

Barne- og familiedepartementet

Høringsinnspill fra Folkehelseinstituttet til fødselstallsutvalgets NOU

Fødselstallsutvalget har levert en grundig utredning om årsaker til, konsekvenser av og tiltak mot fallende fødselstall i Norge. Folkehelseinstituttet (FHI) har bidratt til utvalgets arbeid på flere måter. Forskning fra FHI er referert og vektlagt i utredningen. Forskere ved FHI har holdt presentasjoner for utvalget og hatt innspillsmøte med utvalgslederen. Utvalgets leder og et utvalgsmedlem har stillinger ved FHI.

FHI takker for muligheten til å komme med innspill til fødselstallsutvalgets NOU. Våre innspill kan sammenfattes i følgende hovedpunkter:

- Vi stiller spørsmål ved om behovet for tiltak for å øke fruktbarheten er tilstrekkelig begrunnet, både ut fra individuelle og samfunnsmessige hensyn
- Reprodutiv rettigheter og tilgang til sikker prevensjon bør veie tungt i familie- og helsepolitikken, og noe av nedgangen i fruktbarhet skyldes at disse har blitt styrket
- FHI støtter tiltak for å bedre pregravid og reprodutiv helse, inkludert tiltak som kan gjøre at flere velger å få barn i 20-årene, og ønsker videre innsats og utredninger
- Vi etterlyser flere tiltak rettet mot utenforskap og høy barnløshet i grupper preget av dette, og som inkluderer menn
- Vi deler utvalgets syn om behovet for mer kunnskap om årsaker til og konsekvenser av lav fruktbarhet.

Begrunnelse for behov for tiltak

Denne delen av høringsvaret baserer seg i stor grad på argumentasjon fra Kravdal (2025).

Flere steder i rapporten vises det til at det er et betydelig gap mellom det antall barn folk hevder at de ønsker seg, og det antallet de får. Dessverre er det høyst usikkert hvordan kvinner og menn som intervjues i en undersøkelse, oppfatter «ønsker» og hva de tar i betraktning når de svarer. Spesielt unge kan ha lite innsikt i hvor strevsomt det er å ha barn og kan ende med å nedjustere sine barneønsker i «møte med virkeligheten».

Det antydes i rapporten at det å få barn også kan ha andre konsekvenser som foreldrene kanskje ikke er tilstrekkelig klar over og tar i betraktning når de tar sine beslutninger. For

eksempel kan en del foreldre mene at det å ha barn har vært bedre for dem enn de opprinnelig forventet, og angre på at de ikke fikk flere barn. Noen studier peker svakt i denne retningen (Kravdal, 2025). Det kan også være helsemessig eller økonomisk gunstige – eller ugunstige – effekter av barn som foreldre selv ikke kjenner til eller kan uttale seg om i etterkant, men som kommer fram gjennom forskning. Ett eksempel er redusert eller økt risiko for visse typer kreft (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002) (ikke nevnt i rapporten).

I den grad en dårligere økonomisk situasjon ligger bak, kunne man kanskje tenke seg å bidra til lavere kostnader ved å ha barn, for eksempel gjennom enda mer sjenerøs barnetrygd eller økning i foreldrepengene. Samtidig har andre mennesker ønsker om annet enn barn som er like viktige for dem, og som de ikke har økonomi til å oppnå. Det kunne være rimelig å prioritere barnetallønskene hvis en høyere fruktbarhet (som gir en yngre og større befolkning) også var gunstig for landet økonomisk eller på andre måter, men det er ikke klart ut fra rapporten om dette anses å være tilfelle.

Er det negative samfunnskonsekvenser av lavt barnetall, og kan dette være begrunnelse for reformene?

Det nevnes i rapporten at lav fruktbarhet i årene framover i første omgang får noen *positive* økonomiske konsekvenser ved at det blir færre barn og unge å forsørge enn hvis fruktbarheten hadde vært høyere. Lav fruktbarhet fører også til et lavere totalt folketall enn vi ellers hadde hatt – noe som ifølge en rapport fra SSB kan være gunstig for statsfinansene (Bjertnæs mfl., 2019) – mens utvalget på den annen side spekulerer litt over om lavere folketall kan svekke mulighetene for innovasjon. Det som kan være en viktigere grunn til bekymring, er at vi med vedvarende lav fruktbarhet kan få en større total forsørgerbyrde (summen av barn, unge og eldre i forhold til den yrkesaktive aldersgruppen) om en del tiår enn vi ville hatt med høyere fruktbarhet. Dette vises i en figur i rapporten, og det refereres til litteratur om effekter av aldring på produktivitet og økonomisk vekst i BNP. Ut fra denne litteraturen kan det være rimelig å forvente negative konsekvenser av en større forsørgerbyrde på lang sikt – men som avhenger av hva vi gjør for å tilpasse oss situasjonen, for eksempel gjennom høyere pensjonsalder eller tiltak for å øke produktiviteten blant de eldre i arbeidsstyrken. Alt i alt kommer det ikke fram et klart bilde av hvorvidt lav fruktbarhet totalt får negative konsekvenser for samfunnet – økonomisk eller på andre måter.

Bør det gjøres forsøk på å senke alderen ved første fødsel?

Rapporten omhandler også behovet for tiltak for å senke alder ved første fødsel. Igjen begrunner utvalget tiltaket med et gap mellom «ønsker» (eller «idealer») og realiteter. Den faktiske førstefødselsalderen er klart høyere enn den ideelle førstefødselsalderen som respondenter oppgir (Bøckmann mfl., 2025). Når folk etter hvert gjør sine vurderinger, bygd på sin faktiske livssituasjon i øyeblikket, trekker de kanskje inn økonomiske argumenter, ønske om et stabilt parforhold, og å fullføre utdanning før de blir foreldre. Gapet mellom ønsket og realisert fødealder er dermed ikke nødvendigvis uheldig. En større demografisk

faglitteratur diskuterer årsakene til denne justeringen fra ønsker til intensjoner, foruten Kravdal (2025) se Beaujouan og Berghammer (2019) og Berrington og Pattaro (2014).

FHI støtter utvalgets bekymring om negative konsekvenser av at man får eller prøver å få sitt første barn i ganske høy alder. Problemene med sub- eller infekunditet og økt risiko for helseproblemer ved eventuell graviditet er i varierende grad kjent i befolkningen og dermed ikke alltid trukket inn i beslutninger rundt graviditet. I så fall kan informasjonskampanjer være på sin plass. For eksempel omtaler rapporten studier som viser svært dårlig kunnskap blant en del unge mennesker om hvordan fekunditeten faller med økende alder.

Hensynet til reproduktive rettigheter

Utredningen inneholder gode redegjørelser for utviklingen av norsk familiepolitikk, men fokuserer i mindre grad på utviklingen innen reproduktive rettigheter og -helse. Denne utelatelsen påvirker både utvalgets formulering av nye politikk mål og utredning av tiltak.

Reproduktive rettigheter var utelatt fra FNs menneskerettighetserklæring i 1946 og ble først definert gjennom Teheranerklæringen i 1968, som fastslo par og individer sin rett til å ta frie og ansvarlige valg om antall og avstand mellom barn (Tosone, 2024). Norge har vært en pådriver for disse rettighetene og bidro til at de ble forsterket gjennom Kairo-konsensusen i 1994, som anerkjente seksuelle og reproduktive rettigheter som del av menneskerettighetene og utvidet rettighetene til å omfatte retten til reproduktive helsetjenester. Den innebar også at stater gikk bort fra befolkningspolitikk med mål om spesifikke fødselstall og over til en rettighetsbasert politikk (McIntosh og Finkle, 1995).

Man kan tenke seg at målet om reproduktiv frihet som utvalget støtter, som går ut på å gi folk mulighet til å få de barna de ønsker, ikke står i motsetning til reproduktive rettigheter men heller representerer en videreføring av dem. Det vil være tilfellet dersom man vektlegger par og individers valg som et uttrykk for ønsker, gitt de begrensningene som de møter. Denne tilnærmingen til ønsker eller preferanser er vanlig i deler av forskningen, f.eks. gjennom samfunnsøkonomers begrep om avdekkede preferanser (Chambers og Echenique, 2016). Utvalget virker imidlertid å legge ideelle barneønsker til grunn. De kan til tider være i konflikt med par og individers reproduktive valg.

I kapittel 6 i utredningen lener utvalget seg på en studie av lettere tilgjengelig nødprevensjon i Europa som overraskende nok førte til flere fødsler pga. mindre bruk av annen prevensjon, og de refererer forfatternes tolkning om at disse svangerskapene ikke nødvendigvis var uønskede selv om de ikke var planlagte (Pfeifer og Stockburger, 2023). En annen tolkning av funnene er at svangerskapene faktisk var uønskede, men at kvinnene valgte å likevel bære fram barnet for å unngå belastningen ved å ta abort, eller at de skiftet mening etter å ha blitt gravide.

Hensynet til reproduktive rettigheter tilsier uansett at det er de valgte og dermed planlagte

svangerskapene som det bør legges til rette for. Ut fra dette perspektivet, er det ikke tvil om at sikrere prevensjonsmidler er et gode, da de styrker det frie og ansvarlige valget om å ha barn.

I utredningen legges det lite vekt på at noe av nedgangen i fruktbarhet må anses å være positiv. En del av nedgangen skyldes økt bruk av langtidsvirkende reversibel prevensjon (LARC) som er sikrere enn p-pillene som denne prevensjonsformen i stor grad erstattet. Det har styrket kvinners rett til å velge.

Utvalget skriver at de ikke ønsker å begrense tilgangen til prevensjon og abort, men tilgangen til *sikker* prevensjon nevnes ikke, og utvalget lanserer ingen tiltak for å styrke tilgangen. Innføringen av gratis LARC til tenåringer fant sted i perioden utvalget studerer, og det har kommet utvidelser fram til 22 års alder. Videre utvidelser av tilbudet om gratis LARC kunne ha ytterligere styrket kvinners frie og ansvarlige valg. Tiltak som å kraftig øke støtten til tenåringsforeldre er heller ikke utredet opp mot målet om å begrense graviditeter i en livsfase der graviditet ikke er ansett som gunstig, som påpekt i en særmerknad fra et komited medlem. Om det tiltaket innføres bør man utrede om tiltaket vil ha utilsiktede konsekvenser gjennom å reversere nedgangen i tenåringsgraviditeter som er observert i denne perioden.

Pregravid og reproduktiv helse

Utvalget har en rekke tiltak som tar sikte på å forbedre pregravid helse, forebygge infertilitet og utvide tilgangen til assistert befruktning. Dette er tiltak som i bredt støttes av FHI, med noen bemerkninger.

Et viktig tiltak for å bedre kvinners helse vil være å tilrettelegge bedre for kvinner som ønsker å få barn i 20-årene, der det biologisk sett er høyest sannsynlighet for å bli gravid og ha et sunt svangerskap (Habbema mfl., 2015). Et samfunn der kvinner av ulike samfunnsmessige og sosiale grunner velger å få barn senere vil føre til økt risiko for ufrivillig barnløshet, økt bruk av assistert befruktning med tilhørende risikoer, og økte komplikasjoner ved svangerskap, fødsel og i barseltid. I tillegg øker risikoen for senere sykdommer, som f.eks. brystkreft. Det er derfor god kvinnehelse at samfunnet legger til rette for at kvinner som ønsker seg barn i 20-årene kan få det. Det er noen konkrete forslag som direkte tilrettelegger for dette i rapporten, men også tiltak for å tilrettelegge for graviditeter i høyere alder (som økt tilgjengeliggjøring av assistert befruktning).

Utvalget har avdekket manglende kunnskaper blant unge om evnen til å få barn. Å bedre denne kunnskapen kan gjøre flere i stand til å ta valg om å få barn som er riktigere for den enkelte. Utvalget foreslår at dette skal gjøres gjennom informasjon senest mulig i videregående opplæring. Videregående opplæring er imidlertid et frivillig løp, og grupper som ikke fullfører videregående opplæring er også viktige målgrupper. Denne undervisningen bør derfor legges sent i grunnutdanningen. I tillegg kan andre arenaer for bevisstgjøring utforskes. Bruk av steroider er blant kjente årsaker til mannlig infertilitet (de Souza og Hallak, 2011).

Det kan dermed være hensiktsmessig med informasjon om dette til miljøer der bruk av steroider forekommer.

FHI støtter også forslaget om at forebygging av infertilitet skal inngå som en del av folkehelsearbeidet. I Folkehelse rapporten peker FHI på behovet for å styrke forebyggingen av uhelse, da forebygging er den mest kostnadseffektive strategien for å redusere sykdomsbyrden (Folkehelseinstituttet, 2026a). Dette gjelder også infertilitet. For at forebygging av infertilitet skal inngå i det systematiske folkehelsearbeidet, er det viktig å styrke kunnskapen om faktorer som påvirker infertilitet og å sikre gode mål på infertilitet som er sammenliknbare over tid.

For par som planlegger å bli gravide så kan råd om optimalisering av egen helse for begge kjønn inngå som en del av forebyggingen. Dette vil naturlig falle inn under fastlegeordningen og inkludere livsstilstiltak (for eksempel vektreduksjon for overvektige og hjelp til å slutte å røyke) og behandling av underliggende tilstander (for eksempel optimalisering av glukosenivåer hos personer med diabetes). Et annet tiltak som bedrer kvinners helse og fertilitet vil være økt diagnostikk og behandling av endometriose, adenomyose og polyendokrint metabolsk ovarialsyndrom (PMOS) (Direkvand-Moghadam mfl., 2013).

Et viktig og mer generelt tiltak for å forebygge infertilitet vil være å redusere forekomsten av kjønnssykdommer blant både kvinner og menn ettersom disse har innvirkning på fekunditet. Vi ser at det fortsatt er en betydelig forekomst av både klamydia og gonoré til tross for at kunnskapen og bruken av prevensjon er høy (Folkehelseinstituttet, 2026b). Forebygging av kjønnssykdommer bør inngå som en del av det foreslåtte utvidede folkehelsearbeidet.

Utvalget ønsker at det offentlige i økende grad skal dekke utgiftene til assistert befruktning, og at dagens prioritering (av barnløse par under 38 år) bør ses nærmere på. I dag er bruken av assistert befruktning svært skjevt fordelt i befolkningen, og høye egenandeler samt høye priser i det private bidrar trolig til dette (Goisis mfl., 2020). Om flere får dekket utgifter til assistert befruktning, kan det være i tråd med målet om at flere som ønsker å få barn skal få mulighet til det, og det kan øke fødselstallene. Det er allikevel en risiko for at kvinner tenker at høyere alder ved fødsler er «enkelt» å løse ved assistert befruktning og dermed utsetter graviditet til høyere alder. Utvalget er ikke konkrete på hvilke grupper som ønsker assistert befruktning som bør få dette dekket, og gjør ikke en kostnadsberegning av tiltaket. Det må dermed utredes videre og avveies mot andre utvidelser av helsetilbudet.

Styrking av fødsels- og barselomsorg kan potensielt gjøre at kvinner ønsker å få flere barn, og har også en betydelig egenverdi da det kan bedre mødres og barns helse. Her foreslår utvalget en styrket og bedre bruk av bemanningen i de perinatale tjenestene, og å i større grad kartlegge, følge opp og forebygge helseplager. Særlig ønsker de å sikre systematikk i arbeidet med psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel, og støtter seg her på Kvinnehelseutvalgets anbefalinger. For å sikre denne systematikken, kunne man også ha utredet screening av alle kvinner med verktøy som Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) etter fødsel, som blant annet er anbefalt i Storbritannia og USA. Flere studier har

funnet at screening øker sjansen for at tilstandene blir behandlet (se Kendall-Tackett (2024) for en gjennomgang) men det mangler studier av hvorvidt det øker sannsynligheten for å få flere barn. En slik screening kan i tillegg gi ekstremt verdifulle data om svangerskapsdepresjon i Norge, som kan brukes i systematisk folkehelsearbeid til å følge utvikling over tid, studere årsaker og sette inn målrettede tiltak.

Utenforskap

Å bidra med kunnskap som kan motvirke ungt utenforskap er en viktig prioritering for FHI, og vi deler utvalgets bekymring for stadig sterkere sammenhenger mellom utenforskap fra arbeid og utdanning, helseutfordringer og barnløshet (Bratsberg mfl., 2021; Jalovaara mfl., 2019). Det er verdt å merke seg at flere av de negative konsekvensene av lav fruktbarhet som drøftes av utvalget, er knyttet til konsekvenser av at flere forblir barnløse. Foreldreskap kan gi livsstilsendringer og bedre helse for enkelte. På lengre sikt kan en stor barnløs befolkning gi utfordringer med hensyn til omsorg og livskvalitet blant eldre. Høy barnløshet i grupper med færre ressurser kan også være et utslag av at det er særskilte barrierer mot reproduktiv frihet i disse gruppene. Det kan derfor argumenteres for at et mål om at flere skal kunne få minst ett barn, også i grupper som opplever annet utenforskap, burde få forrang foran andre tiltak som kan øke fruktbarheten.

Utvalget peker på at disse sammensatte problemstillingene delvis ligger utenfor utvalgets mandat. Innsats som bedrer unges psykiske helse, gjennomføringsgraden i videregående utdanning og kvalifisering til arbeidslivet nevnes. Disse viktige tiltakene bør følges opp, og vurderes også med henblikk på å redusere barnløsheten i enkeltgrupper.

Utvalget nevner at en del av tiltakene de foreslår, kan komme grupper med lav utdanning/inntekt til gode. Det gjelder tiltaket om en bedre overgang fra foreldrepermisjon til barnehage. De viser at kvinner i dag tar ut betydelig med ulønnet permisjon, som en del grupper ikke har råd til.

Det blir påpekt at økt barnetrygd til unge foreldre kan tilgodese lavt utdannede grupper spesielt, siden de er yngre når de blir foreldre. Dette siste tiltaket vil også gi økte incentiver til å få barn tidligere, for alle grupper. Selv om alder for førstefødsel har økt også blant de med lav utdanning, er denne alderen fortsatt relativt lav for dem (23 år for kvinner uten utdanning i 1973-kohorten etter våre beregninger, ikke oppgitt i rapporten), og behovet for tiltak for å redusere den ytterligere er dermed ikke åpenbart. Det kan tenkes at disse kunne fått flere barn med tilrettelegging for at personer med lav utdanning/inntekt også kan få barn i slutten av 20-årene og utover, som er aldersgrupper der disse har lav fruktbarhet i dag. Her har ikke utvalget noen opplagte, målrettede tiltak. Andre utvalg har eksempelvis foreslått økt barnetrygd som så skattlegges progressivt for å tilgodese lavinntektsgrupper.

For gode livsutfall kan det være viktigere å sikre at utsatte grupper ikke faller ut av utdanning og arbeid i ungdomstiden enn å tilrettelegge for ungt foreldreskap. Utvalget nevner at en nedkorting av antall år i grunnskole trolig vil føre til tidligere foreldreskap, noe som er godt belagt i forskningen både ut fra norske studier som utnytter aldersforskjeller for avslutning av grunnskolen (Beck mfl., 2024), og en tysk reform som kuttet ett skoleår (Alm mfl., 2025). For grupper som i dag har svake skolerresultater, vil det være viktig at en nedkorting av skoleår ikke går utover læring og fører til lavere fullføring. Særlig gutter og barn født sent på året kan få større utfordringer om de skal lære tilsvarende på kortere tid og i yngre alder (Beck, 2025). I forsøk med læretid for yngre ungdom har lærebedrifter pekt på utfordringer med om ungdommen er moden nok til jobbsituasjonen (Bjørnset og Høst, 2018).

Hensynet til menn

Det er minst to grunner til å rette oppmerksomhet mot menn når det gjelder lave fødselstall. For det første er det substansielle grunner. Det er flere menn enn kvinner som forblir barnløse, og sammenhengen mellom inntekt/utdanning og barnløshet/fruktbarhet er sterkere for menn enn for kvinner (Bratsberg mfl., 2021; Jalovaara mfl., 2019). Store sosiale forskjeller i menns fruktbarhet kan bety at mange menn med betydelig ønske om og potensiale som fedre ikke får barn. Menn som får barn har vesentlig lavere dødelighet (Kravdal mfl., 2012), begår mindre kriminalitet (Massenkoff og Rose, 2024) og har færre psykiske lidelser (Andersen mfl., 2024). Selv om det er usikkert hvor mye av disse sammenhengene som er kausale, har foreldreskap betydelig potensial som en formende prosess for menn.

Den andre grunnen er instrumentell. Utvalget påpeker at menns barneønsker ofte er noe lavere enn kvinners, og at de oftere oppgir økonomiske grunner til å ikke ønske seg (flere) barn (Cools og Strøm, 2020). Universelle tilskudd/skattefradrag, som også kommer menn til gode, vil dermed trolig kunne ha større effekt på fødselstallene enn ordninger som kun gis til kvinner.

I dag er det noen menn som ikke får noe utbetalt ved fødsel fordi de tjener under minstenivået for foreldrepenger. Det begrenser menns mulighet til å velge å få barn om de ønsker, og deres mulighet til å bruke tid med små barn, noe som har vist seg viktig for både kontakten mellom far og barn og for menns deltakelse i husarbeid. Det er ingen tiltak i utredningen som adresserer dette. Videre skriver utvalget at «En student under fulltidsutdanning som får barn, vil motta engangsstønad, barnetrygd, foreldrestipend og potensielt barnestipend». Det gjelder imidlertid bare en kvinnelig student. Bortsett fra alenefedre, mottar ikke menn engangsstønad. Barnetrygd er også forbeholdt mor med noen unntak. Menn som ikke er studenter har enda dårligere vilkår om de ikke oppfyller minstekravet til foreldrepenger, da de heller ikke mottar foreldrestipend og barnestipend. Dette kan være en faktor som bidrar til at sammenhengen mellom inntekt og barnløshet er sterkere for menn.

Både Likestillingsombudet og Mannsutvalget har kritisert ordninger der utbetaling til far avhenger av forhold ved mor, slik tilfellet er med fedrepermisjon. Mannsutvalget foreslo derfor å innføre individuelle rettigheter til foreldrepenger. Fødselstallsutvalget «mener at det er behov for å se nærmere på regelverket for foreldrepermisjon og foreldrepenger for å gjøre det enklere å forstå og praktisere for foreldre og arbeidsgivere og for å i større grad åpne for fleksibilitet tilpasset et moderne arbeids- og familieliv». De skjeve ordningene om aktivitetsplikt er eksempel på regler som er vanskelige å forstå og praktisere for foreldre og arbeidsgivere og som er lite fleksible. Grep som individuell opptjening av foreldrepenger og fjerning av aktivitetsplikten bør vurderes, i tråd med målene om reproduktiv frihet og likestilling, samt de andre målene som utvalget legger til grunn.

Det ligger et betydelig nybrottsarbeid i at utvalgets analyse av problemene ved lav fruktbarhet i 20-årene også omfatter menn. De har tatt hensyn til ny forskning som viser at fars alder har betydning for risikoen for genetiske mutasjoner og sjansen for vellykket fertilitetsbehandling, samtidig som de understreker behovet for mer forskning (Phillips mfl., 2019). En norsk studie viser også at alder for avslutning av grunnskolen faktisk har noe større betydning for alder ved første fødsel for menn enn for kvinner (Beck mfl., 2024). Hensynet til mannens livsfase kan dermed være en av barrierene for at par ikke får sin førstefødte tidligere, på samme måte som for kvinner. Hovedtiltaket som foreslås for at flere skal få barn tidligere, er en ekstra barnetrygd til familier der en av foreldrene er under 30 år.

Utvalget foreslår imidlertid ingen endring i reglene om hvem som skal motta barnetrygd, og man må dermed anta at den ekstra barnetrygden skal følge reglene for annen barnetrygd. Barnetrygd går til mor dersom foreldrene bor sammen, og utbetalingen kan kun deles med far/medmor dersom det er avtale om delt fast bosted (med minst 40% hver) eller etter rettskjennelse, og i de tilfellene deles den likt. I praksis betyr det at også i tilfellet der det er fars unge alder som utløser ekstrastøtten, skal støtten utbetales til mor. Jo yngre far er, jo lengre får mor utbetalt den ekstra støtten, og den totale overføringen blir større.

Prinsippet om individuelle trygdeordninger som blant annet Likestillingsombudet og Mannsutvalget har forfektet, tilsier heller at den ekstra trygden bør utbetales til forelderen som utløser støtten. Da vil man samtidig unngå at ordningen gir uheldige incentiver og bedre ivareta unge menns reproduktive rettigheter. Siden menn i gjennomsnitt er eldre enn kvinner ved første fødsel, ville støtten uansett tilfalle flere kvinner enn menn.

Behov for forskning

Utvalget foreslår flere grep for å styrke videre forskning om fødselstall. FHI har kompetanse og infrastruktur til å bidra med forskning om fruktbarhet, helse og helsetjenester som utvalget etterspør. Forskning om årsaker til og konsekvenser av fruktbarhet i Norge, krever gode befolkningsdata over lang tid. Registerne som Medisinsk fødselsregister og de andre helseregistrene som FHI forvalter, er sentrale for å frembringe ny og solid kunnskap.

Det forslås å løfte demografi som fagfelt og å etablere strukturer som systematisk kan bygge demografisk kompetanse. Det vises til at demografi i andre land har egne demografiske sentre, mens fagmiljøet er spredt i Norge. FHI har i dag landets største demografiske forskningsmiljø, og det har blitt betydelig styrket gjennom etableringen av Senter for fruktbarhet og helse. FHI er positiv til etablering av mer permanente og samlende strukturer for demografifaget i Norge. Dette kan legges som relativt autonome deler av universitetsmiljøer (som i Sverige), som egne institusjoner (som i Frankrike og Østerrike), eller under eksisterende forskningsinstitusjoner der FHI og SSB er de mest nærliggende vertsinstitusjonene. Ved FHI har demografifaget blitt betydelig styrket gjennom tverrfaglig virksomhet, særlig mot epidemiologi, og en videreføring av denne tverrfagligheten er ønskelig for å sikre god og relevant demografisk forskning.

FHI støtter at det satses på forskning på flere av problemstillingene som utvalget har skissert. Det gjelder forskning på barneønsker, kunnskap om samlivsmønstre, betydningen av boligkostnader og årsaker til sosioøkonomiske ulikheter i fruktbarhet. For å forstå dagens utfordringer i fertilitet er det behov for økt forskning på kartlegging av pregravid helse og årsaker til subfekunditet (inkludert fødealder, miljø- og livsstilsfaktorer og underliggende helsetilstander) og forskning på svangerskaps- fødsels- og barselomsorg. Også de langsiktige konsekvensene av lavere fødselstall bør forskes på med henblikk til hvordan færre barn og økende barnløshet påvirker helse, omsorg og livskvalitet.

Referanser

- Alm, H., Masi, O., & Stockburger, M. (2025). *Fast-Track to Family? Evidence from the G8 High School Reform in Germany*. Upublisert.
- Andersen, M., Sunde, H., Hart, R., & Torvik, F. (2024). Parenthood, mental disorders, and symptoms through adulthood: a total population study. Upublisert. *MedRxiv*, 2024.2010. 2029.24315908.
- Beaujouan, E., & Berghammer, C. (2019). The Gap Between Lifetime Fertility Intentions and Completed Fertility in Europe and the United States: A Cohort Approach. *Population Research and Policy Review*, 38(4), 507–535.
- Beck, K. C. (2025). The later the better? A novel approach to estimating the effect of school starting age on ADHD and academic skills. *European Sociological Review*, 41(5), 675–688.
- Beck, K. C., Hart, R. K., & Flatø, M. (2024). School Starting Age, Fertility, and Family Formation: Evidence From the School Entry Cutoff Using Exact Date of Birth. *Demography*, 61(6), 1999–2026.
- Berrington, A., & Pattaro, S. (2014). Educational differences in fertility desires, intentions and behaviour: A life course perspective. *Advances in Life Course Research*, 21, 10–27.
- Bjertnæs, G. H. M., Holmøy, E., & Strøm, B. (2019). *Langsiktige virkninger på offentlige finanser og verdiskapning av endringer i fruktbarhet*. Rapport, Statistisk sentralbyrå.
- Bjørnset, M., & Høst, H. (2018). *Evalueringsmodell i fag- og yrkesopplæringen*. Rapport, FAFO.

- Bratsberg, B., Kotsadam, A., & Walther, S. (2021). *Male Fertility: Facts, Distribution and Drivers of Inequality*. Upublisert, IZA Discussion Paper.
- Bøckmann, E., Cools, S., & Strøm, M. (2025). *Vil vi ha barn? Andre runde av spørreundersøkelsen om fertilitet, arbeidsliv og familiepolitikk*. Rapport, Institutt for samfunnsforskning.
- Chambers, C. P., & Echenique, F. (2016). *Revealed preference theory*. Cambridge University Press.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, 360(9328), 187–195.
- Cools, S., & Strøm, M. (2020). *Ønsker om barn – en spørreundersøkelse om fertilitet, arbeidsliv og familiepolitikk*. Rapport, Institutt for samfunnsforskning.
- de Souza, G. L., & Hallak, J. (2011). Anabolic steroids and male infertility: a comprehensive review. *BJU International*, 108(11), 1860–1865.
- Direkvand-Moghadam, A., Delpisheh, A., & Khosravi, A. (2013). Epidemiology of female infertility; a review of literature. *Biosci Biotechnol Res Asia*, 10(2), 559–567.
- Folkehelseinstituttet. (2026a). *Temautgave av Folkehelse rapporten: De viktigste folkehelseutfordringene*. Rapport, Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2026b). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Rapport, Folkehelseinstituttet.
- Goisis, A., Håberg, S. E., Hanevik, H. I., Magnus, M. C., & Kravdal, Ø. (2020). The demographics of assisted reproductive technology births in a Nordic country. *Human Reproduction*, 35(6), 1441–1450.
- Habbema, J. D. F., Eijkemans, M. J. C., Leridon, H., & te Velde, E. R. (2015). Realizing a desired family size: when should couples start? *Human Reproduction*, 30(9), 2215–2221.
- Jalovaara, M., Neyer, G., Andersson, G., Dahlberg, J., Dommermuth, L., Fallesen, P., & Lappegård, T. (2019). Education, gender, and cohort fertility in the Nordic countries. *European Journal of Population*, 35, 563–586.
- Kendall-Tackett, K. A. (2024). Screening for Perinatal Depression: Barriers, Guidelines, and Measurement Scales. *Journal of Clinical Medicine*, 13(21), 6511.
- Kravdal, Ø. (2025). Should we be concerned about low fertility? A discussion of six possible arguments. *Demographic Research*, 53, 373–418.
- Kravdal, Ø., Grundy, E., Lyngstad, T. H., & Wiik, K. A. (2012). Family Life History and Late Mid-Life Mortality in Norway. *Population and Development Review*, 38(2), 237–257.
- Massenkoff, M., & Rose, E. K. (2024). Family formation and crime. *American Economic Journal: Applied Economics*, 16(4), 444–483.
- McIntosh, C. A., & Finkle, J. L. (1995). The Cairo Conference on Population and Development: A New Paradigm? *Population and Development Review*, 21(2), 223–260.
- Pfeifer, G., & Stockburger, M. (2023). The morning after: Prescription-free access to emergency contraceptive pills. *Journal of Health Economics*, 91, 102775.
- Phillips, N., Taylor, L., & Bachmann, G. (2019). Maternal, infant and childhood risks associated with advanced paternal age: The need for comprehensive counseling for men. *Maturitas*, 125, 81–84.

Tosone, L. (2024). Planning growth and population. The debate on population and development at the UN and the origins of UNFPA. *Yearbook for the History of Global Development*.

A blue ink signature of Martin Flatø, written in a cursive style.

Martin Flatø
forsker, saksbehandler

A blue ink signature of Siri Håberg, written in a cursive style.

Siri Håberg
leder, Senter for fruktbarhet og helse