

Utredningen för en framtid med barn



NR 4: OFRIVILLIG BARNLÖSHET – FÖREKOMST, ORSAKER,
BEHANDLING OCH KONSEKVENSER

ALEKSANDER GIWERCMAN, EVA ELMERSTIG,
LARS RYLANDER, MARGARETA KITLINSKI
OCH KRISTINE KOPPELHUS

Samtliga skrifter i serien finns att ladda ner gratis på www.framtidmedbarn.se
E-post: s.framtidmedbarn@regeringskansliet.se

Omslag: Åtta45
Tryck: Åtta45

Skrift 2026:4, Framtid med barn.

Ofrivillig barnlöshet – förekomst, orsaker, behandling och konsekvenser

ALEKSANDER GIWERCMAN, EVA ELMERSTIG,
LARS RYLANDER, MARGARETA KITLINSKI
OCH KRISTINE KOPPELHUS

Skrift 4

Utredningen för en framtid med barn

Förord

Utredningen för en framtid med barn har fått i uppdrag att identifiera hinder för högre födelsetal, ökad jämställdhet och hög sysselsättning samt föreslå åtgärder för att stärka familjebildning och därmed ett mer familjevänligt samhälle samt analysera hur detta påverkar realekonomin.

En viktig del i arbetet är att bidra till folkbildning och diskussion via en serie kortare skrifter. Ambitionen är att bidra till en öppen och kunskapsbaserad debatt där olika perspektiv och centrala avvägningar lyfts fram och görs tillgängliga för en bredare publik.

Denna skrift är den fjärde i en serie av flera som kommer att publiceras löpande på utredningens hemsida (www.framtidmedbarn.se). Skriften har utarbetats av följande experter från ReproUnion; Aleksander Giwercman, professor och överläkare vid Reproduktionsmedicinskt Centrum, Skånes Universitetssjukhus i Malmö och Reproduktionsmedicin vid Lunds universitet; Eva Elmerstig, professor vid Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för socialt arbete samt Centrum för sexologi och sexualitetsstudier vid Malmö universitet; Lars Rylander, professor vid Avdelningen för arbets- och miljömedicin, Lunds universitet; Margareta Kitlinski, överläkare vid Reproduktionsmedicinskt Centrum, Skånes Universitetssjukhus i Malmö; och Kristine Koppelhus, MSc, Director Management Unit och Project Lead för ReproUnion vid Medicon Valley Alliance. ReproUnion är ett gränsöverskridande forskningssamarbete mellan Sverige och Danmark inom området reproduktionsmedicin i Öresundsregionen. ReproUnion finansieras av EU Interreg Öresund–Kattegat–Skagerrak, Region Hovedstaden, Region Skåne och Ferring Pharmaceuticals.

Författarna ansvarar för innehåll och bedömningar i rapporten.

Vi vill rikta ett särskilt tack till medlemmarna av utrednings referensgrupp bestående av Anna Björklund, Erik Carlsson, Eskil Wadensjö, Maria Pleiborn, Maria Stanfors, Marika Lindgren Åsbrink, Micael Dahlén, Per Rosencrantz och Ulla Waldenström för värdefulla synpunkter och bidrag under arbetets gång. Vidare vill vi också tacka medarbetarna vid Socialdepartementets analysfunktion, som kontinuerligt har stöttat och bidragit till arbetet samt till huvudsekreterare Kristoffer Lundberg och Anne-Marie Flink Engdahl i

sekretariatet för alla bidrag i stort och smått samt våra praktikanter Cajs Johnson och Nils Rühmann.

Utredningen kommer att återkomma till fler intressanta frågeställningar framöver. Läsare är välkomna att kontakta utredaren och sekretariatet via hemsidan.

Lund i april 2026

Åsa Hansson
Utredare

Innehåll

1	Sammanfattning.....	9
2	Varför behövs den biologiska dimensionen?	13
3	Ofrivillig barnlöshet en folkhälsofråga	15
4	Biologiska och medicinska orsaker	19
5	Jämlikhet och tillgång till vård	27
6	Livsstil, miljö och prevention	31
7	De psykosociala och relationella aspekterna	35
8	Infertilitet och långsiktig hälsa.....	39
9	Policyimplikationer och vägen framåt	41
	Referenser	45

1 Sammanfattning

De sjunkande födelsetalen utgör en av de mest betydande långsiktiga utmaningarna för Sverige (Hansson & Lundberg 2025). Utvecklingen verkar gå mot en framtid med en åldrande och krympande befolkning. Mot denna bakgrund beslutade regeringen i juli 2025 att tillsätta en utredare med uppdrag att analysera de demografiska, samhällsekonomiska och sociala effekterna av de sjunkande födelsetalen samt dess orsaker.

Syftet med denna skrift är att lyfta vikten av medicinska och biologiska begränsningar för att få barn. Att hjälpa människor som vill men inte kan få barn är inte bara en fråga om individers välbefinnande – det kan också vara en central, men ofta förbisedd, del av befolkningsutmaningen.

Infertilitet (ofrivillig barnlöshet) är ett vanligt förekommande tillstånd som bedöms påverka cirka 15–20 procent av alla par i reproduktiv ålder och utgör därmed en av de mest utbredda kroniska sjukdomarna bland personer i åldern 25–44 år. Mot bakgrund av de historiskt låga födelsetalen i Sverige bör infertilitet inte betraktas enbart som ett individuellt medicinskt problem, utan som en strukturell faktor av betydelse för såväl den demografiska utvecklingen som för folkhälsan i stort.

Majoriteten av vuxna i Sverige önskar två eller fler barn, men en betydande andel lyckas inte realisera denna önskan. Skillnaden mellan önskat och faktiskt antal barn kan inte fullt ut förklaras av socioekonomiska eller kulturella faktorer. Biologiska begränsningar, försämrad reproduktiv hälsa, senarelagt barnafödande samt bristande fertilitetsmedvetenhet utgör centrala hinder för barnafödande i dag.

Den biologiska dimensionen av fertilitet – inklusive ålderns betydelse, könsspecifika faktorer, genetik, livsstil och miljöexponering – har hittills haft begränsat utrymme i den offentliga debatten om låga

födelseetal. Samtidigt visar forskningen att både kvinnlig och manlig fertilitet påverkas av en rad faktorer som är möjliga att förebygga eller behandla, särskilt om insatser sätts in tidigt i livet.

I Sverige föds i dag omkring 5 procent av alla barn efter assisterad befruktning, huvudsakligen genom IVF (in vitro-fertilisering). Detta indikerar att fertilitetsvården i praktiken kompenserar för en del av den nedsatta fertiliteten i befolkningen. Utan tillgång till medicinskt assisterad befruktning skulle sannolikt födelseetalen vara avsevärt lägre. Samtidigt är fertilitetsbehandling resurskrävande, förenad med betydande psykosocial belastning och kan inte fullt ut kompensera för biologiska begränsningar.

Skriften visar vidare att infertilitet inte enbart är kopplad till reproduktiva utfall, utan även till långsiktig hälsa. Hos både kvinnor och män är infertilitet associerad med ökad risk för framtida sjuklighet, såsom hjärt-kärlsjukdom, diabetes och vissa cancerformer. Fertilitet kan därmed i vissa fall fungera som en tidig indikator på underliggande ohälsa, med konsekvenser för framtida sjukvårdsbehov, arbetsförmåga och samhällsekonomiska kostnader.

Sammantaget lyfter skriften att ofrivillig barnlöshet är en central, men ofta förbisedd, komponent i analysen av Sveriges låga fertilitetsetal. För att möta både demografiska och folkhälsomässiga utmaningar krävs ett breddat perspektiv där reproduktiv hälsa, biologiska förutsättningar, jämlik vård och förebyggande insatser integreras i framtida politik. Skriften är författad av forskare och experter vid ReproUnion. ReproUnion är ett svenskt-danskt samarbete mellan universitet, regioner och industri. Samarbetet syftar till att stärka kunskapen samt att bidra med evidensbaserade underlag för beslutsfattare. Inom ReproUnion finns en mängd experter, forskare och kliniker, som samarbetar kring utveckling av nya och bättre riktlinjer och rekommendationer för att förbättra reproduktiv hälsa. ReproUnion finansieras av EU, Region Skåne och Region Hovedstaden samt Ferring.

I denna skrift används begreppen kvinnor och män för att beskriva de biologiska förutsättningar som är relevanta för reproduktion – det vill säga personer som vid födseln tilldelats kvinnligt respektive manligt kön och har motsvarande reproduktiva organ. Samtidigt är vi medvetna om att könsidentitet inte alltid sammanfaller med det tilldelade könet vid födseln, och att personer med andra

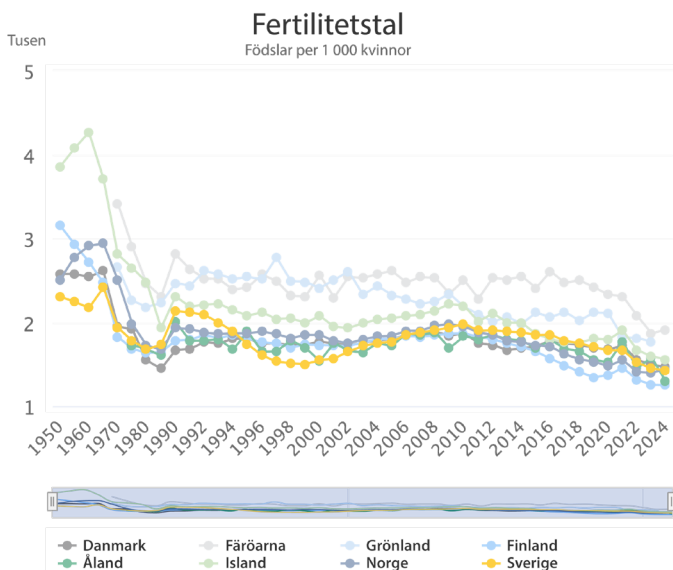
könsidentiteter än den förväntade utifrån kroppen också kan beröras av ofrivillig barnlöshet och av den vård som beskrivs.

Författarna använder uttrycket ”spermiekvalitet” både för att beskriva spermernas egenskaper – såsom rörlighet, utseende och genetisk integritet – och för att omfatta antalet spermier. Ett lågt spermieantal betraktas därför också som ”låg spermiekvalitet”.

2 Varför behövs den biologiska dimensionen?

Från mitten av 1900-talet till början av 2000-talet låg fruktsamhetstalet (antalet barn per kvinna) relativt stabilt på eller strax under den nivå som brukar anges som nödvändig för att hålla befolkningen oförändrad över tid, det vill säga cirka 2,1. I Sverige har vi dock under de senaste decennierna sett en tydlig nedgång i födelsetalen. Frukt-samhetstalet i Sverige låg år 2025 på 1,42 barn per kvinna, vilket är den lägsta nivån som uppmätts i landet sedan mätningarna inleddes 1751. Liknande mönster syns i övriga nordiska länder (Figur 1) och den övriga västliga världen.

Figur 1. Fertilitetstal i de nordiska länderna år 1950–2024.



Källa: Nordic Statistics database

Denna utveckling har ofta förklarats med socioekonomiska faktorer såsom utbildningsnivå, bostadsmarknad, arbetslivets villkor och familjepolitiska incitament. Parallellt finns dock en biologisk dimension som hittills fått begränsad uppmärksamhet i den offentliga debatten.

Det finns data som klart visar att även förmågan att få barn hos dem som önskar bli gravida har försämrats de senaste decennierna. I debatten kring låga födelsetal är det följaktligen viktigt att också inkludera eventuella ändringar i människans reproduktiva förmåga, dvs hur biologi, hälsa och medicinska hinder påverkar möjligheterna att realisera barnafödande (Lindahl-Jacobsen m.fl. 2025).

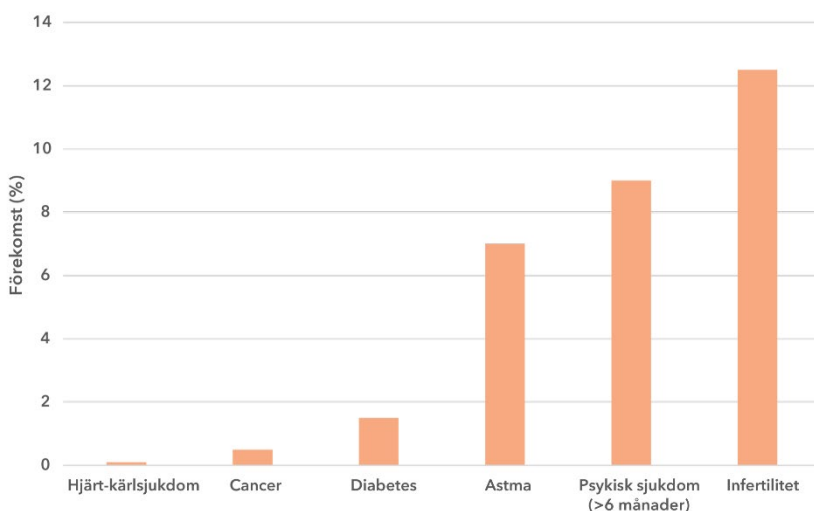
Skillnaden mellan önskat och faktiskt antal barn

Majoriteten av vuxna i Sverige önskar två eller fler barn (Lakjuni m.fl. 2025). De sjunkande födelsetalen speglar därför inte endast brist på vilja utan mer att det finns hinder att realisera detta önskemål. En viktig förklaring är att många försöker få barn först i 30–35-årsåldern då fertiliteten naturligt är lägre. Ålderns betydelse för försämrad fertilitet gäller inte bara för kvinnor utan även för män. Kunskapen om vikten av ålderns betydelse för fruktsamheten är dock bristfällig i befolkningen (García m.fl. 2018). Även om åldern är en viktig faktor förklarar den långt ifrån allt och det finns ett stort behov av att öka kunskapen om vilka andra faktorer som har betydelse. Uppskattningsvis drabbas 15–20 procent av alla par någon gång av ofrivillig barnlöshet, dvs utebliven graviditet efter minst ett år med oskyddade regelbundna samlag (World Health Organization 2023; Cox m.fl. 2022), och i dag föds ungefär 5 procent av alla barn i Sverige efter assisterad befruktning, huvudsakligen genom IVF (Q-IVF Årsrapport 2025). Trots att metoderna vid assisterad befruktning har utvecklats snabbt kan behandling vid fertilitetsklinikerna inte fullt ut kompensera för de biologiska begränsningarna och ca. 30 procent av de som söker hjälp får inte barn.

3 Ofrivillig barnlöshet en folkhälsofråga

Enligt Världshälsoorganisationen (eng. World Health Organization, WHO) definieras ofrivillig barnlöshet, som i fackspråk benämns infertilitet, som en sjukdom i reproduktionssystemet hos personer i reproduktiv ålder där graviditet uteblir efter minst 12 månader av regelbundna oskyddade samlag. I åldern 25–44 år är ofrivillig barnlöshet den vanligaste kroniska sjukdomen (figur 2).

Figur.2 Förekomsten av olika kroniska sjukdomar bland kvinnor och män i åldern 25–44 år i Danmark



Källa: Översatt från Nielsen m fl. 2016.

WHO skiljer ofta mellan primär infertilitet (då graviditet aldrig uppnåtts) och sekundär infertilitet (då paret tidigare lyckats att få barn men misslyckats med att få ett barn till), vilket tydliggör att infertilitet kan uppträda i olika skeden av reproduktionslivet (World Health Organization 2020).

WHO:s senaste rapport, liksom andra epidemiologiska studier (World Health Organization 2023; Cox m.fl. 2022), visar att ca 15–20 procent av befolkningen globalt upplever infertilitet, som därmed är en folkhälsofråga med betydande konsekvenser för individers hälsa och för befolkningsutvecklingen. Det innebär att en betydande del av befolkningen i Sverige och internationellt någon gång berörs av ofrivillig barnlöshet, antingen direkt genom egna fertilitetsproblem eller indirekt som partner, närstående eller barn till personer som har sökt vård för fertilitetsbehandling. I en svensk kontext motsvarar detta miljontals personer som under livet möter fertilitetsproblem eller lever nära någon som gör det, vilket ur ett folkhälsoperspektiv understryker behovet av prevention, bättre diagnostik och behandling samt jämlik tillgång till fertilitetsvård och psykosocialt stöd.

Ofrivillig barnlöshet, samsjuklighet och hälsa

Ofrivillig barnlöshet kan vara kopplad till flera andra sjukdomar, till exempel, endometriosis, polycystiskt ovariesyndrom (PCOS), skador eller sammanväxningar i äggledare hos kvinnor, samt hormonella rubbningar, hjärt-kärlsjukdomar och diabetes hos både kvinnor och män. Dessa tillstånd är ofta förenade med kronisk smärta, funktionsnedsättning, återkommande medicinska ingrepp, nedsatt livskvalitet och kortare förväntad livslängd oavsett om graviditet uppnås eller inte. Medicinskt assisterad befruktning, inklusive provrörsbefruktning (IVF, in vitro-fertilisering) och andra avancerade behandlingar, har möjliggjort för många infertila par att få barn men innebär samtidigt en rad potentiella fysiska belastningar. Det kan handla om injektionsbehandlingar och upprepade hormonstimuleringar, kirurgiska ingrepp, risk för ovariellt hyperstimulationssyndrom samt en något ökad risk för graviditetskomplikationer och flerbörder, även om riskerna minskat genom förbättrade behandlingsmetoder och uppföljning. Ofrivillig barnlöshet är dessutom ofta förenad med

psykisk ohälsa i form av nedstämdhet, ångest, stress och sorgereaktioner i nivåer som i flera studier beskrivs som betydande och jämförbara med annan allvarlig kronisk sjukdom (Braverman m.fl. 2024) (för mer information, se avsnitt 7).

Bristande fertilitetsmedvetenhet och utdragna livsfaser

Senarelagt barnafödande innebär att graviditetsförsök ofta påbörjas i en ålder då fertiliteten redan minskat, samtidigt som samsjuklighet såsom fetma, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, cancer eller autoimmuna tillstånd blir vanligare. Kombinationen av högre ålder och annan somatisk sjuklighet kan både bidra till uppkomsten av infertilitet och öka risken för komplikationer under graviditet och förlossning. Sammantaget innebär detta att infertilitet och dess bakomliggande orsaker är nära sammanflätade med annan ohälsa, vilket gör området centralt för förebyggande folkhälsoarbete inom såväl kroniska sjukdomar som reproduktiv hälsa. Trots detta visar studier att fertilitetsmedvetenheten i befolkningen är låg (Martins m.fl. 2024; García m.fl. 2018; Sørensen m.fl. 2016), särskilt när det gäller hur begränsat det tidsfönster är då det biologiskt sett är möjligt att uppnå graviditet (för mer information, se avsnitt 4). Många överskattar chanserna att kunna bli gravida i hög ålder och räknar med medicinska möjligheter som en reservplan (Martins m.fl. 2024; Pedro m.fl. 2018; Ekelin m.fl. 2012), samtidigt som andra livsmål som längre utbildning, etablering på arbetsmarknaden, personlig utveckling, resor och självförverkligande prioriteras under en allt längre ungdoms- och tidig vuxenfas (Bodin m.fl. 2021; García m.fl. 2018). I klinisk verksamhet återkommer dessutom berättelser från personer som söker vård för ofrivillig barnlöshet om att de först i kontakten med infertilitetsvården får mer fördjupad information om hur ålder, livsstil och andra faktorer påverkar möjligheterna att få barn. När livsfaserna på detta sätt stretchas ut kan det bidra till en föreställning om att det också finns mer tid för barnafödande än vad den biologiska fertiliteten faktiskt medger. Detta ökar i sin tur risken för att beslut om föräldraskap skjuts upp till en ålder då möjligheterna att få barn redan har minskat. Att stärka fertilitetsmedvetenheten och integrera kunskap om ålder, livsstil och reproduktiv hälsa i både befolkningsinriktad prevention och kliniska möten är därför viktigt för att ge människor

bättre förutsättningar att fatta informerade beslut om barnafödande och därigenom minska risken för ofrivillig barnlöshet (Martins m.fl. 2024).

När infertilitet betraktas som en kronisk sjukdom och en del av den reproduktiva hälsan, blir det tydligt att ofrivillig barnlöshet inte enbart är en livshändelse eller privat sorg, utan en fråga om jämlik hälsa, rättvisa och reproduktiva rättigheter. Den höga livstidsprevalensen innebär att en betydande del av befolkningen behöver förebyggande insatser, diagnos och behandling, precis som vid andra vanliga sjukdomar. Tillgången till fertilitetsutredning och behandling styrs dock i dag av socioekonomiska faktorer, ålder, civilstånd och regionala skillnader, vilket skapar ojämlikhet i möjligheten att förverkliga önskan om föräldraskap. I ett läge med sjunkande födelsetal och en åldrande befolkning blir det därför en central samhällsfråga att både förebygga behandlingsbar infertilitet, stärka fertilitetsmedvetenheten och säkerställa jämlik tillgång till evidensbaserad medicinsk fertilitetsbehandling samt psykosocialt inriktad vård och stöd för alla som drabbas av ofrivillig barnlöshet.

4 Biologiska och medicinska orsaker

Människans fertilitet styrs av ett komplext samspel mellan biologiska faktorer, inkluderande hormoner och genetik. Trots stora medicinska framsteg är de biologiska förutsättningarna för reproduktion i grunden oförändrade. Fertiliteten når sin topp i 20-årsåldern och avtar gradvis därefter – först långsamt, sedan tydligare efter 35 år hos kvinnor och 40–50 år hos män.

Hos kvinnan är äggreserven (dvs antalet ägg, oocyter, i äggstockarna) avgörande. Den minskar naturligt med åldern och de kvarvarande äggens kvalitet försämras. Detta leder till svårigheter att bli gravid, ökad risk för missfall och kromosomavvikelser hos fostret (Q-IVF 2025). Hormonella störningar, till exempel polycystiskt ovariesyndrom (PCOS) eller sköldkörtelrubbningar, påverkar ägglossningen negativt. Även livsstilsfaktorer som rökning, alkohol, fetma och undervikt försämrar äggkvaliteten. Hos mannen är spermiekvaliteten central. Antalet spermier, deras rörlighet och risken för kromosomskador kan påverkas av infektioner, hormonrubbningar, varicocele (åderbräck i testikeln), samt yttre faktorer som övervikt, värmeexponering, alkohol, tobak, vissa läkemedel och exponering för miljögifter och kemikalier som påverkar hormonbalansen (figur 3) (Eisenberg m.fl. 2023). Med utgångspunkt i djurstudier, men även human forskning, tycks den skadliga effekten av miljö- och livsstil på testiklarnas funktion, vara mest uttalad i den tidiga delen av fosterutvecklingen (Skakkebaek m.fl. 2016). Med andra ord, spermieproduktionen hos en vuxen man påverkas mer av det som mamman exponerades för tidigt i graviditeten än vad han själv blev utsatt för i sin barndom och det tidiga vuxenlivet. Forskning indikerar att den genomsnittliga spermiekoncentrationen

globalt har minskat markant under de senaste 50 åren, vilket gör manlig fertilitet till en växande folkhälsofråga.

Figur.3 Miljö-, livsstils- och genetiska faktorer som påverkar manlig och kvinnlig fertilitet



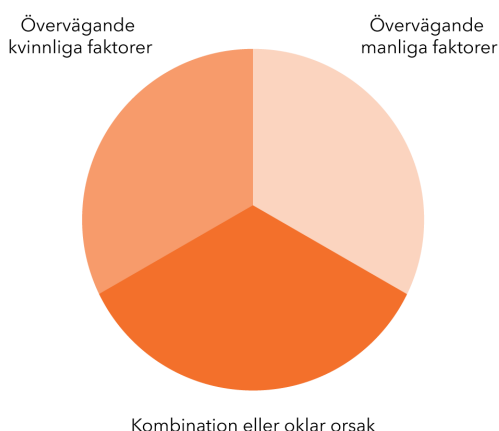
Även hos mannen har åldern betydelse för reproduktionsfunktionen. Efter 40 årsåldern börjar spermieantalet minska och andelen spermier med god rörlighet att minska samtidigt som andelen spermier med kromosomskador ökar. Detta kan bidra till försämrad fertilitet, ökad risk för graviditetskomplikationer, för tidigt födda barn, låg födelsevikt och vissa sjukdomar hos avkomman (Eisenberg m.fl. 2023).

Könsskillnader i orsaker till infertilitet

Infertilitet är i grunden ett parrelaterat problem, där bakomliggande orsaker ofta finns hos fler än en inblandad part (Cheng m.fl. 2025).

Ungefär en tredjedel av ofrivillig barnlöshet beror främst på biologiska kvinnliga faktorer, en tredjedel på biologiska manliga faktorer och den resterande tredjedelen på en kombination av dessa eller oklar orsak (figur 4) (Q-IVF 2025).

Figur. 4 Bakomliggande biologiska faktorer för ofrivillig barnlöshet



Historiskt har utredning och behandling fokuserat på kvinnors reproduktion, vilket delvis beror på att behandlingsmöjligheterna (till exempel hormonstimulering, äggtag) riktats mot kvinnan. Det finns därför ett behov av en mer jämställd syn på reproduktiv hälsa, där även män i heterosexuella relationer genomgår grundlig medicinsk utredning och får adekvat behandling. Detta behövs inte bara för att kunna behandla dålig spermiekvalitet, så att den kvinnliga partnern inte behöver exponeras för krävande hormonbehandling inför provrörsbefruktningen när det i första hand är nedsatt spermiekvalitet som orsakar den ofrivilliga barnlösheten. Det behövs också eftersom dålig spermiekvalitet ökar risken för graviditetskomplikationer och negativa effekter på barnens hälsa.

Kort om IVF – in vitro-fertilisering

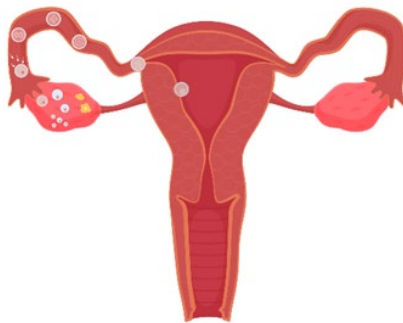
Första provrörsbefruktningens barnet Louise Brown föddes år 1978. Tekniken med provrörsbefruktning, IVF (in vitro-fertilisering) belönades med Nobelpris år 2010 och utvecklades primärt för att

behandla ofrivilligt barnlösa par, där kvinnans bägge äggledare var defekta. Så småningom, visade det sig att IVF fungerade även vid andra fertilitetsstörningar hos kvinnan. År 1992 introducerades en mer avancerad form av IVF, Intracytoplasmatisk Spermieinjektion (ICSI) där spermier injiceras direkt in i ägget i stället för att befrukta ägget i en laboratorieskål. Därmed kunde också par behandlas där mannen har mycket få spermier i sädesvätskan eller där spermier måste hämtas från testikeln eller bitestikeln. Tekniken utvecklades till att möjliggöra nedfrysning av befruktade ägg som senare kunde tas ut och återföras till livmodern i en separat behandlingsomgång, en så kallad tningscykel.

Vid IVF (in vitro-fertilisering) stimuleras kvinnans äggstockar med hormoner så att flera ägg mognar samtidigt. Dessa plockas ut med en tunn nål under lätt narkos och befruktas i laboratoriemiljö med partners eller donerad sperma. Efter några dagar väljs ett eller flera embryon ut och förs in i livmodern, där graviditet kan uppstå.

IVF har revolutionerat fertilitetsbehandlingen och möjliggjort graviditet för miljontals par världen över. Samtidigt är metoden resurskrävande och innebär både medicinska och emotionella påfrestningar. En förståelse för de biologiska processerna bakom befruktning är därför central, både för att förbättra behandlingarna och för att förebygga att de behövs.

1. Äggmognad och hormonstimulering



Varje månad mognar vanligtvis en äggblåsa innehållande ett ägg till ägglossning medan flertalet antal går under (atresi).

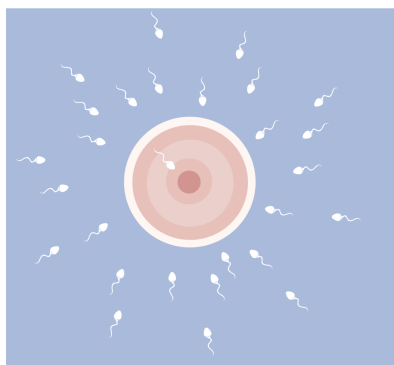


Vid IVF injiceras hormonet FSH (follikelstimulerande hormon) i underhuds fett under 10–12 dagar i syfte att få alla blåsor att mogna. När antalet och storleken på äggblåsorna bedöms vara tillräckliga fattas beslut om äggtag.

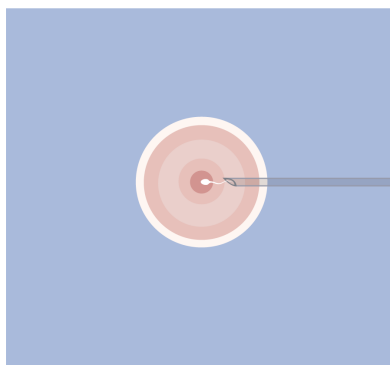
2. Äggtag och befruktning i laboratoriet



Äggtag sker genom en ultraljudsledd punktion via slidväggen in till bukhålan. Äggstockarna punkteras och varje äggblåsa töms på vätska som innehåller ägget.



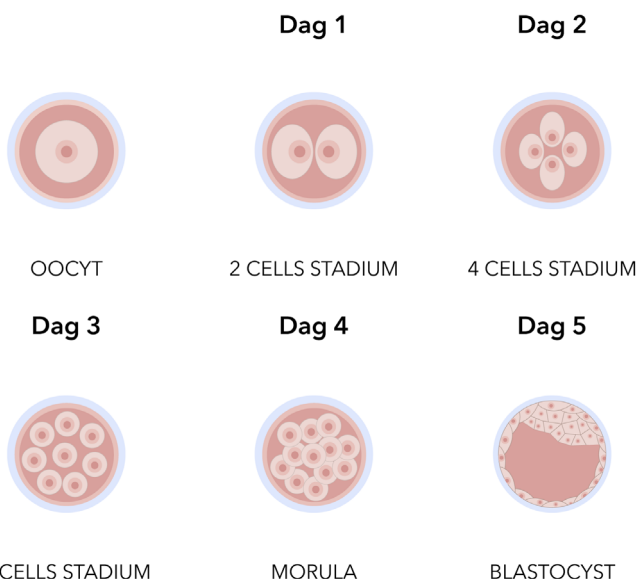
Standard IVF



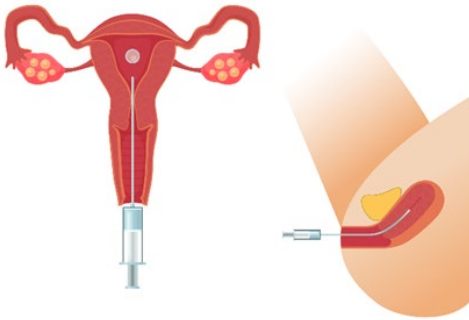
Mikroinjektion - ICSI

De omhändertagna äggen befruktas självmant via tillförda spermier (standard IVF) eller via injektion av en spermie in i varje ägg (ICSI).

3. Embryots utveckling och återförande till livmodern



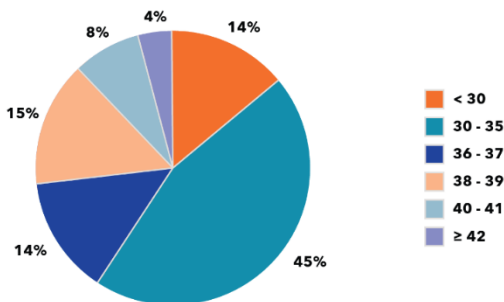
De befruktade äggen odlas och celledningen observeras i ett laboratorium. Det befruktade ägget som delat sig bäst planeras för återföring. Finns fler befruktade ägg som utvecklats sig väl kan de frysas ned för framtida behandlingar.



Återföringen av ett embryo (befruktat ägg) sker via en kateter genom livmoderhalskanalen upp till livmodern.

Majoriteten av kvinnor som söker IVF-behandling i Sverige har passerat 30 årsåldern. År 2023 startades totalt cirka 26 000 behandlingar, där majoriteten skedde med parets egna ägg och spermier och cirka 24% med donerade ägg eller spermier (Q-IVF 2025).

Figur 5. Fördelning av ålder på kvinnor som startade en färsk IVF-behandling 2023.



Källa: Q-IVF 2025

Efter 35 års ålder faller fertiliteten drastiskt. I genomsnitt har en 30-årig kvinna 70% chans att uppnå förlossning inom 18 månader efter sin första IVF-behandling, en 35-årig kvinna 60% chans, och en 40-årig kvinna endast 35% chans (Q-IVF 2025).

5 Jämlikhet och tillgång till vård

Regionala skillnader i tillgång till vård

Tillgången till fertilitetsvård i Sverige präglas av regionala skillnader trots att vården formellt omfattas av hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor. Varje region beslutar själv vad som ska gälla för BMI, gemensamt boende, nikotin/snusbruk och väntetider, vilket leder till att patientens bostadsort får stor betydelse för vilka möjligheter till behandling som erbjuds.

Alla regioner erbjuder upp till tre IVF-försök med offentlig finansiering. Åldersgränsen för kvinnor varierar ofta mellan 38 och 40 år medan få regioner anger en motsvarande övre gräns för män trots att även manlig ålder påverkar fertiliteten och barnets hälsa. I vissa regioner gäller dessutom krav på att heterosexuella par ska ha varit folkbokfört där en viss tid innan behandling kan påbörjas.

Väntetiderna kan skilja sig markant. I storstadsregioner kan belastningen vara så hög att väntan till första besök överstiger ett år medan mindre regioner ofta har kortare köer. Majoriteten av offentliga kliniker saknar tillräckligt med personal varför offentliga behandlingar samordnas med privata aktörer. Samtidigt innebär geografin att par i glesbygd kan ha lång resväg till kliniker som erbjuder avancerad fertilitetsbehandling.

I Sverige täcker den offentliga sjukvården tre IVF-behandlingar med hormonstimulering om paret inte i förväg har ett gemensamt biologiskt barn. Våra nordiska grannländer finansierar även IVF för dem som redan har ett barn och i Danmark erbjuds, sen 2025, upp till sex hormonstimulerade behandlingar för både första och andra barnet.

När behandlingarna inte omfattas av offentlig finansiering får patienten stå för hela kostnaden själv, ofta mellan 30 000 kronor och

50 000 kronor per IVF-försök. För många blir detta ekonomiskt överstigit, vilket ytterligare förstärker den ojämlika tillgången till reproduktiv vård.

Ojämlighet mellan olika grupper

Under de senaste tio åren har lagstiftningen successivt breddat rätten till assisterad befruktning. Sedan 2016 har ensamstående kvinnor rätt till behandling inom den offentliga vården, och sedan 2005 gäller samma rätt för samkönade kvinnliga par. Det är ett viktigt steg mot reproduktiv jämlikhet.

Trots detta kvarstår betydande skillnader mellan olika grupper. Endast samkönade par där båda är kvinnor ges möjlighet att bli gravida inom den offentligt finansierade fertilitetsvården, eftersom surrogatarrangemang inte är tillåtet i Sverige. Därmed saknar ensamstående män och manliga samkönade par i praktiken motsvarande möjlighet till genetiskt föräldraskap via den offentliga vården.

Socioekonomiska och demografiska faktorer påverkar också tillgången till fertilitetsvård. Par med lägre inkomst, instabil boendesituation, eller begränsad kunskap om sina rättigheter söker ofta vård senare, vilket minskar chansen till framgångsrik behandling. Utlandsfödda kvinnor söker generellt fertilitetsvård i lägre utsträckning än svenskfödda, trots liknande förekomst av infertilitet. Detta tyder på både informations- och tillgänglighetsbarriärer.

Utbildningsnivå, språkkunskaper, tillgång till begriplig sjukvårdsinformation och förtroende för vården påverkar dessutom vem som faktiskt söker hjälp. Ojämligheten i fertilitetsvård handlar därför inte enbart om ekonomiska resurser, utan också om inkludering, förmåga att hitta och förstå information och kulturell tillgänglighet.

Rättvis vård som del av folkhälsopolitiken

Utöver att WHO definierar ofrivillig barnlöshet som en sjukdom i reproduktionssystemet och att det är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna bland personer i åldern 25–44 år erkänns även infertilitet sedan 2020 av WHO som ett globalt folkhälsoproblem.

Att kunna bilda familj är en grundläggande mänsklig rättighet enligt FN:s konvention om mänskliga rättigheter, och bristande

tillgång till fertilitetsvård kan därmed ses som en rättvisefråga snarare än enbart medicinsk fråga.

Från ett folkhälsoperspektiv är det viktigt att se fertilitetsvård som en del av ett större reproduktivt hälsospektrum – från prevention och utbildning till behandling och psykosocialt stöd. En rättvis vård innebär att tillgången till fertilitetsutredning och behandling ska vara oberoende av bostadsort, inkomst, ålder, kön eller civilstånd, och att insatser ska prioriteras utifrån medicinska behov och inte betalningsförmåga.

Att förbättra jämlikheten inom fertilitetsvården stärker också samhällets demografiska hållbarhet. Tidig diagnostik, jämlik finansiering och förebyggande insatser kan minska behovet av dyr specialistvård och samtidigt öka möjligheten för fler att få barn inom sin fertila livsperiod.

Könsskillnader i vård och ansvar

Historiskt har infertilitet i första hand kopplats till biologiskt födda kvinnor, både i hur vården har organiserats och i hur forskningsmedel har fördelats, trots att infertilitet i grunden är ett par- och relationsrelaterat problem där orsaker ofta finns hos fler än en person. Kvinnor har länge burit det medicinska, praktiska och emotionella ansvaret för infertilitetsutredning och behandling, medan män ofta getts en mer perifer eller passiv position i utredningen.

Detta synsätt håller på att förändras, men obalanserna kvarstår. Även framöver kommer kvinnor i praktiken ofta att vara mer involverade i infertilitetsvården, eftersom det endast är biologiskt födda kvinnor som kan bära en graviditet och därmed genomgår många av de kroppsliga ingreppen. Just därför blir kunskap om manlig infertilitet och strukturerad utredning av män centralt; när bakomliggande orsaker hos biologiskt födda män identifieras och behandlas i tid kan onödiga eller upprepade ingrepp hos kvinnor minska. Det finns till exempel ingen nationell rutin för standardiserad utredning av manlig infertilitet, trots att manliga faktorer ligger helt bakom 1/3 och delvis bakom den kombinerade/oklara tredjedelen. Ett mer jämställt och inkluderande vårdperspektiv innebär att alla inblandades reproduktiva hälsa utreds och behandlas parallellt, och att både kvinnor och män, liksom deras partner oavsett könsidentitet, ges tillgång till

information, rådgivning, uppföljning och stöd genom hela processen. Samma slags snedfördelning märks inom forskningen där majoriteten av studier, läkemedel och behandlingsprotokoll inom reproduktionsmedicin fortfarande är utformade med primärt fokus på den kvinnliga kroppen och kvinnors behandling. Att systematiskt integrera köns- och genusmedvetenhet i forskning och vårdplanering är därför centralt för att uppnå mer jämlika villkor för reproduktiv hälsa.

Okunskap om fertilitet oavsett kön är märkbar med en övertro på att assisterad befruktning kan lösa alla fertilitetsproblem. Män behöver kunskap om kvinnors fertilitet och vice versa (García m.fl. 2018). Män har ingen naturlig samlingsplats som kvinnor har med t.ex gynekologbesök, barnmorskebesök vid preventivmedelsförskrivning eller cellprovstagning. Därmed råder det stora könsskillnader i vården gällande möjlighet till information om fertilitet.

6 Livsstil, miljö och prevention

Livsstilsfaktorer som påverkar fertiliteten

Livsstil har en betydande inverkan på både kvinnors och mäns reproduktiva hälsa (Ye m.fl. 2025). Flera välkända faktorer som rökning, alkohol, kost, fysisk inaktivitet, övervikt och stress påverkar fertiliteten negativt – antingen direkt genom försämrad könscellsfunktion (äggceller hos kvinnan, spermier hos män), eller indirekt genom hormonella störningar och kronisk ohälsa.



Rökning är en av de mest väldokumenterade riskfaktorerna. Hos kvinnor finns det samband mellan rökning och minskad äggreserv, sämre äggkvalité och tidigare menopaus. Hos män påverkar rökning negativt spermernas antal, rörlighet och ökar antalet kromosomskadade spermier. Även passiv rökning och snus kan ha negativa effekter på befruktningens förmågan.



Alkoholkonsumtion har en dosberoende effekt. Hög konsumtion kan störa ägglossningen, påverka hormonnivåer och minska sannolikheten för graviditet. Hos män leder excessiv alkoholkonsumtion till nedsatt testosteronproduktion och sämre spermiekvalitet.



Fysisk aktivitet har en skyddande effekt, men både extremt låg och extremt hög träningsnivå kan påverka fertiliteten negativt. Regelbunden, måttlig motion förbättrar hormonbalans och cirkulation och minskar risken för metaboliska störningar som påverkar reproduktionen.



Stress påverkar fertilitet både direkt och indirekt. Psykologisk stress kan leda till störd hormonproduktion (kortisolpåslag, minskad produktion i hjärnan av hormoner som styr äggstockarnas och testiklarnas funktion) och påverka menstruationscykel och spermieproduktion. Därtill kan stress bidra till ohälsosamma levnadsvanor som förstärker problemet.



Kost och kroppsvikt är avgörande för hormonell balans. Övervikt hos kvinnor kan orsaka insulinresistens och rubbad ägglossning, särskilt vid polycystiskt ovariesyndrom (PCOS). Undervikt är också problematiskt eftersom fettväv behövs för östrogenproduktion. Hos män är övervikt kopplad till lägre testosteron, sämre spermiekvalitet och erektil dysfunktion.

Miljöfaktorer och kemisk exponering

Under de senaste decennierna har intresset för hur miljöfaktorer påverkar fertiliteten ökat. Människor exponeras dagligen för ett stort antal kemiska ämnen. Flera av dessa ämnen har hormonstörande egenskaper (endocrine disrupting chemicals, EDCs), dvs de kan påverka hormonernas normala funktioner negativt (Cannarella m.fl. 2023). Exempel på sådana ämnen är ftalater och bisfenoler (från

plastprodukter), per- och polyfluorerade ämnen (PFAS), vissa bekämpningsmedel, tungmetaller och flamskyddsmedel. Dessa kan påverka könshormonernas funktion och störa bildningen av könsceller. Studier har visat samband mellan exponering för hormonstörande kemikalier och minskad spermiekoncentration, oregelbunden ägglossning och ökad risk för missfall.

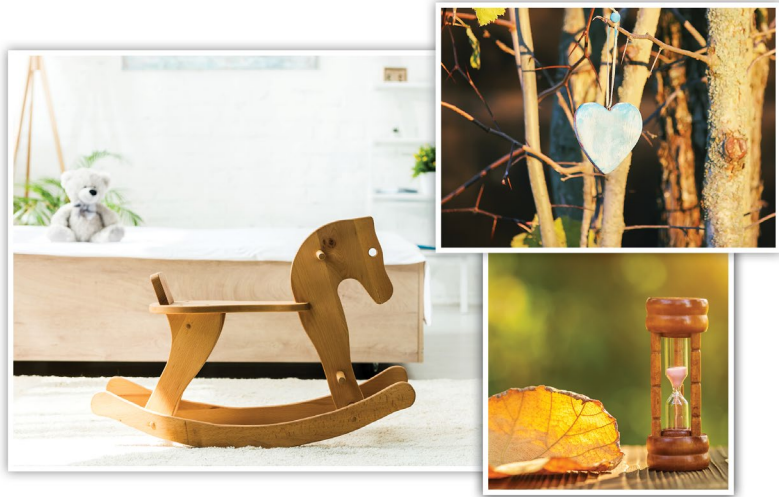
Arbetsmiljön kan också spela roll. Exponering för lösningsmedel, tungmetaller, värme, joniserande strålning eller långvarigt skiftarbete har i flera studier kopplats till nedsatt fertilitet. Arbeten som innebär långvarig stress, oregelbundna arbetstider eller tung fysisk belastning kan dessutom försvåra familjebildning och graviditetsplanering.

Det finns därför starka skäl att se reproduktiv hälsa som en del av det bredare miljö- och arbetsmiljöarbetet. I likhet med hjärt-kärl- och cancerprevention bör även fertilitetsskydd ingå i riskbedömningar, tillsyn och utbildning inom arbets- och miljömedicin.

7 De psykosociala och relationella aspekterna

Ofrivillig barnlöshet utgör för många en djup livs- och existentiell kris som påverkar flera dimensioner av livet och ofta kvarstår under lång tid. Forskning visar att de psykosociala konsekvenserna av ofrivillig barnlöshet omfattar en tydlig ökad risk för nedstämdhet, depression och ångest och sorg, och att upp till omkring 60 procent av personer i infertila parförhållanden upplever betydande psykisk belastning (Braverman m.fl. 2024; Collura m.fl. 2024). Denna belastning rymmer inte bara symtom på psykisk ohälsa utan också starka skamkänslor och upplevelser av att avvika från samhälleliga normer om föräldraskap. Stigmat kan vara särskilt tydligt i sammanhang där barn ses som en självklar del av vuxenlivet och där barnlöshet tolkas som ett personligt misslyckande eller bristande kvinnlighet respektive manlighet. Dessa psykosociala påfrestningar kan i sin tur bidra till social isolering, där individer och par undviker släktmiddagar, högtider eller andra situationer där graviditet och föräldraskap står i centrum. Denna påfrestning fångas i en intervjustudie, där en person beskriver processen så här:

Figur.6 Illustrerar den emotionellt svåra perioden under infertilitetsutredning och behandling.



“Det är emotionellt jobbigt eller vad man ska säga, stora känslor, ledsen och sorg och det blir en broms på lusten”

Studier visar också att relationer och sexualitet påverkas påtagligt (Lundin och Elmerstig 2015). För många par blir sexualiteten starkt kopplad till reproduktion, med kravfylld ”behandlingssex” styrd av ägglossning och kliniska tidsfönster snarare än lust och intimitet. Både kvinnor och män beskriver i studier hur spontaniteten går förlorad, hur sexlivet präglas av prestationspress och hur sexuella problem som smärta, erektionssvikt eller minskad lust kan uppstå eller förstärkas under behandlingsperioden. Oenighet om när vård ska sökas, hur länge behandling ska pågå och hur långt parterna är beredda att gå kan dessutom skapa konflikter och maktobalanser i relationen. I en studie beskrev en kvinna påfrestningar på sexlivet under ofrivillig barnlöshetsprocess på följande sätt:

“Vårt sexliv är en katastrof. Det känns inte alls spontant eller passionerat – bara krävt. Han känner en press att behöva ”leverera”, och jag känner mig inte som något annat än en behållare.”

De psykosociala och relationella belastningarna förstärks ofta av de medicinska behandlingarnas omfattning vid ofrivillig barnlöshet, och många beskriver tiden som en ständig pendling mellan hopp och förtvivlan. För många innebär det också att partnern får en mer osynlig roll i utredning och behandling, vilket ytterligare försvårar processen för paret som helhet. Upprepade hormonstimuleringar, ingrepp, hormonella biverkningar, väntetider och besked om misslyckade försök innebär en långvarig stressprocess som i sig påverkar psykisk-, sexuell hälsa och livskvalitet. Samtidigt kan små framsteg och tillfälliga positiva besked väcka nytt hopp, vilket gör känsloläget än mer skiftande. Många par som befinner sig i en ofrivillig barnlöshetsprocess beskriver att hela livet organiserar kring behandlingar och kontroller, med konsekvenser för arbete, ekonomi, socialt umgänge och vardagsrutiner. Denna ”totalisering” av barnlängtan gör att andra delar av livet hamnar i skuggan, samtidigt som par och individer kan känna sig ensamma med sina reaktioner, oavsett om de just då domineras av förnyat hopp eller djup förtvivlan.

En viktig konsekvens är att en betydande andel patienter avbryter infertilitetsbehandling innan graviditet har uppnåtts; studier rapporterar avhopp i storleksordningen 50–60 procent redan efter några få behandlingscykler, där stress, depression och känslomässig utmattning hör till de vanligaste orsakerna (Collura m.fl. 2024).



Psykosocialt och sexuellt hälsostöd i fertilitetsvården

Mot bakgrund av att ofrivillig barnlöshet påverkar känslomässig, social, sexuell och existentiell hälsa blir tillgången till psykosocialt och sexuellt hälsostöd en central kvalitetsfråga i fertilitetsvården. För att stärka detta behöver vården i högre grad inkludera partnern i utredning och behandling, så att paret gemensamt kan få information, stöd i att hantera belastningen och hjälp att bevara relation och sexualitet under hela processen. Studier visar att strukturerade samtalsinsatser, parterapi och stödgrupper kan minska ångest och depressiva symtom, underlätta sorgbearbetning och förbättra kommunikationen i relationen, vilket i sin tur kan öka följsamheten till behandling och förbättra upplevd livskvalitet.

Utöver fysiska mottagningsbesök utvecklas nu internetbaserade program som erbjuder psykoedukation, verktyg för stress- och känslohantering samt stöd för sexuell hälsa under fertilitetsbehandling. Sådana digitala insatser kan öka tillgängligheten, minska tröskeln för att söka hjälp och ge kontinuerligt stöd mellan klinikbesöken, vilket är särskilt viktigt för par och individer som annars riskerar att avbryta behandling på grund av psykisk belastning.

8 Infertilitet och långsiktig hälsa

Infertilitet betraktas traditionellt som ett reproduktivt problem, men allt fler studier visar att infertilitet också kan vara en tidig varningssignal om framtida sjukdom (Eisenberg m.fl. 2023; Priskorn m fl. 2025). Både kvinnlig och manlig infertilitet är i många fall kopplad till systemiska rubbningar som påverkar metabolism, kärllhälsa och hormonbalans. Detta innebär att fertilitet kan ses som en biomarkör för allmän hälsa, dvs. ett “fönster” till individens långsiktiga sjukdomsrisik.

I flera stora befolkningsstudier har infertilitet hos både män och kvinnor visat sig samvariera med ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, diabetes, vissa cancerformer och förkortad livslängd. Mekanismerna bakom sambanden är inte fullt klarlagda, men gemensamma biologiska vägar som inflammation, oxidativ stress, endokrin dysfunktion och genetisk predisposition antas spela roll.

Att identifiera infertilitet tidigt kan därför ge möjligheter till preventiva hälsoprogram långt utöver reproduktiv medicin. Fertilitetsutredning bör inte bara ses som en väg till graviditet, utan också som en möjlighet att upptäcka individer i riskzon för kroniska sjukdomar.

Fertilitet som biomarkör för allmän hälsa

Det växande forskningsunderlaget talar för att fertilitet kan användas som en tidig indikator på systemisk hälsa. En dansk kohortstudie som följde 78 284 män i upp till 50 år visade att nedsatt spermproduktion är associerad med ökad mortalitet och därmed kan fungera som en biomarkör för allmän hälsa (Priskorn m.fl. 2025). Studier visar också att manlig infertilitet ofta är kopplad till underliggande

endokrina, metabola och kardiovaskulära sjukdomar (Eisenberg m.fl. 2023).

Nedsatt spermaproduktion, oregelbunden menscykel eller oförklarad infertilitet kan vara tecken på underliggande endokrin, metabol eller inflammatorisk sjukdom.

Detta öppnar för ett nytt folkhälsoperspektiv: fertilitet kan fungera som en "vitalparameter" i befolkningshälsan, på liknande sätt som blodtryck eller BMI. En global nedgång i spermie kvalitet över de senaste decennierna understryker behovet av att behandla reproduktiv hälsa som en systemisk folkhälsofråga (Levine m.fl. 2017). Genom att inkludera basala hälsoundersökningar i infertilitetsvården går det att identifiera grupper i riskzon för framtida sjukdom och rikta preventiva insatser. Reproduktiv hälsa bör därför integreras i den bredare folkhälsostrategin, med samarbete mellan gynekologi, andrologi, endokrinologi, urologi, arbets- och miljömedicin och primärvård.

Behov av uppföljning och fortsatt forskning

Trots växande evidens är sambanden mellan fertilitet och långsiktig hälsa fortfarande ofullständigt kartlagda. De flesta studier har fokuserat på kvinnor, medan forskning om manlig infertilitet och senare hälsa fortfarande är begränsad. Det behövs fler populationsbaserade studier som följer både män och kvinnor med fertilitetsproblem över tid, med fokus på metabol, kardiovaskulär och psykisk hälsa.

Nationella register och biobanker som de inom ReproUnion Biobank and Infertility Cohort (RUBIC) (Priskorn m.fl. 2021), Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF), Socialstyrelsens hälsoregister och SCB:s befolkningsdata utgör värdefulla resurser för sådan forskning. Ett stärkt nordiskt samarbete skulle kunna ge underlag för riktlinjer som bättre kopplar reproduktiv hälsa till förebyggande vård.

Uppföljning av individer som genomgått fertilitetsbehandling bör också inkludera långsiktig hälsomonitorering, inte bara reproduktionsresultat. Detta är avgörande för att förstå sambanden mellan infertilitet, behandling och senare sjukdomsrisk.

9 Policyimplikationer och vägen framåt

Infertilitet som en integrerad del av folkhälso- och befolkningspolitiken

Ett centralt resultat i skriften är att infertilitet bör betraktas som en viktig faktor i den pågående diskussionen beträffande hur man från samhällets sida ska hantera de låga födelsetalen. Dessutom bör infertilitet betraktas, som en del av den samlade folkhälsopolitiken, snarare än som ett smalt specialområde inom reproduktionsmedicin. Den höga prevalensen av infertilitet, kopplingen till långsiktig sjuklighet och de omfattande psykosociala konsekvenserna gör infertilitet till en fråga som berör hela välfärdssystemet.

Att förebygga och tidigt identifiera fertilitetsproblem kan bidra till både förbättrad reproduktiv hälsa och minskad framtida sjukdomsburda. Reproduktiv hälsa bör därför integreras i bredare folkhälsostrategier, i likhet med hur hjärt-kärlsjukdom och cancerprevention hanteras i dag.

Från reaktiv behandling till stöd för informerade val

Dagens system är i hög grad reaktivt och inriktat på att behandla redan etablerad infertilitet, ofta sent i den reproduktiva livsperioden. Samtidigt visar studier att många vuxna upplever sin kunskap om fertilitet som otillräcklig och att de gärna hade fått mer information tidigare i livet, för att bättre kunna planera barnafödande i relation till sina egna livsmål och förutsättningar. Detta speglas också i klinisk verksamhet, där personer som söker vård för ofrivillig barnlöshet ofta beskriver att de först i kontakten med infertilitetsvården får mer fördjupad information om hur starkt ålder, livsstil och andra faktorer påverkar möjligheterna att få barn. Mot denna bakgrund

lyfter skriften behovet av att komplettera dagens vård med ett mer förebyggande perspektiv på fertilitet, där information om ålder, livsstil, miljö och reproduktiv biologi görs tillgängligt i god tid, utan att styra hur eller när individer "bör" få barn. Detta kan till exempel innebära:

- att fertilitetsmedvetenhet integreras i skolans undervisning som en del av bred sexual- och reproduktionsundervisning,
- att hälso- och sjukvården erbjuder systematisk lättillgänglig fertilitetsinformation inom primärvård, ungdomsmottagningar och mödrahälsovård,
- att tidig och jämlik tillgång till fertilitetsutredning erbjuds alla, oavsett kön, könsidentitet, relationsstatus eller sexuell läggning.

Syftet är inte att tala om för människor när de skall skaffa barn, utan att ge bättre underlag för egna, informerade beslut.

Ett mer jämställt och inkluderande vårdperspektiv.

Skriften visar att infertilitet i praktiken fortfarande hanteras som ett kvinnligt problem, trots att manliga faktorer helt eller delvis bidrar i upp till två tredjedelar av fallen i heterosexuella relationer. Avsaknaden av strukturerad utredning av män leder till onödiga medicinska ingrepp hos kvinnor och riskerar att försämra både graviditetsutfall och barnens hälsa.

Ett framtida vårdperspektiv bör:

- säkerställa att både kvinnor och män i heterosexuella relationer utreds parallellt,
- inkludera manlig reproduktiv hälsa i riktlinjer, forskning och prevention,
- utformas så att samkönade par och transpersoner får jämlik tillgång till utredning, behandling och stöd,
- i högre grad aktivt inkludera partnern i information, rådgivning och psykosocialt stöd genom hela behandlingsprocessen.

Jämlik tillgång till fertilitetsvård som rättighetsfråga

Regionala skillnader i tillgång till fertilitetsvård, åldersgränser, väntetider och ekonomiska villkor skapar i dag betydande ojämlikhet i möjligheten att få barn. Detta står i kontrast till principen om vård på lika villkor och till rätten att bilda familj som en grundläggande mänsklig rättighet.

En mer jämlik fertilitetsvård kräver:

- harmonisering av regionala regelverk,
- tydligare nationell styrning och uppföljning,
- erkännande av fertilitetsvård som en investering i både folkhälsa och demografisk hållbarhet.

Psykosocialt stöd som en integrerad del av fertilitetsvården

De psykosociala konsekvenserna av ofrivillig barnlöshet är omfattande och jämförbara med andra allvarliga kroniska sjukdomar, och drabbar både den person som genomgår behandling och partnern, som ofta hamnar mer i bakgrunden. Stress, ångest, depression och relationsproblem bidrar dessutom till att många avbryter behandling i förtid.

Tillgång till strukturerat psykosocialt och sexuellt hälsostöd, där partnern aktivt inkluderas, bör därför betraktas som en kvalitetsindikator i fertilitetsvården och integreras i såväl offentlig som privat verksamhet.

Samlad riktning framåt

Skriftens experter rekommenderar att en hållbar strategi för att möta Sveriges låga födelsetal måste inkludera den biologiska dimensionen av reproduktion. En politik som enbart fokuserar på ekonomiska incitament eller individuella val riskerar att förbise de biologiska och medicinska hinder som i praktiken begränsar människors möjlighet att få barn.

Vägen framåt kräver:

- en nationell strategi för reproduktiv hälsa,
- ett tydligt folkhälsoperspektiv på infertilitet,
- ett skifte från sen behandling till tidig prevention,
- ett jämställt, jämlikt och kunskapsbaserat vårdssystem,
- samt etablering av ett nationellt forskningscenter inom fertilitet.

Referenser

Bodin, M., Holmström, C., Plantin, L., Schmidt, L., Ziebe, S., & Elmerstig, E. (2021). Preconditions to parenthood: Changes over time and generations. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 13, 14–23. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8178081/>

Braverman, A. M., Davoudian, T., Levin, I. K., Bocage, A., & Wodoslawsky, S. (2024). Depression, anxiety, quality of life, and infertility: A global lens on the last decade of research. *Fertility and Sterility*, 121(3), 379–383. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.01.026>

Cannarella, R., Gül, M., Rambhatla, A., & Agarwal, A. (2023). Temporal decline of sperm concentration: Role of endocrine disruptors. *Endocrine*, 79, 1–16. <https://doi.org/10.1007/s12020-022-03277-0>

Cheng, X., Ma, J., Wang, W., Cai, X., Li, B., Chen, L., & Yao, B. (2025). Global, regional, and national burden and trend of infertility and its subtypes from 1990 to 2021, with projections to 2035. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 42, 3409–3428. <https://doi.org/10.1007/s10815-025-03592-5>

Collura, B., Hayward, B., Modrzejewski, K. A., Mottla, G. L., Richter, K. S., & Catherino, A. B. (2024). Identifying factors associated with discontinuation of infertility treatment prior to achieving pregnancy: Results of a nationwide survey. *Journal of Patient Experience*, 11, 23743735241229380. <https://doi.org/10.1177/23743735241229380>

Cox, C. M., Thoma, M. E., Tchangalova, N., Mburu, G., Bornstein, M. J., Johnson, C. L., & Kiarie, J. (2022). Infertility prevalence and the methods of estimation from 1990 to 2021: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Open*, 2022(4), hoac051. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac051>

Eisenberg, M. L., Esteves, S. C., Lamb, D. J., Hotaling, J. M., Givercman, A., Hwang, K., & Cheng, Y. S. (2023). Male infertility. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), 49. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00459-w>

Ekelin, M., Åkesson, C., Ångerud, M., & Kvist, L. J. (2012). Swedish high school students' knowledge and attitudes regarding fertility and family building. *Reproductive Health*, 9, 6. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-6>

García, D., Brazal, S., Rodríguez, A., Prat, A., & Vassena, R. (2018). Knowledge of age-related fertility decline in women: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 230, 109–118. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.09.030>

Hansson, Å., & Lundberg K. (2025). *Den tysta krisen - De sjunkande födelsetalens påverkan på Sveriges ekonomi och välfärd*, Skrift 1, Utredningen för en framtid med barn. <https://framtidmedbarn.se/wp-content/uploads/2025/12/Nr-1-Den-tysta-krisen.pdf>

Lakjuni, S., Schmidt, L., Ziebe, S., Sylvest, R., Vassard, D., & Malling, G. M. H. (2025). Parenthood intentions and fertility knowledge among Nordic women and men from 1970 to 2021 – A scoping review. *Reproductive BioMedicine Online*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2025.105342>

Levine, H., Jørgensen, N., Martino-Andrade, A., Mendiola, J., Weksler-Derri, D., Mindlis, I., Pinotti, R., & Swan, S. H. (2017). Temporal trends in sperm count: A systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, 23(6), 646–659. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx022>

Lindahl-Jacobsen, R., Beck, A. L., Priskorn, L., Holmboe, S. A., Fischer, M. B., Andersson, A. M., & Skakkebaek, N. E. (2025). Evidence that declining human fecundity contributes to the fertility crisis. *Fertility and Sterility*. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2025.10.017>

Lundin, U., & Elmerstig, E. (2015). "Desire? Who needs desire? Let's just do it!" – A qualitative study concerning sexuality and infertility at an internet support group. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(4), 433–447.

<https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1031100>

Martins, M. V., Koert, E., Sylvest, R., Maeda, E., Moura-Ramos, M., Hammarberg, K., & Harper, J. (2024). Fertility education: Recommendations for developing and implementing tools to improve fertility literacy. *Human Reproduction*, 39(2), 293–302.

<https://doi.org/10.1093/humrep/dead253>

Nielsen, H. S., Schmidt, L., Nyboe Andersen, A., Birch Petersen, K., Gyrd-Hansen, D., Jensen, T. K., Juul, A., & Knudsen, L. B. (2016). Forebyggelse af nedsat frugtbarhed (pp. 1–152). Vidensråd for Forebyggelse.

Nordic Statistics. (n.d.). Demography.

<https://www.nordicstatistics.org/areas/demography/>

Pedro, J., Brandão, T., Schmidt, L., Costa, M. E., & Martins, M. V. (2018). What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its associated factors. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 123(2), 71–81.

<https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1480186>

Priskorn, L., Tøttenborg, S. S., Almstrup, K., Andersson, A. M., Axelsson, J., Bräuner, E. V., Elenkov, A., Freiesleben, N. C., Giwercman, Y. L., Grøndahl, M. L., Hansen, A. H., Hansen, L. S., Henic, E., Kitlinski, M. L., Landersøe, S. K., Lindh, C., Løkkegaard, E. L., Malm, J., Olsen, K. W., Petersen, K. U., Schmidt, L., Stormlund, S., Svendsen, P. F., Vassard, D., Wang, N. F., Zedeler, A., Bhasin, S., Chavarro, J., Eisenberg, M. L., Hauser, R., Huhtaniemi, I., Krawetz,

S. A., Marko-Varga, G., Salonia, A., Toppari, J., Juul, A., Jørgensen, N., Nielsen, H. S., Pinborg, A., Rylander, L., & Giwercman, A. (2021). RUBIC (ReproUnion Biobank and Infertility Cohort): A binational clinical foundation to study risk factors, life course, and treatment of infertility and infertility-related morbidity. *Andrology*, 9(6), 1828–1842. <https://doi.org/10.1111/andr.13063>

Priskorn, L., Lindahl-Jacobsen, R., Jensen, T. K., Holmboe, S. A., Hansen, L. S., Kriegbaum, M., Lind, B. S., Siersma, V., Andersen, C. L., & Jørgensen, N. (2025). Semen quality and lifespan: A study of 78 284 men followed for up to 50 years. *Human Reproduction*, 40(4), 730–738. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaf023>

Q-IVF. (2025). Årsrapport 2025. Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning. <https://www.medscinet.com/qivf/arsrapporter.aspx>

ReproUnion. (n.d.). ReproUnion: A cross-border collaboration for reproductive health. <https://reprounion.eu/>

Sørensen, N. O., Marcussen, S., Backhausen, M. G., Juhl, M., Schmidt, L., Tydén, T., & Hegaard, H. K. (2016). Fertility awareness and attitudes towards parenthood among Danish university college students. *Reproductive Health*, 13(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0258-1>

World Health Organization. (2020). WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen (6th ed.). World Health Organization.

World Health Organization. (2023a, April 4). 1 in 6 people globally affected by infertility: WHO. <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>

World Health Organization. (2023b). Infertility prevalence estimates, 1990–2021. World Health Organization.

Ye, X., Song, X., Zhou, S., Chen, G., & Wang, L. (2025). Association between combined healthy lifestyles and infertility: A cross-

sectional study in US reproductive-aged women. BMC Public Health, 25, 153. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21013-4>

Framtid med barn www.framtidmedbarn.se

Socialdepartementet, 103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 s.framtidmedbarn@regeringskansliet.se

Skrift 2026:4, Framtid med barn.