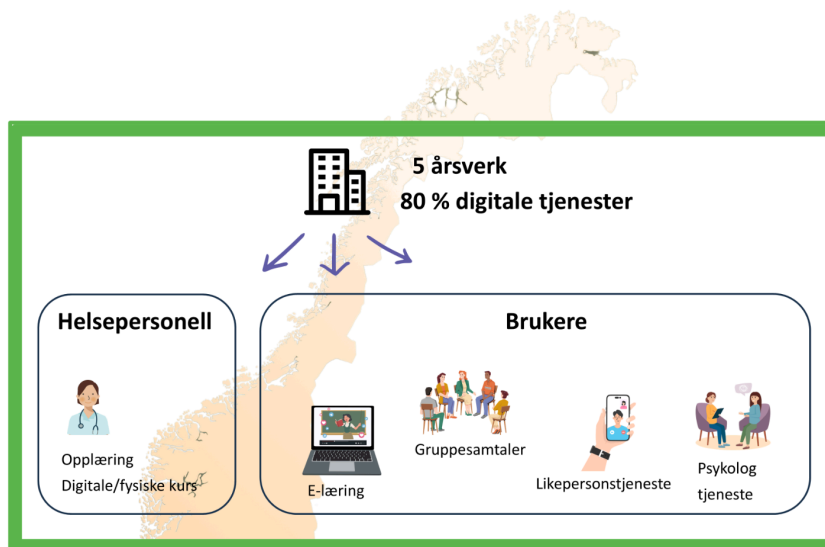
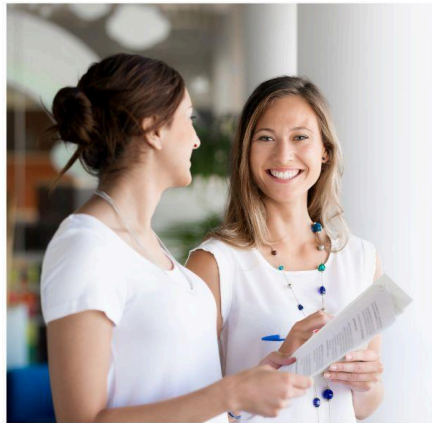


Et nasjonalt ressurscenter: Ufrivillig barnløshet og mental helse

- Tilbudet som rant ut i sanden



Faktaark

Behovet er allerede identifisert

- Regjeringen vil i kvinnehelsestrategien for okt. 2024 sørge for å øke kunnskapen blant helsepersonell om vanlige helseutfordringer ved ufrivillig barnløshet
- Helsedirektoratet følger i 1987 opp fertilitetsklinikker for å påse at de har et psykologteam på plass. Dette kom aldri på plass
- Et fagmiljø bestående av forskere og gynekologer innenfor fertilitetsbehandling stiller seg nå bak behovet for et ressursenter.

Forekomst av ufrivillig barnløshet

- Hvert syvende par strever med å få barn. I tillegg kommer enslige.
- Over 3000 barn per år er et resultat av assistert befruktning.
- Én av fire menn og én av seks kvinner har ikke barn ved 45- års alderen.
- 500.000 mennesker over 45 år har ikke barn. De fleste er ufrivillig barnløse.

Den psykiske belastningen

- Ufrivillig barnløshet beskrives som en livskrise på lik linje med alvorlig sykdom og død i nær familie.
- Forekomsten av angst og depresjon er høyere enn i befolkningen ellers.
- Økt risiko for samlivsbrudd.
- Barnløse utsettes for sosial eksklusjon.

Ressursenter som tiltak for å forhindre psykisk uhelse, sykemeldinger og uføre

- Kompetanseheving av helsepersonell
- Psykisk støtteterapi: Et landsdekkende lavterskeltilbud til alle som trenger det, uavhengig av kjønn og alder. Hovedsakelig basert på digitale løsninger og bruk av eksisterende plattformer og infrastruktur.

Innholdsfortegnelse

1. Hva er problemet og hva vil vi

oppnå.....s. 4

Hvor mange rammes av ufrivillig barnløshet?.....s. 5

Den psykiske belastningen

overordnet..... s. 6

Fertilitetsbehandling og belastningen på den psykiske

helsen.....s. 6

Parforholdet påvirkes

sterkt.....s. 7

NOU 5. kvinnehelserapporten

avdekker.....s. 9

Regjeringens kvinnehelsestrategi

utdrag.....s. 9

Mannsutvalgets rapport

avdekker.....s. 10

Samfunnsmessige

konsekvenser.....s. 10

2. Hvilket tiltak anbefales?.....s. 12

Overordnet

skisse.....s.

13

Finansiering.....

.....s. 13

Benytter plattformer, strukturer og løsninger som allerede eksisterer..... s. 13

Kompetanseheving av helsepersonell

.....s. 13

Psykisk

støtteterapi.....

.s. 15

3. Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?.....s. 16

4. Fagmiljøet som står

bak.....s. 17

5.

Referanser.....

.....s. 17

1. Hva er problemet og hva vil vi oppnå

I flere tiår har behandlere og helsepersonell vært klar over den enorme belastningen det er å være ufrivillig barnløs, men har ikke hatt anledning til å lage et støtteprogram, som kunne hjelpe individene i en krevende livssituasjon, tenke gjennom livet videre og finne alternative løsninger.

Flere private pilotinitiativ har vært prøvd ut, og de har fungert bra. Cecilie Hoxmark, grunnlegger av Prosjekt Åpenhet om ufrivillig barnløshet, har arrangert et 20-talls kurs med samtaler for de som går videre i livet uten barn. Tilbakemeldingene er svært gode.

Ufrivillig barnløse som strever er ikke en gruppe som ønsker å stå frem, heve stemmen og fortelle om noe av det mest sårbare i livet. Vi mener at de som strever med ufrivillig barnløshet må bli tilbudt oppfølging slik at den psykiske helsen blir ivaretatt. I dag er et slikt tilbud svært begrenset. **Et ressurscenter med faglig tyngde og ulike oppfølgingstilbud tilpasset den enkeltes behov mener vi er veien å gå.** Hovedmålet er å kunne tilby hjelp med å takle påkjenningen, forhindre sykemeldinger og isolering fra det sosiale livet, forhindre samlivsbrudd og bedre mulighetene for **at barn som kommer til skal få vokse opp med gode oppvekstvilkår, og at de som ender opp uten barn finner god mening i en ny tilværelse.**

En korrespondanse mellom en klinikk og Helsedirektoratet i 1987 viser at det har vært en klar oppfatning av viktigheten av at parene bør følges opp av psykolog eller lignende. Dette ser imidlertid ut til å ha rent ut i sanden. Johanne Sundby, som er medvirkende til denne rapporten, var en sterk pådriver den gang for å få på plass et slikt tilbud. Brevet ble sendt til en klinikk som ønsket å starte opp med fertilitetsbehandling.

"I henhold til lovens § 5 skal beslutningen om kunstig befruktning bygge på medisinske og psykososiale vurderinger av paret. I den forbindelse fremgår det bl .a. av lovens forarbeider (Ot.prp. nr . 25 1986-87 s. 23) :

"Tilbudet om rådgivning bør foreligge fra det tidspunkt behandling påbegynnes og til etter en eventuell fødsel. Rådgivningen bør gis av psykolog, psykiater, el.

Departementet understreker at det må være opp til paret å avgjøre om de vil benytte seg av tilbudet om rådgivning. Foreldre må også på senere tidspunkt kunne søke råd hos behandlingsinstansen.

Helsedirektoratet er av den oppfatning at de som driver slik virksomhet bør opprette psykososiale team bestående av leger, psykologer og sosialarbeidere. Disse sykehusene bør etter Helsedirektoratets vurdering fremlegge en plan for sin virksomhet som også omfatter dette rådgivningstilbudet for å kunne drive sin virksomhet.”

Regjeringen anerkjenner at ufrivillig barnløse trenger mer oppfølging. I juni 2024 sendte Silje Hjemdal (Frp) inn et skriftlig spørsmål til regjeringen om hva regjeringen i dag gjør for å bedre den mentale helsen til ufrivillig barnløse. Helseminister Jan Christian Vestre la i oktober 2024 på vegne av regjeringen fram en kvinnehelsestrategi. “Om lag 3000 barn blir født årlig ved hjelp av assistert befruktning. Flere kvinner og par lever likevel som ufrivillig barnløse. Regjeringen vil derfor øke kunnskapen blant helsepersonell om vanlige helseutfordringer blant kvinner før, i og etter reproduktiv alder.”

Hvor mange rammes av ufrivillig barnløshet?

Ett av syv par strever med ufrivillig barnløshet. I tillegg kommer enslige som enten forsøker på egen hånd eller som ikke finner livspartneren de ønsker å få barn med. **Én av fire menn og én av seks kvinner har ikke barn ved 45- års alderen** (SSB 2023). De aller fleste av disse har sett for seg et liv med familie og barn. Tallet på ufrivillig barnløse er økende og den viktigste årsaken er alder. Vi blir stadig eldre når vi forsøker å få barn. Fruktbarhetstallet for 2023 på 1,4 fødte barn per kvinne, er historisk lavt (SSB 2023).

I 2021 ble det født 3279 barn som et resultat av assistert befruktning i Norge. (Helsedir. 2021). I tillegg kommer alle de som ble født etter behandling i utlandet. Dette tallet tilsvarer at det i hver skoleklasse er én til to elever som har kommet til verden ved hjelp av assistert befruktning. Selv om medisinsk behandling bidrar til at flere får barn, er det mange som må gjennom utallige fertilitetsbehandlinger med uvisst resultat. Parene som avslutter behandlingen, og ender opp uten barn, blir usynlige i statistikken og heller ikke fulgt opp.

Den psykiske belastningen overordnet

Ufrivillig barnløshet beskrives som en livskrise på lik linje med alvorlig sykdom og død i nær familie (Alesi 2005, Domar 1993) og kan forårsake traumer (Archetti 2024). Det er en høyere andel med angst og depresjon i denne gruppen, enn i befolkningen ellers. Følelser som sorg og skam er vanlige (Sundby 1989). Mye av dette skyldes at vi som samfunn verdsetter høyt det å leve i en familie. Vi blir fortalt hvor viktig barn er for å leve tilfredsstillende liv, og det er det som blir sett på som normalen.

Det offentlige betaler for den medisinske behandlingen, men den psykiske helsen derimot blir i svært liten grad ivaretatt. Behandlingen med assistert befruktning føles svært belastende. Skiftene mellom håp og nederlag kan gå ut over parforholdet og seksuallivet, og man ser økt fare for samlivsbrudd. Den økonomiske byrden kan i tillegg være stor. Dette er ikke den beste starten for den nye familien.

Fertilitetsbehandling og belastningen på den psykiske helsen

Behandlingen oppleves som svært krevende. Noe av forklaringen ligger i at behandlingen kan oppleves som noe kronisk som man ikke vet når vil ta slutt og tap av kontroll. Varigheten av behandlingen er uviss, i tillegg til utfallet av behandlingen (Sundby 2010, Alesi 2005).

Flere forskere har undersøkt den psykiske belastningen ved å gjennomføre IVF-behandling. I den danske undersøkelsen som det refereres til i kvinnehelserapporten blir kvinner og menn som ikke lykkes med å få barn, fulgt opp før og etter behandling. 15 prosent av kvinnene og 6 prosent av mennene hadde alvorlige depressive symptomer ett år etter behandlingen (Lund 2009).

Det kommer tydelig frem at behandlingen føles tyngende, spesielt ved gjentatte mislykkede forsøk. Det emosjonelle stresset stiger under behandlingen. Frykten for å mislykkes er sterk. Lykkes du ikke, vil stresset vedvare (Verhaak 2007b). IVF-behandlingen oppleves som langvarig, og du blir konstant påminnet om din ufrivillige barnløshet (Gerrits 2001).

I en spørreundersøkelse blant 352 kvinner og 274 menn, så man en høy forekomst av angst og depresjon. 57 % av kvinnene og 32 % av mennene hadde følt seg deprimerte én

eller flere ganger. 76 % av kvinnene og 61 % av mennene hadde følt symptomer på angst ved ett eller flere tilfeller (Pasch 2016).

I en svensk undersøkelse fremkommer det at kvinner som ikke fikk barn etter endt IVF-behandling, hadde 58 % symptomer på angst, og 15 % symptomer på depresjon. For kvinner som hadde lyktes med å få barn, var forekomsten av angst 19 % og depresjon 10 % på linje med kvinner som hadde fått barn på naturlig måte (Joelsson 2017). Likevel ser man også at det går bedre etter lang tid, især dersom man får barn, adopterer eller forblir i ekteskapet (Sundby 1989)

I en annen studie ble kvinner fulgt opp under behandlingen, og 3-5 år etter avsluttet behandling. Angst og depresjon økte underveis, men gikk tilbake til utgangspunktet etter avsluttet forsøk, selv om det ikke hadde resultert i et barn. Hos kvinner som fikk barn så man en langvarig økt følelsesmessig tilfredshet. Kvinner som hadde avsluttet behandling og som hadde funnet andre meninger i livet enn barn, hadde mindre angst og depresjon enn kvinner som fortsatte med infertilitetsbehandling (Verhaak 2007a).

I en dansk undersøkelse med over 50.000 kvinner fant at de som ikke fikk et barn etter fertilitetsbehandling hadde en dobbelt risiko for selvmord sammenlignet med de kvinnene som hadde fått minst ett barn etter behandling. De fleste selvmordene skjedde i aldersgruppen 36 år eller eldre (Kjaer 2011).

Parforholdet påvirkes sterkt

Flere undersøkelser viser at kvinner reagerer mer følelsesmessig på barnløsheten enn menn. Andre studier viser at til tross for at menn ikke nødvendigvis uttrykker sine følelser, er de like påvirket og opplever sorg og angst, blant flere psykiske plager i hverdagslivet (Hadley 2021). Særlig menn med nedsatt sædkvalitet synes å oppleve barnløshet som en stor belastning (Oldereid 1990). Det er mye underrapportering fra menn som ofte føler de må holde motet oppe. De blir usikre på sin rolle og posisjon, samtidig med at de er bekymret for partneren sin, og føler tap av nærhet. Dette bryter med det å fikse ting og vise handlekraft (Ophaug, familieterapeut).

For mange par blir også barneprosjektet “hennes” prosjekt. Hun er i førerretet og kan bli frustrert over at mannen ikke henger med på viktigheten av nytt forsøk og at alt i kalenderen skal passe inn mot dette. “Han” vil ønske å få tilbake sin gamle kjæreste og et spontant sexliv (Sundby, parkonsultasjoner).

Både mannen og kvinnen føler at situasjonen er stressende for forholdet. Kvinnen føler seg mindre selvsikker enn partneren på hvordan håndtere situasjonen. Støtte fra partneren er viktig for begge for hvor godt de mestret barnløsheten (Ying 2015).

Lone Schmidt, professor i sosialmedisin, har forsket på infertilitet relatert til parforholdet. I en studie ble 2250 danske kvinner og menn intervjuet ved oppstart av fertilitetsbehandling, og 12 måneder senere. Kommunikasjonsproblemer med partneren, førte til at begge opplevde situasjonen som mer stressende. Det samme gjaldt hvis man aktivt valgte å omgå temaet. Dette kunne være ved at man unngikk situasjoner med gravide eller barn, eller ved å rette fokuset på jobben, for å tenke på noe annet. For menn ville situasjonen oppleves som mer positiv hvis de aktivt konfronterte situasjonen, ved å tørre å vise følelser, og søke støtte og råd. Kvinner opplevde situasjonen mer positivt hvis de var løsningsorienterte, og fant andre mål i livet (Schmidt 2005).

I en svensk dr. grad ble det gjort en spørreundersøkelse av 199 infertile kvinner fra en fertilitetsklinikk i Stockholm. De fleste kvinnene snakket om fertilitetsproblemene kun med nære venner eller familie. De valgte å ikke dele opplysninger om undersøkelser og testresultater med andre utenfor familien. 12 % av kvinnene rapporterte at de forlot rommet da temaer om barn kom opp. Ca. 30% spurte ikke venner eller familiemedlemmer om råd (Sormunen 2017).

Kvinner og menn kan ha ulike måter å takle fertilitetsproblemene på, som gjør kommunikasjonen vanskelig. Å unngå temaet er en vanlig strategi og påvirker partneren sterkt (Peterson 2009). Fertilitetsproblemene kan også gå ut over seksuallivet (Wischmann 2010, Monga 2004). Trille Kjaer, forsker ved psychosocial cancer research i Danmark, har analysert data fra et stort dansk register med 47 515 kvinner som er undersøkt for fertilitetsproblemer mellom 1996-2006. I en studie fant man at kvinner som forble barnløse hadde tre ganger så høy risiko for samlivsbrudd 12 år etter, enn kvinner som fikk barn (Kjaer 2014), mens andre studier har funnet at barnløse skilles omtrent med samme rate som de

som har barn (Sundby), noe som kan forklares med at det å få barn også kan være vanskelig for et parforhold.

NOU 5. kvinnehelse rapporten avdekker

“Forskning har vist at par som er rammet av infertilitet, i liten grad deler disse problemene med venner og familie. Forekomst av depresjon blant kvinner og menn er høy, henholdsvis 15 prosent og 6 prosent. Par rapporterer også økt fare for seksuelle problemer og samlivsbrudd. Infertilitet er fortsatt tabubelagt for mange, og mye tyder på at par kommer sent til behandling. Dette har betydning fordi alder er den viktigste faktoren som påvirker utfall av behandlingen”. (NOU 2023:5)

Regjeringens kvinnehelsestrategi utdrag

Tilbudet til ufrivillig barnløse er oftest inseminasjon av sæd fra kvinnens partner eller en donor, eller in vitro-fertilisering (IVF) av eggcelle utenfor livmoren med sæd fra mannlig partner eller fra donor. Fra 2021 er også eggdonasjon tillatt i Norge. Om lag 3000 barn blir født årlig ved hjelp av assistert befruktning. Flere kvinner og par lever likevel som ufrivillig barnløse. Regjeringen vil derfor øke kunnskapen blant helsepersonell om vanlige helseutfordringer blant kvinner før, i og etter reproduktiv alder.

Psykisk helse er et av regjeringens viktigste satsingsområder. I Meld. St. 23 (2023–2033) Opptrappingsplan for psykisk helse peker regjeringen ut en retning for utvikling av politikken på hele psykisk helsefeltet. Den viser til at det må settes inn sterkere innsats for å forebygge psykiske plager og lidelser. Samtidig må terskelen for å få hjelp bli lavere, og de med alvorlige psykiske lidelser må få mer helhetlig behandling og oppfølging. (Regjeringens kvinnehelsestrategi 2024)

Mannsutvalgets rapport avdekker

“ Andelen menn uten barn har økt fra 17 prosent til nærmere 25 prosent i løpet av de siste årene. Menn er overrepresentert blant barnløse. Det må antas at mange av dem som er barnløse, er det ufrivillig, og at sosial ulikhet også virker inn.”

“ Forskere har pekt på en rekke årsaker, som at barnløshet kan henge sammen med lav utdanning og inntekt, dårlig helse, at færre menn vil ha barn, at det blir født flere gutter enn jenter. Utvalget må:

- *vurdere hvilke likestillingsutfordringer menns økende barnløshet har i ulike deler av livsløpet og om det er aktuelle tiltak som kan endre bildet.*
- *om barnløsheten er frivillig eller ufrivillig.” (NOU 2024: 8)*

Samfunnsmessige konsekvenser

For den enkelte som rammes viser forskning redusert psykisk helse. Fordi ufrivillig barnløse er en relativt stor andel av befolkningen og som også er økende, vil det også ha samfunnsmessige konsekvenser. Utenforskapet er kanskje det som er minst belyst. Det å få barn berører noe eksistensielt i oss (Archetti 2020) og kan føre til at vi føler på skam over å ikke være som andre og ikke passe inn. Det er vanlig å føle på et utenforskap i sosiale sammenhenger og mange velger også å utebli fordi det er så mye fokus på barn. Det å ikke få barn er inngripende i alle livets faser og er ikke et forbigående problem. Samfunnet er svært rettet inn mot barnefamilier, noe som kommer til uttrykk i politiske prioriteringer. Noen har brukt “barnløshet” som negative betegnelser på personer i politikken. Unge voksne deltar mye på foreldreaktiviteter i skole, dugnader, syttende mai feiringer og barneorienterte ferier. Barnløse har ikke adgang til disse fellesskapene. Å ikke være med i vårt barnefokuserte samfunn i hverdagen er en stor sosial belastning.. Det er lett å falle utenfor når fellesskapet du ellers kunne vært en del av retter seg inn mot barna. Det er altså her snakk om reelle utenforskap i nabolaget, i familiesammenkomster og på jobb.

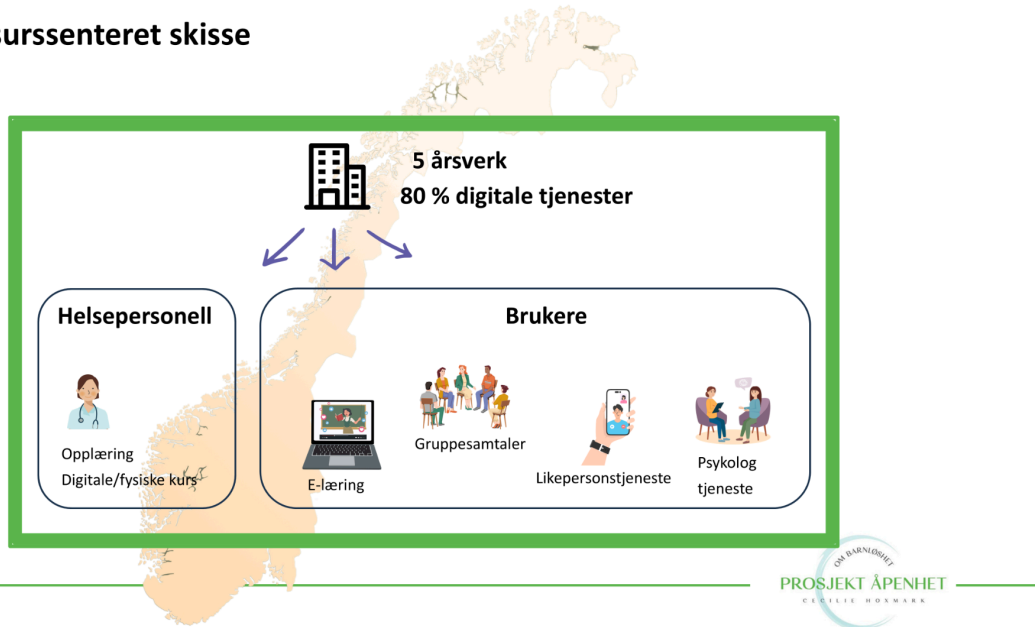
Det er også en økt risiko for alvorlige psykiske lidelser, som angst og depresjon enn for befolkningen ellers. De generelle konsekvensene av disse lidelsene er beskrevet i Folkehelse rapporten utarbeidet av Folkehelseinstituttet *“Nedsatt arbeidsførhet er en vanlig og alvorlig konsekvens av psykiske lidelser* (Folkehelse rapporten 2023).

- *Psykiske lidelser utgjorde i 2019 og 2020 vel 17% av sykefraværstilfellene (NAV, 2021).*
- *Angst- og depresjonslidelser og symptomer, samt lettere psykiske lidelser, er de vanligste sykefraværstilfellene innenfor psykiske årsaker, og stod i 2015 for 87% av disse sykefraværstilfellene.*
- *Angst- og depresjonssymptomer er forbundet med både gjentatte og langvarige sykefraværperioder (Knudsen, Harvey, Mykletun, & Overland, 2013).*
- *Psykiske lidelser var hoveddiagnosen for om lag en tredjedel (36,8 prosent) av dem som mottok uføretrygd i 2016. Andelen som mottar uføretrygd for en psykisk lidelse har økt med 7,3 prosentpoeng siden 2000 (NAV, 2021 b)*
- *Gjennomsnittsalderen for innvilget uføretrygd på grunn av psykiske lidelser er lavere enn for andre lidelser (Mykletun & Knudsen, 2009).*
- *Angst og depresjon øker også sannsynligheten for uføretrygd på grunn av somatiske tilstander (Knudsen et al., 2010; Mykletun & Overland, 2006).*

2. Hvilket tiltak anbefales?

Vi anbefaler et nasjonalt ressurscenter hvor kompetansen samles og tilbudet er bredt både for de berørte, men også for helsepersonell.

Ressurscenteret skisse



I Danmark fins det allerede et tilbud, via en forening, Videncentret Fertility Care. Dette består av en nettside hvor det er mulig å booke en telefonsamtale med en sykepleier eller jordmor med kompetanse innen de psykiske og sosiale utfordringene ved ufrivillig barnløshet. De frivillige helsepersonell er alle tilknyttet en fertilitetsklinikk.

Ressurscenteret vi beskriver her vil tilby noe med større bredde i tillegg til kompetanseheving av helsepersonell. Med bredde menes også at brukerne kan ha ulike innfallsvinkler til sin barnløshet og være på ulike steder, også i livet. Det er mange som strever med ufrivillig barnløshet som ikke nødvendigvis er under fertilitetsbehandling. Det finnes ulike behov for hvilken hjelp som vil fungere best. For noen vil en digital samtale være det som trengs, for andre vil ytterligere kunnskap i form av utdypende læring, fellesskap med andre i samme situasjon eller en psykologsamtale være det som er mest virkningsfullt. I tillegg mener vi at kompetanseheving av helsepersonell er viktig i møte med denne gruppen.

Finansiering

Det er som en skisse satt opp fem årsverk som sørger for daglig drift. Det vil kreves finansiering av oppstart og til daglig drift. Et anslått beløp er 25-30 millioner basert på lignende tiltak til en oppstart av ressurscenteret.

Benytter plattformer, strukturer og løsninger som allerede eksisterer

Digitale tjenester som er landsdekkende og uavhengig av tid og sted vil være hensiktsmessig for brukerne. Det er av stor betydning at kompetansen samles og at de ulike tilbudene treffer godt. Forskning har vist at digital psykisk helsehjelp har like stor effekt som fysiske møter med en psykolog. En større analyse som tydeliggjør dette ble presentert på et møte i regi av Folkehelseinstituttet i november 2023 (Lagerlof 2023).

Tjenestene kan knyttes opp mot allerede eksisterende plattformer, som for eksempel Helsenorge.no, legeforeningen eller kvinnehelseportalen som nå skal opprettes ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning. Det er derfor ikke nødvendig å lage nye løsninger, men heller knytte seg opp mot gode løsninger som allerede er kjente og som brukes i dag.

Kompetanseheving av helsepersonell

Ufrivillig barnløse vil komme i kontakt med helsepersonell som leger, psykologer, sykepleiere og ulike terapeuter. Det er derfor helt nødvendig at disse har god kunnskap om den psykiske belastningen pasientene deres står i, slik at de kan være gode støttespillere og kunne gi god veiledning. I dag forteller mange at de ikke føler seg helt forstått i møte med helsepersonell og at det er vanskelig å finne gode terapeuter som virkelig forstår problemstillingen. Enkelte får en følelse av at problemet blir bagatellisert og får høre at det ikke er noen menneskerett å få barn.

Kvalitetssikret informasjon til helsepersonell og terapeuter er nødvendig for å gi trygge og riktige svar i samtaler med de som strever med ufrivillig barnløshet, enten de er i behandling, har valgt å forsøke uten medisinsk behandling eller må forsone seg med et liv videre uten barn. Utviklingen innen assistert befruktning og annen fertilitetsbehandling går

raskt og det kan ikke forventes at personale som ikke arbeider med det til daglig har den nødvendige og oppdaterte kunnskapen.

Et eksempel på et tiltak vil være et årlig kurstilbud som en etterutdanning til de ulike fagdisiplinene, i tillegg til studenter i disse fagene. Dette kan primært være digital undervisning. Det vil være en fordel å knytte dette tilbudet opp mot de allerede eksisterende arenaene for etterutdanning som lege-, psykolog- og sykepleierforeningen. Målet med kurset vil være å gi kunnskap om den psykiske belastning og kompleksiteten i den eksistensielle krisen for den enkelte, den psykiske belastningen som kan forekomme på kort og lang sikt, men også det sosiale utenforskapet som følger med.

Psykisk støtteterapi

Det vil være behov for ulike tiltak fordi det er store variasjoner i hvor den enkelte er i prosessen, livet og hva de strever med. Tilbudene må gis uavhengig av kjønn, alder, sivilstand og hvor de er i prosessen med det å få eller ikke å få barn. For noen vil det å kunne snakke med en likeperson være tilstrekkelig. Andre vil foretrekke å ta et digitalt kurs med eller uten samtaler i grupper. For andre igjen vil det å snakke med en psykolog eller terapeut være den beste hjelpen. Mye av den psykiske støtteterapi handler om å normalisere følelser og få gode erfaringer og verktøy til selv å takle barnløsheten.

I dag finnes det ikke et helhetlig tilbud, men mer spredte initiativer og de fleste gjennom fertilitetsklinikker. Dette kan være kostbart for den enkelte og også et tilbud til noen få. Allerede på 80-tallet ble det diskutert i Helse- og omsorgsdepartementet muligheten for at hver fertilitetsklinikk skulle ha en tilknyttet psykolog. Etter nærmere 40 år er dette fortsatt ikke et helhetlig tilbud.

Digitale tjenester vil kunne fungere godt for denne gruppen. Det gir muligheten for et lavterskeltilbud og også en mulighet for å være anonym. **Dette vil også være mer kostnadseffektivt for den enkelte, men også være et godt samfunnsøkonomisk tilbud.**

Det er av stor betydning at ressurspersonene har spisskompetansen på ufrivillig barnløshet og den psykiske belastningen på den enkelte. Egenerfaring vil være nyttig i tillegg til kunnskap om den totale belastningen som innebærer den mest akutte fasen når de strever

som mest med barnløsheten, men også det å takle livet ellers i tiden som kommer hvis barnet ikke kommer.

Paret møter også store utfordringer. Når alt dreier seg om å få barn blir forholdet satt på prøve. Mange går fra hverandre under og etter prosessen. Tiltak for å bidra til å bevare og trygge den gode parrelasjonen er viktig for paret selv, men også for den eventuelt nye familien.

Spesifikke tiltak for menn vil også være nyttig. Mange menn uttrykker at de blir satt på siden når paret gjennomgår behandling med assistert befruktning. Et tilbud her kan være anonyme chattegrupper og digitale samtalegrupper.

De som står i dette, vil også kunne ha behov for råd om mulig videre behandling. Det er store beslutninger som skal tas om hvilke alternativer som vil passe best, og eventuelt når behandling bør avsluttes og oppfølging.

3. Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Det må lages en helhetlig strategi for Ressurscenteret hvor de digitale tjenestene og etterutdanning for helsepersonell har tydelig samme mål. Tilbudene må utvikles i samarbeid med fagpersoner for å sikre god kvalitet, forankring og at det treffer målgruppen godt.

Det er nødvendig med ressurser i forhold til finansiering, men også for daglig drift og fremtidig strategi.

Det må utvikles en digital tjenester som er brukervennlig og oppleves som et lavterskeltilbud. Den må være enkel å finne fram til og presenteres på en måte som gjør at den oppleves som nyttig både for de som trenger støtten selv, men også for fagpersoner.

For at ressurscenteret skal få den ønskede virkning, bedring av psykiske helsen blant ufrivillig barnløse, må den også gjøres kjent. Det er derfor av viktighet at alle fagpersoner som kommer i kontakt med målgruppen har kjennskap til plattformen.

4. Fagmiljøet som står bak

Cecilie Hoxmark, biolog, grunnlegger av Prosjekt Åpenhet- om ufrivillig barnløshet. Hun er selv ufrivillig barnløs, har fått en ekspertrolle og tilbyr digitale tjenester i form av samtaler, kurs og gruppesamlinger. Utgitt fagboken *Barnløs* og står bak podkasten *Barnløs* på godt og vondt. Initiativtaker til denne rapporten.

Cristina Archetti, professor ved Institutt for medier og kommunikasjon ved UiO, traumeterapeut og forsker på traume rundt infertilitet. Ambassador for World Childless Week siden 2018.

Marte Myhre, gynekolog og forsker på infertilitet ved UiO, senter for kvinnehelseforskning.

Johanne Sundby, professor emeritus samfunnsmedisin ved UiO, forsker på infertilitet og leder av det forrige kvinnehelseutvalget.

Nan Oldereid, gynekolog, klinikkjef på Livio IVF-klinikken Oslo og forsker på infertilitet.

Kristian Ophaug, familieterapeut, klinisk sosionom ved OUS. Møter til daglig kvinner og par som er ufrivillig barnløse eller står i et krevende svangerskap. Har egenerfaring fra fertilitetsbehandling. Engasjert seg i tema ufrivillig barnløshet og menn.

5. Referanser

Alesi, R. (2005) Infertility and its treatment – an emotional rollercoaster, *Aust Fam Physician*, 34 (3), s. 135–13

Archetti C. (2024) Infertility as trauma: Understanding the lived experience of involuntary childlessness. *Culture, Medicine & Psychiatry*. DOI: 10.1007/s11013-024-09871-7.

Archetti, C. (2020) *Childlessness in the age of communication: Deconstructing silence*.

London: Routledge. Available open access here:

<https://www.taylorfrancis.com/books/oa-mono/10.4324/9780367810399/childlessness-age-communication-cristina-archetti>

Domar, A.D., Zuttermeister, P.C. og Friedman, R. (1993) The psychological impact of infertility: comparison with patients with other medical conditions, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 14 Suppl, s. 45–52.

Folkehelse rapporten (2023)- FHI Psykiske plager og lidelser hos voksne [Psykiske plager og lidelser hos voksne - FHI](#)

Gerrity (2001), *The family Journal* 9 (2), 151-158.

Hadley, R. (2021) *How is a Man Supposed to be a Man?: Male Childlessness - a Life Course Disrupted*. Oxford: Berghahn Books.

Hedman-Lagerlöf E, *et al.* (2023). Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2023 Jun;22(2):305-314. doi: 10.1002/wps.21088. PMID: 37159350; PMCID: PMC10168168.

Helsedirektoratet rapport (2021) [Assistert befruktning - Helsedirektoratet](#)

Salih Joelsson L, *et al.* (2017) Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *Eur Psychiatry*. 2017 Sep;45:212-219. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.07.004. Epub 2017 Jul 25. PMID: 28957789.

Kjaer, T. *et al.* (2011) Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Human Reproduction*, Vol.26, No.9 pp. 2401–2407, 2011. doi:10.1093/humrep/der188

Kjaer, T. *et al.* (2014) Divorce or end of cohabitation among Danish women evaluated for fertility problems. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93:269–276.

Lund R, *et al.* (2009) The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Hum Reprod*. 2009 Nov;24(11):2810-20. doi: 10.1093/humrep/dep257. Epub 2009 Jul 22. PMID: 19625314.

Monga M, *et al.* (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*. 2004 Jan;63(1):126-30. doi: 10.1016/j.urology.2003.09.015. PMID: 14751363.

NOU 2023: 5. Den store forskjellen- Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. [NOU 2023: 5 - regjeringen.no](#)

NOU 2024: 8. Likestillingens neste steg - Mannsutvalgets rapport. [NOU 2024: 8 - regjeringen.no](#)

Oldereid NB, Rui H, Purvis K. (1990). Male partners in infertile couples. Personal attitudes and contact with the Norwegian health service. *Scand J Soc Med*. 1990 Sep;18(3):207-11. doi: 10.1177/140349489001800309. PMID: 2237329.

Pasch, L.A. (2016) Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertil Steril*, 106 (1), s. 209–215. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.03.006.

Peterson, B.D. *et al.* (2009) The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments, *Hum Reprod*, 24 (7), s. 1656–1664. DOI: 10.1093/humrep/dep061.

Regjeringens kvinnehelsestrategi [Regjeringens kvinnehelsestrategi - betydningen av kjønn for helse - regjeringen.no](#)

Salih Joelsson, L. (2017) Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women, *Eur Psychiatry*, 45, s. 212–219. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.07.004.

Schmidt, L. *et al.* (2005) Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility

Sormunen, T. *et al.* (2018) Infertility-related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility, *J Clin Nurs*, 27 (1–2), s. 335–344. DOI: 10.1111/jocn.13953.

Sundby, H. og Guttormsen, G. (1989) *Infertilitet, en bok om ufrivillig barnløshet*. Tano Aschehoug forlag.

Sundby, J. (2010) Hva er en mor? *Samtiden*, 4 (119) Tilgjengelig fra: <https://samtiden.no/2011/01/14/utgave-4-2010/>.

SSB 2023 b. Marginal nedgang i fruktbarheten – SSB

Verhaak, C.M. (2007) Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women, *Hum Reprod*, 22 (1), s. 305–308. DOI: 10.1093/humrep/del355.

Wischmann TH. (2010) Sexual disorders in infertile couples. *J Sex Med*. 2010 May;7(5):1868-76. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x. Epub 2010 Feb 25. PMID: 20214712.

Ying, L.Y., *et al.* (2015) Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review, *Int J Nurs Stud*, 52 (10), s. 1640–1652. DOI: 10.1016/j.ijnurstu. 2015.05.004.