	4 070	4 394	4 133	4 898	4 711	4 356	3 984
IVF-ICSI	198	213	297	258	637	402	249	172
Aflyst og uoplyst	362	315	337	292	419	299	383	527
I alt	7 609	7 772	8 472	7 785	9 639	9 613	9 594	9 652

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Af tabel 2 fremgår det, at det samlede antal IVF-behandlinger stiger fra et niveau på mindre end 8.000 behandlinger i starten af perioden til godt 9.500 påbegyndte behandlinger pr. år i slutningen af perioden. For FER-metoden ses en markant stigning i 2002 og med en fortsat stigning perioden ud. Dette kan hænge sammen med, at offentlige fertilitetsklinikker begyndte at tilbyde behandling med overskydende nedfrosne æg med henblik på at få flere børn.

For IVF-metoden ses et lille fald i antallet af behandlinger i sidste halvdel af perioden, mens der for ICSI behandlingsmetoden samtidig ses en tilsvarende lille stigning.

For ED-metoden ses et fortsat fald gennem perioden, hvor denne behandlingsmetode udgør mindre end 1 pct. af de samlede IVF-behandlinger i slutningen af perioden. Årsagen til de få behandlinger af denne type skyldes hovedsageligt, at kun kvinder, der selv er i behandling, kan donere.

Gruppen af aflyste og uoplyst behandlingsforløb omfatter de indberetninger, hvor der er påbegyndt et behandlingsforløb – eksempelvis en hormonbehandling med eller uden aspiration men ingen transferering. Ydermere indeholder denne gruppe behandlingsforløb, der er indberettet man-

gelfuldt – eksempelvis at der foreligger en aspiration og transferering men ikke hvilken metoder, der er brugt til befrugtningen.

Både gruppen af aflyste og uoplyste behandlingsmetoder samt gruppen af IVF-ICSI behandlingsmetode er meget følsomme over for ændringer i registreringspraksis og kodepraksis og udsvingene skal nok for en stor del ses som ændringer i de administrative praksis.

Aspirationer

Antallet af aspirationer (ægudtagninger) er opgjort i tabel 3.

Tabel 3 Antal aspirationer i perioden 1998 - 2005

	1998	1999	2000	2001*	2002	2003	2004	2005
ICSI	1 578	2 041	2 386	2 199	2 426	2 938	3 149	3 066
IVF	4 411	4 070	4 394	4 133	4 898	4 711	4 356	3 984
IVF/ICSI	198	213	297	258	637	402	249	172
Aflyst og uoplyst	143	62	54	53	115	61	197	263
I alt	6 330	6 386	7 131	6 643	8 076	8 112	7 951	7 485

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Af tabel 3 fremgår det, at udviklingen i antallet af aspirationer følger udviklingen i påbegyndte behandlingsforløb. For IVF-behandlingsmetoden ses der en del udsving og i sidste halvdel af perioden et fald, som hænger fint sammen med det færre antal, som påbegynder behandlingsforløb med ægudtagning. For ICSI ses en svag stigning i antallet af aspirationer i sidste halvdel af perioden, hvilket også stemmer overens med stigningen i antallet af påbegyndte behandlingsforløb.

Transfereringer

Tabel 4 viser antallet af transfereringer (ægoplægninger) i perioden.

Tabel 4 Antal transfereringer fordelt på behandlingsmetode i perioden 1998 – 2005

	1998	1999	2000	2001*	2002	2003	2004	2005
ED	64	101	70	71	67	48	46	32
FER	834	828	792	667	994	983	1 155	1 500
ICSI	1 423	1 802	2 105	1 965	2 102	2 548	2 753	2 791
IVF	3 925	3 653	3 962	3 666	4 309	4 153	3 817	3 542
IVF/ICSI	187	208	276	236	576	343	238	164
Aflyst og uoplyst	35	17	11	14	17	5	27	15
I alt	6 468	6 609	7 216	6 619	8 065	8 080	8 036	8 044

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Af tabel 4 fremgår det, at antallet af transfereringer følger forløbet i antal påbegyndte behandlingsforløb. Behandlingsforløb med ægoplægning udgør i 2005 godt 83 pct. af de påbegyndte behandlingsforløb.

Tabel 5 viser det gennemsnitlige antal befrugtede æg lagt op i kvinden pr. behandlingsforløb i perioden 1998 – 2005.

Tabel 5 Gennemsnitligt antal befrugtede æg lagt op i kvinden pr. behandlingsforløb i perioden 1998 - 2005

	1998	1999	2000	2001*	2002	2003	2004	2005
ED	2,11	1,77	1,81	2,00	1,85	1,83	1,89	1,74
FER	2,37	2,34	2,16	2,31	2,17	2,18	2,06	1,92
ICSI	1,94	1,95	1,92	1,89	1,85	1,82	1,76	1,72
IVF	1,97	1,97	1,94	1,92	1,90	1,88	1,82	1,76
IVF-ICSI	1,99	2,00	2,00	1,97	1,86	1,85	1,78	1,86

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

I vejledningen til lov om kunstig befrugtning, som var gældende i 2005, er det anført, at der som hovedregel ikke bør transfereres mere end to friske æg eller tre optøede æg. I det tilfælde, hvor graviditetschancen vurderes særlig lav, kan det overvejes at oplægge tre friske æg. Datagrundlaget for tabel 5 omfatter kvinder, der har fået foretaget en transferering.

Når der transfereres mere end ét æg pr. behandlingscyklus, øges risikoen for flerfoldsgraviditet og dermed risikoen for følgekomplicationer som eksempelvis lav fødselsvægt, for tidlig fødsel eller perinatal død. Af tabel 5 fremgår det, at der for alle behandlingsmetoder har været en faldende tendens i det gennemsnitlige antal æg, der er lagt op i kvinden pr. behandlingsforløb for alle behandlingsmåder.

Årsager til behandling for barnløshed

Tabel 6 viser hvilke årsager, der er anført til infertilitet på indberetningsskemaerne.

Tabel 6 Årsag til infertilitet i perioden 1998 – 2005, andel i pct.

	1998	1999	2000	2001*	2002	2003	2004	2005
Kvindelig	39,3	35,3	30,8	30,1	29,4	25,9	22,6	20,8
Mandlig	22,0	25,6	27,2	29,2	28,7	30,4	30,9	29,7
Mandlig og Kvindelig	6,8	7,3	6,8	7,3	7,3	9,0	7,5	6,5
Andre Faktorer	22,6	21,8	20,5	26,0	25,3	26,1	28,0	26,9
Uoplyste Indberetninger	14,4	14,9	19,8	12,4	14,0	13,5	15,5	20,0

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

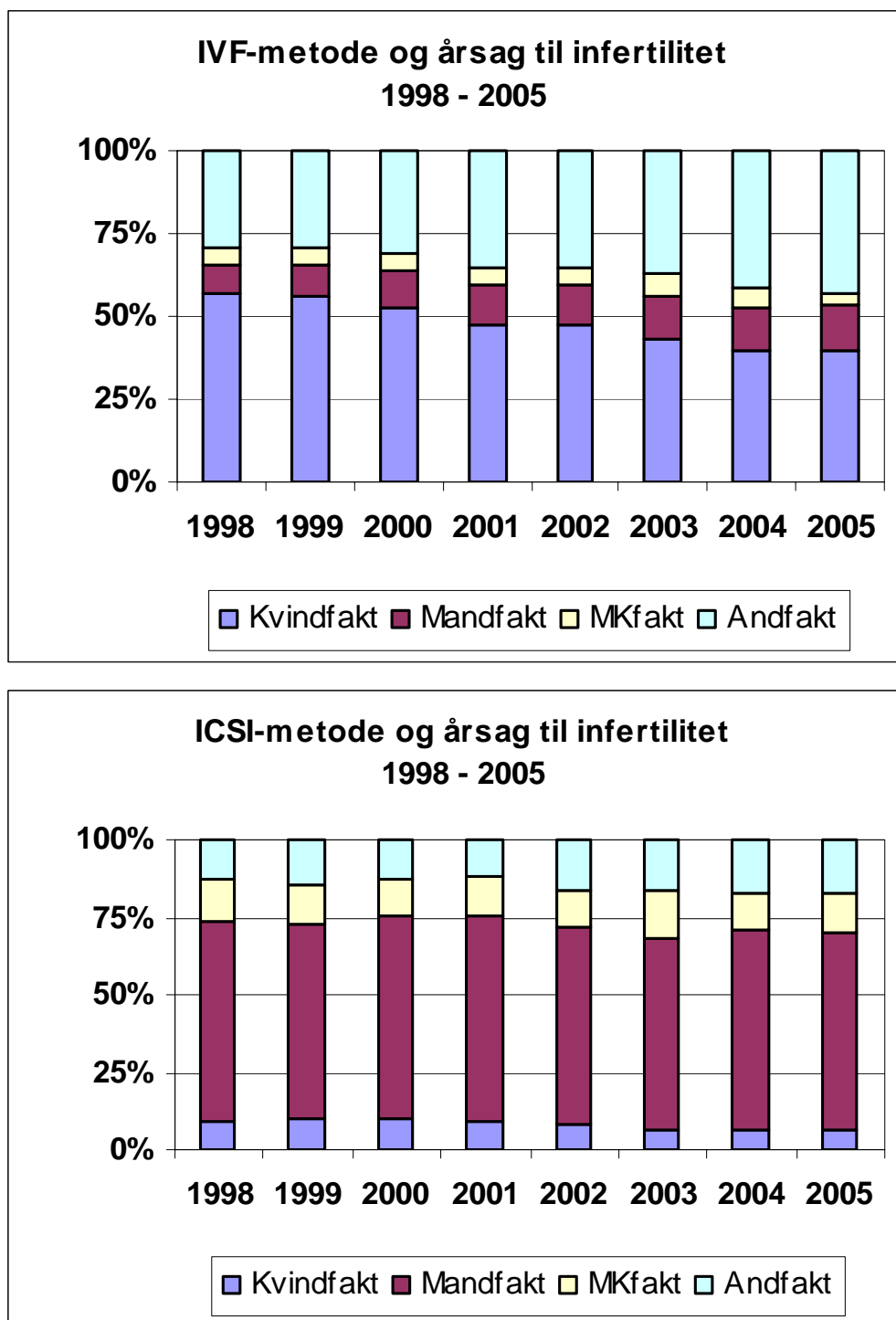
Tabel 6 er dannet ud fra samtlige indberetninger om årsag til infertilitet for det enkelte par. Er der under ét behandlingsforløb anført eksempelvis kvindelige faktorer som årsag til infertilitet og i det efterfølgende behandlingsforløb mandlige faktorer, er dette par medregnet til mandlige- og kvindelige faktorer.

De kvindelige faktorer omfatter indberetning af hhv. ovulations defekt, tubafaktor og cervicovaginal/uterin faktor. De mandlige faktorer er ikke nærmere specificeret ved indberetningen. Andre faktorer omfatter andre årsager og årsager, der er uforklaret og/eller uden specifikation. Uoplyste indberetninger omfatter indberetninger uden oplysninger om årsagen til infertilitet.

Af tabel 6 fremgår det, at andelen af kvindelige faktorer falder over perioden samtidig med at der ses en mindre stigning for de mandlige faktorer til et niveau på ca. 30 pct. i slutningen af perioden. Den mest sandsynlige forklaring er, at ICSI behandlingen har vundet en stigende indpas, hvilket til dels afspejler sig i ændringen i patientpopulationens sammensætning. Indberetninger uden oplysninger om årsagen til infertilitet stiger mod slutningen af perioden og udgør knap 20 pct. af samtlige indberetninger.

Figur 2 viser sammenhæng mellem årsag til behandling og den valgte behandlingsmetode.

Figur 2 Årsag til behandling og behandlingsforløb i perioden 1998-2005



I figur 2 er indberetninger uden oplysninger om årsag til infertilitet ikke medtaget. Andre faktorer omfatter alle kombinationer med andre faktorer. Af figur 2 fremgår det, at når det er kvindelige faktorer og andre faktorer, der er årsag til infertilitet, benyttes oftest IVF-metoden til at befrugte æggene. Er det de mandlige faktorer samt en kombination af mandlige- og kvindelige faktorer, der er årsag til infertilitet, er det oftest ICSI-metoden, der benyttes til at befrugte æggene.

Komplikationer

Tabel 7 viser det indberettede omfang af overstimulation i forbindelse med en IVF-behandling.

Tabel 7 Indberettede komplikationer i forbindelse med IVF-behandlinger som kræver indlæggelse i perioden 1998 – 2005, andel i pct.

	1998	1999	2000	2001*	2002	2003	2004	2005
Overstimulation	0,1	0,0	0,0	0,3	0,4	0,8	0,8	0,9
Infektion	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Tabel 7 omfatter kun den del af komplikationerne, der er indberettet af fertilitetsklinikkerne og er altså ikke et udtryk for det samlede antal komplikationer. Komplikationerne i tabel 7 er opgjort som andelen af påbegyndte behandlingsforløb. Af tabel 7 fremgår det, at det er en meget lille andel af fertilitetsbehandlingerne, der fører til komplikationer. Det skal i denne sammenhæng anføres, at komplikationer kan opstå efter at kvinden er afsluttet i fertilitetsklinikken. Sidstnævnte vil ikke fremgå her.

Set over perioden ses en stigning i antallet af indberettede komplikationer fra 2002. Hvorvidt der er tale om en reel stigning eller en ændring i kodepraksis er svær at sige, da tallene er meget små.

Graviditetsprøve

Ved behandling af ufrivillig barnløse udføres en hormontest for graviditet på kvinden ca. to uger efter ægoplægningen har fundet sted. Der tages en blodprøve til måling af serum-hCG og er resultatet over et givent niveau², tages denne som tegn på graviditet.

Positiv graviditetsprøve uden egentlig graviditet

Denne gruppe omfatter biokemiske graviditeter, unormalt udviklede graviditetsprodukter, mola og andre tilfælde, hvor der ikke efterfølgende er indberettet en egentlig graviditet.

Biokemisk graviditet

Selv om der findes en positiv graviditetsprøve, udvikler der sig ikke nødvendigvis en egentlig graviditet. I nogle tilfælde vil serum-hCG prøven kun forbigående være positiv. Disse indberettes af IVF-klinikkerne som biokemiske graviditeter. Ved normal (spontan) befrugtning diagnosticeres denne type graviditet ikke i Landspatientregisteret.

Unormal fosterudvikling

I andre tilfælde udvikles intet foster eller foster og fosterhinder udvikles unormalt. Disse tilfælde registreres i Landspatientregistret³. Er kvinden afsluttet med en positiv graviditet og efterfølgende registret med en diagnose for unormal fosterudvikling, tolkes dette som fejlkodning og disse er i stedet for talt med til de spontane aborter.

Mola Hydatidosa

Mola Hydatidosa⁴ er en unormal udvikling af moderkagevæv og der er som regel ikke noget foster. Mola Hydatidosa indeholder placentavæv, som producerer hormonet hCG, som bliver påvist ved graviditetsprøven (positiv serum-hCG).

Tabel 8 viser IVF-behandlingsforløb, hvor en positiv graviditetsprøve ikke efterfølges af en egentlig graviditet.

² Nogle IVF-klinikker bruger et niveau over 20 IU som definition som en positiv graviditetstest, mens andre klinikker bruger et niveau på 50 IU

³ ICD-10 diagnoser DO020, DO028 og DO029

⁴ ICD-10 hovedgruppe DO01

Tabel 8 IVF-behandlingsforløb hvor en positiv graviditetsprøve ikke efterfølges af en klinisk graviditet fordelt på behandlingsår i perioden 1998 – 2005 samt den relative andel af ægoplægningerne

	1998		1999		2000		2001*		2002		2003		2004		2005	
	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.
Antal ægoplægninger	6 468	100	6 609	100	7 216	100	6 619	100	8 065	100	8 080	100	8 036	100	8 044	100
Biokemiske graviditeter	390	6,0	368	5,6	478	6,6	413	6,2	503	6,2	560	6,9	538	6,7	554	6,9
Unormal fosterudvikling	2	0	5	0,1	2	0	2	0	3	0	4	0	7	0,1	3	0
Mola Hydatidosa	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
I alt positiv graviditet uden egentlig foster	392	6,1	373	5,7	480	6,7	415	6,3	507	6,3	565	7,0	546	6,8	557	6,9

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Af tabel 8 fremgår det, at set over hele perioden, resulterer mellem 6 og 7 pct. af ægoplægningerne i en positiv graviditetsprøve, men uden at der udvikles en egentlig graviditet.

Kliniske graviditeter

Ca. fem uger efter ægoplægning undersøges kvinderne med ultralyd på fertilitetsklinikkerne. I modsætning til de ovennævnte forløb taler man om en klinisk graviditet, hvis der kan påvises mindst ét levende foster ved ultralydsundersøgelse eller hvis der i Landspatientregistret findes et graviditetsforløb (abort, ekstrauterin graviditet eller fødsel).

Tabel 9 viser de kliniske graviditeter efter IVF-behandling.

Tabel 9 Kliniske graviditeter efter IVF-behandling fordelt på behandlingsår i perioden 1998- 2005

	1998		1999		2000		2001*		2002		2003		2004		2005	
	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.
Antal Ægoplægninger	6 468	100	6 609	100	7 216	100	6 619	100	8 065	100	8 080	100	8 036	100	8 044	100
Kliniske graviditeter IVF-indberetning	1 824	28,2	1 942	29,4	2 005	27,8	1 857	28,1	2 306	28,6	2 315	28,7	2 266	28,2	2 092	26,0
Graviditetsforløb efter IVF-behandling fundet i Landspatientregistret	85	1,3	106	1,6	136	1,9	106	1,6	129	1,6	146	1,8	133	1,7	100	1,2
I alt kliniske graviditeter	1 909	29,5	2 048	31,0	2 141	29,7	1 963	29,7	2 435	30,2	2 461	30,5	2 399	29,9	2 192	27,3

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Af tabel 9 fremgår det, at set over hele perioden resulterer omkring 30 pct. af samtlige ægoplægninger i en klinisk graviditet efter en IVF-behandling. Tallet er en smule lavere i 2005 end i de øvrige år.

Tabel 10 viser udfaldet af IVF-graviditeter fordelt på behandlingsåret.

Tabel 10 Udfaldet af de kliniske graviditeter efter IVF-behandling fordelt på behandlingsår i perioden 1998 – 2005 samt den relative andel af de kliniske graviditeter

	1998		1999		2000		2001*		2002		2003		2004		2005	
	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.
Spontan abort	168	8,8	177	8,6	193	9,0	145	7,4	208	8,5	217	8,5	197	8,8	169	7,7
Provokeret abort	11	0,6	10	0,5	7	0,3	11	0,6	5	0,2	10	0,2	12	0,4	8	0,4
Ekstrauterin graviditet	21	1,1	17	0,8	12	0,6	15	0,8	10	0,4	15	0,4	7	0,6	9	0,4
Fødsel med mindst ét levende barn	1 470	77,0	1 632	79,7	1 689	78,9	1 600	81,5	1 942	79,8	1 962	79,8	1 943	79,7	1 792	81,8
Fødsel uden levende barn	12	0,6	10	0,5	6	0,3	12	0,6	12	0,5	13	0,5	18	0,5	8	0,4
Andre tilfælde (ikke registreret)	227	11,9	202	9,9	234	10,9	180	9,2	258	10,6	244	9,9	222	9,3	206	9,4
I alt kliniske graviditeter	1 909	100	2 048	100	2 141	100	1 963	100	2 435	100	2 461	100	2 399	100	2 192	100

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Af tabel 10 fremgår det, at andelen af de kliniske graviditeter, der fører til en fødsel med mindst ét levende barn stiger fra et niveau på knap 80 pct. til ca. 90 pct. i slutningen af perioden. Andelen af de kliniske graviditeter, der fører til en fødsel uden levende barn ligger på ca. 0,5 pct. i slutningen af perioden.

Af tabel 10 fremgår det, at i Landspatientregisteret er spontan abort registreret i ca. 8 pct. af de kliniske graviditeter og ekstrauterin graviditet i under 1 pct. i slutningen af perioden. De provokerede aborter udgør ca. 0,5 pct. af de kliniske graviditeter gennem hele perioden.

Endelig er der et antal tilfælde, hvor der er indberettet en positiv graviditetsprøve og hvor man i Landspatientregisteret ikke har kunnet påvise et efterfølgende graviditetsforløb (abort, ekstrauterin graviditet eller fødsel). Det må formodes, at der i disse tilfælde har foreligget en biokemisk graviditet eller en meget tidlig abort, der ikke har krævet indlæggelse. Andelen af denne gruppe ligger på ca. 10 pct. af de kliniske graviditeter.

Klinisk graviditet uden fødsel

Denne gruppe omfatter ekstrauterin graviditet, provokeret abort og spontan abort.

Frem til den 1. april 2004 gjaldt, at ved fosterdød til og med udgangen af 28. svangerskabsuge kaldtes det en abort og fra og med 29. svangerskabsuges kaldtes det en dødfødsel. Fra den 1. april 2004 gælder, at ved fosterdød til og med udgangen af 22. svangerskabsuge kaldes det en abort og fra og med 23. svangerskabsuge kaldes det en dødfødsel.

Selvom kvinden har flere indlæggelser knyttet til samme graviditetsforløb, er der kun medregnet ét hændelsesforløb pr. graviditetsforløb. Har kvinden eksempelvis været indlagt med aktionsdiagnose for spontanabort, og har hun efterfølgende en fødsel, tolkes den spontane abort som en truende abort.

Ekstrauterine graviditeter

Ekstrauterin graviditet⁵ er graviditet uden for livmoderen. Af tabel 10 fremgår det, at i slutningen af perioden resulterer under 1 pct. af de kliniske graviditeter i en graviditet uden for livmoderen. Andelen af ekstrauterine graviditeter er faldet fra et niveau på lige godt 1 pct. først i perioden til under 0,5 pct. i 2005.

⁵ ICD10 hovedgruppe DO00

Provokerede aborter

IVF-kvinder, der aborterer, adskiller sig fra gruppen af spontant gravide kvinder, ved at IVF-kvinden som udgangspunkt ønsker at føde det barn, hun venter. Dette betyder, at provokerede aborter⁶ blandt IVF-graviditeterne formentlig kun forekommer, såfremt der konstateres noget unormalt ved fosteret.

Som forventet er der ikke mange provokerede aborter blandt IVF-graviditeterne. Af tabel 10 fremgår det, at andelen af provokerede aborter holder sig på 0,5 pct. eller derunder.

Spontane aborter

Af tabel 10 fremgår det, at antallet af spontane aborter⁷ registreret i Landspatientregisteret i perioden udgør mellem 8 pct. og 9 pct. af det samlede antal kliniske graviditeter. Denne gruppe omfatter dog ikke alle spontane aborter, idet nogle vil være indtrådt så tidligt, at sygehusbehandling ikke har været nødvendig. Disse tilfælde indgår i gruppen af andre tilfælde i tabel 10.

Fødsler

I det følgende skelnes der imellem fødsel og fødte. Der vil altid være tale om ét graviditetsforløb og én fødsel med et antal fødte børn. Fødte går altså på antallet af børn i fødslen og omfatter såvel levende- som dødfødte.

I det følgende skelnes mellem fødsler med mindst ét levende barn og fødsler uden levende børn, fødsler med enkeltfødt barn og flerfoldsfødsler.

Opgørelsestidspunktet for fødslen er tidspunktet for påbegyndelsen af IVF-behandlingen uanset om fødslen finder sted i efterfølgende kalenderår.

Tabel 11 viser en oversigt over antal IVF-fødsler med mindst ét levende barn og fødsler uden levendefødt barn.

Tabel 11 Fødsler fordelt på behandlingsår i perioden 1998 – 2005 samt den procentvise andel af de samlede kliniske graviditeter

	1998		1999		2000		2001*		2002		2003		2004		2005	
	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.
Fødsler med mindst et levende barn	1 473	77,2	1 632	79,7	1 689	78,9	1 600	81,5	1 942	79,8	1 962	79,7	1 943	81,0	1 792	81,8
Fødsler uden levende børn	12	0,6	10	0,5	6	0,3	12	0,6	12	0,5	13	0,5	18	0,8	8	0,4
I alt fødsler	1 485	77,8	1 642	80,2	1 697	79,3	1 612	82,1	1 954	80,2	1 975	80,3	1 959	81,7	1 800	82,1

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Tabel 11 viser en stigning i andelen af IVF-graviditeter, der fører til en fødsel med mindst ét levende barn. Således fører mellem 77 pct. og 82 pct. af de kliniske graviditeter til en fødsel med et eller flere levende børn i perioden. Da der er få fødsler uden levende børn i perioden, er tallene for små til at slutte noget om udviklingen gennem årene, bortset fra at risikoen for en fødsel uden mindst ét levende barn ser ud til at ligge omkring 0,5 pct.

Tabel 12 viser en oversigt over fødte IVF-børn fordelt på levendefødte og dødfødte.

⁶ ICD10 hovedgruppe DO04 – DO06 (Abortregisteret)

⁷ ICD10 hovedgruppe DO03 samt DO021

Tabel 12 IVF-børn fordelt på dødfødte og levendefødte i perioden 1998 – 2005 samt den relative andel

	1998		1999		2000		2001*		2002		2003		2004		2005	
	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.
Dødfødte IVF-børn	17	0,9	17	0,8	12	0,6	19	1,0	15	0,6	20	0,8	25	1,0	23	1,1
Levendefødte IVF-børn	1 847	99,1	2 007	99,2	2 110	99,4	1 984	99,0	2 392	99,4	2 426	99,2	2 364	99,0	2 155	98,9
I alt fødte	1 864	100	2 024	100	2 122	100	2 003	100	2 407	100	2 446	100	2 389	100	2 178	100

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Af tabel 12 fremgår det, at andelen af dødfødte børn efter IVF-behandling ligger på under 1 pct. frem til 2003, hvorefter andelen begynder at stige til godt 1 pct. i slutningen af perioden. En af årsagerne hertil er, at grænsen mellem abort og dødfødsel blev ændret fra 28 uger til 22 uger den 1. april 2004. Denne administrative ændring bevirker, at senaborter (22 uger til 27 uger) ændres fra at være aborter til at være dødfødte. Denne ændring påvirker rent optællingsmæssigt klassifikatorisk antallet af dødfødte for IVF-behandlinger med transferering fra og med september 2003.

Tabel 13 viser IVF-fødsler fordelt på antal børn i fødslen.

Tabel 13 Samtlige IVF-fødsler (dødfødte og levendefødte) fordelt på antal børn i fødslen og behandlingsår i perioden 1998 – 2005 samt den relative andel

	1998		1999		2000		2001*		2002		2003		2004		2005	
	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.	An-tal	Pct.
Fødsler med enkelt barn	1 119	75,5	1 264	77,0	1 278	75,3	1 228	76,2	1 510	77,3	1 526	77,3	1 547	79,0	1 435	79,7
Fødsler med tvillinger	353	23,6	374	22,8	414	24,4	384	23,8	439	22,5	439	22,2	399	20,4	354	19,7
Fødsler med trillinger	13	0,9	4	0,2	5	0,3			5	0,3	10	0,5	13	0,7	11	0,6
I alt Fødsler	1 485	100	1 642	100	1 697	100	1 612	100	1 954	100	1 975	100	1 959	100	1 800	100

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Af tabel 13 fremgår det, at frem til 2002 ligger andelen af tvillingfødsler på omkring en fjerdedel, hvorefter andelen begynder at falde. Dette hænger fint sammen med tendensen i tabel 5, hvor der i samme periode sker et fald i det gennemsnitlige antal befrugtede æg lagt op i kvinden pr. behandlingsforløb. Antallet af trillingefødsler ligger på under 1 pct. gennem hele perioden, hvilket hænger fint sammen med intentionerne i den i opgørelsesperioden gældende lov og vejledning, som trådte i kraft i 1997⁸, hvorefter der sædvanligvis kun bør oplægges to æg. Antallet af trillingefødsler er dog lige så højt i slutningen af perioden som i periodens begyndelse.

Flerfoldsgraviditeter er hyppigere efter IVF-behandling end ved de naturligt (spontan) opståede graviditeter. I 2005 udgjorde antallet af flerfoldsfødte blandt øvrige født mellem 2 pct. og 3 pct. mod ca. 20 pct. for IVF-fødte.

⁸ Lov nr. 460 af 10. juni 1997 om kunstig befrugtning m.v. samt Sundhedsstyrelsens Vejledning af 30. september 1987 om kunstig befrugtning og anden reproduktionsfremmende behandling

Tabel 14 viser IVF-fødsler fordelt på antal børn i fødslen.

Tabel 14 Samtlige IVF-børn (dødfødte og levendefødte) fordelt på antal børn i fødslen og behandlingsår i perioden 1998 – 2005 samt den relative andel

	1998		1999		2000		2001*		2002		2003		2004		2005	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Enkelt	1 119	60,4	1 264	62,4	1 278	60,2	1 278	62,3	1 510	62,7	1 526	61,1	1 547	64,6	1 435	65,9
Tvilling	706	37,5	748	36,9	829	39,1	775	37,8	882	36,7	890	35,7	803	33,8	710	32,6
Trilling	39	2,1	12	0,7	15	0,7			15	0,6	30	3,2	39	1,6	33	1,5
I alt fødte	1 864	100	2 024	100	2 122	100	2 003	100	2 407	100	2 446	100	2 389	100	2 178	100

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Tabel 14 viser samme tendens som tabel 13. Antallet af børn IVF-børn født ved tvillingefødsler falder efter 2002.

Fødsler med mindst ét levende barn

Tabel 15 viser en oversigt over antallet af fødsler og levendefødte IVF-børn fordelt på antal børn i fødslen og behandlingsår.

Tabel 15 Samtlige levendefødte IVF-børn fordelt på antal børn i fødslen og behandlingsår i perioden 1998 – 2005 samt den relative andel

	1998		1999		2000		2001*		2002		2003		2004		2005	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Enkelt	1 110	60,1	1 260	62,8	1 273	60,3	1 219	61,4	1 502	62,8	1 515	62,4	1 537	65,0	1 430	66,4
Tvilling	700	37,9	735	36,6	823	39,0	765	38,6	875	36,6	884	36,4	793	33,5	700	32,5
Trilling	37	2,0	12	0,6	14	0,7			15	0,6	27	1,1	34	1,4	25	1,2
I alt Fødte	1 847	100	2 007	100	2 110	100	1 984	100	2 392	100	2 426	100	2 364	100	2 155	100

*Tal for 2001 er foreløbige, da alle indberetninger for 2001 endnu ikke er færdigbehandlede

Tabel 15 viser, at andelen af levendefødte IVF-børn tilsyneladende ikke ændre sig væsentligt gennem perioden. Den største ændring ses i faldet i andelen af IVF-børn født ved trillingefødsler, som halveres i starten af perioden, men i slutningen af perioden stiger igen. For tvillingefødslerne ses et fald i andelen i sidste del af perioden.

Henvendelse:

Lone Mortensen, tlf. 7222 7518, lmo@sst.dk