



Høringsinnspill fra Sanitetskvinnene om «NOU 2026: 2 Politikk for nye generasjoner»

Sanitetskvinnene er Norges største kvinneorganisasjon med 46 000 medlemmer og 550 lokalforeninger over hele landet. Vi eier og drifter et stort antall ideelle virksomheter i spennet fra store sykehus i spesialisthelsetjenesten til kommunale omsorgsboliger. Vi er også en stor nasjonal beredskapsorganisasjon med mer enn 6000 beredskapsfrivillige.

Som et premiss for *NOU 2026:2 – politikk for nye generasjoner* ligger det et ønske om å øke fødselstallene. Dette er synlig flere steder i utvalgets mandat. Sanitetskvinnene går i dette høringssvaret ikke inn i hvorvidt det er et riktig mål, eller virkemiddel å øke fødselstallene. Vi vil her fokusere på tiltak som tilrettelegger for at kvinner og familier kan få de barna de selv ønsker.

Norsk likestillingspolitikk har hatt stor betydning for å sikre kvinner bedre tilgang til arbeidsmarkedet og utjevne lønnsforskjeller mellom kjønnene. Den har også bidratt til at menn har overtatt noe mer av omsorgs- og husarbeid. Sanitetskvinnene mener at den samtidige fallende fødselsraten og økende alderen for førstegangsfødsel er et uttrykk for at samfunnet ikke samtidig har klart å ivareta mødres og småbarnsfamiliers behov og sikre kvinner likeverdige helsetjenester. Det er likevel behov for politiske løsninger som gjør det lettere å kombinere arbeidsliv med å sette barn til verden. Å få barn, er et valg som har stor påvirkning på livet og kroppen til den enkelte kvinne, og det må derfor alltid være et personlig valg som tas av kvinnen og familien. Samtidig er det viktig å anerkjenne at kvinner, gjennom å bære frem og oppdra barn gjør et arbeid som kommer hele samfunnet til gode. Dette omsorgsarbeidet har historisk blitt usynliggjort og ikke tilstrekkelig verdsatt.

Vi er positive til en rekke av utvalgets forslag, men hadde ønsket oss et tydeligere kjønnsperspektiv. Kvinner bærer den største børen i reproduktivt arbeid og er dermed mest utsatt når de politiske løsningene ikke er gode nok. I dag kommer det til uttrykk som helseutfordringer etter fødsel, høyt sykefravær hos mødre, dårligere lønnsutvikling og svakere tilknytning til arbeidslivet. Menn blir ikke påvirket på samme måte når de får barn. Dette er ikke godt nok reflektert i utvalgets tiltak.

Økonomiske støtteordninger og mer tid til småbarnsforeldre

En ny historisk utvikling som utvalget peker på, er at det nå er familier med svak økonomi som får færrest barn. Dataene tyder på at familier med svak økonomi i mindre grad får de barna de ønsker seg – det kan være et tegn på at de økonomiske ordningene ikke er gode nok, og at den økonomiske risikoen særlig kvinner opplever når de får barn oppleves som for stor.

I et kvinnehelseperspektiv er det uheldig at kvinner utsetter å få barn, da det øker risikoen for komplikasjoner og kan bidra til at svangerskap og fødsel er mer belastende på kroppen, i tillegg til at flere får behov for assistert befruktning – noe som i seg selv både er fysisk, psykisk og økonomisk belastende. Hvis kvinner og par ønsker seg barn tidlig, er det viktig at samfunnet har tilrettelagt slik at det er et enkelt valg å ta. Samtidig må det finnes gode ordninger for de som av ulike årsaker vil vente.



Økt økonomisk støtte til foreldre som studerer er et tiltak vi støtter, men vi vil også løfte behovet for å se på fleksibilitet i utdanningsløp. I dag risikerer kvinner som blir gravide under studieløpet, særlig i profesjonsutdanninger, å måtte gå et helt år om igjen om fødselen er dårlig timet med eksamener og praksisperioder.

Vi vil også peke på at dersom man ønsker at flere uplanlagt gravide skal velge å bære fram barnet er det nødvendig å sikre økonomisk trygghet for aleneforeldrene. Vi er kritiske til utfasingen av overgangsstonaden og ber om at man gjeninnfører eller utvikler andre gode støtteordninger for kvinner som trenger økonomisk bistand i en overgang for å kunne etablere seg som eneforsørgere.

Kvinner angir i undersøkelsen som ligger til grunn for utredningen at de mener tid en barriere for å få flere barn. Mange foreldre opplever at de har liten tid med barna. Vi er positive til alle utvidelser av foreldrepermisjonsordningene, og synes forslaget om 70 % kompensasjon over 7 uker er et godt forslag, men ber om at man ser på om lavlønnsgrupper bør få et tillegg slik at denne modellen er tilgjengelig også for dem med svak økonomi. Det er ofte de som står i lavtlønnsjobber som har størst behov for denne type ordninger, da de ofte har lite fleksibilitet i arbeidstiden og ikke kan jobbe hjemmefra.

Vi er svært positive til forslaget om utprøving av redusert arbeidstid for småbarnsforeldre i lavlønnsyrker med lite fleksibilitet.

Vi støtter forslaget om å innføre rullerende barnehageopptak. Dagens ordning med ett årlig barnehageopptak har mange negative følger som aller mest rammer kvinner. Den naturlige fødselstoppen i Norge har alltid vært våren, men er nå forskjøvet til sommeren etter at rett til barnehageplass med opptak i august ble innført. Det gjør at trykket på fødeavdelingen sammenfaller med ferieavviklingen på sykehusene. Behovet er størst når kapasitet er mest sårbar. I tillegg skaper det store problemer for familiene som føder andre deler av året. Når en familie må ta ulønnet permisjon i påvente av barnehageplass, er det veldig ofte moren som tar denne permisjonen. Noe som også vises i at nesten halvparten av mødre tar i dag ut ulønnet permisjon for å få det til å gå opp. Slik taper kvinner både pensjonsopptjening, lønn og ansenitet i arbeidslivet. Andre må starte opp barnehage tidligere enn de ønsker for å ikke miste plassen.

Vi er positive til at utvalget ber om bedre tilgang på praktisk bistand og avlastning, også for dem med svak økonomi. Sanitetskvinnene tror at frivilligheten har et stort potensiale. Våre kvinnehelsehus, og flere lokalforeninger, har en rekke tilbud som støtter mødre og familier. Dessverre er det en utfordring at dagens tilskudd til familiestøttende tiltak kun gis til kommunene. Vi ønsker at midler til familiestøttende tiltak også kan gis direkte til frivillige organisasjoner.

Pregravid helse og fertilitet

Vi er positive til at forebygging av infertilitet bør inngå i folkehelsearbeidet, men vektlegger at dette må være rettet mot begge kjønn. I dag opplever kvinner som planlegger å få barn eller er gravide å få veldig mange helseråd, mens det snakkes lite om at menns levevaner også påvirker fertilitet og sædkvalitet. Det meste av informasjonen om fertilitet rettes i dag mot kvinner. Vi anbefaler at Helse Norge også inkluderer helseråd til menn som prøver å få barn.



Menns fallende sædkvalitet er en hyppig årsak til infertilitet. Også deres pregravide helse påvirker sjansen for å bli gravid og sjansen for spontanabort øker når far røyker ved unnfangelse. Nedgang i bruk av kondom har også ført til en oppgang av kjønnssykdommer, som er en hyppig årsak hos infertilitet hos kvinner. Menn har et ansvar her som bør løftes.

En mangel ved utredningen mener vi er lite fokus på bedre behandling av gynekologiske sykdommer. En veldig stor andel av kvinnene som strever med å bli gravide har sykdommer som endometriose, adenomyose, PCOS/PMOS, POI eller langvarige bekkeninfeksjoner. Dette er sykdommer som det i dag tar alt for lang tid å diagnostisere, og mange kvinner får sviktende behandling fordi helsepersonell mangler kunnskap og helsetilbudet er for dårlig. Gynekologi og kvinnehelse har vært lavt prioritert. Mangel på forskning gjør at behandlingstilbudet ikke utvikler seg. Lav finansiering av feltet har skapt en mangel på gynekologer som igjen gir alt for lange ventetider. Vi viser til kvinnehelseutvalgets NOU fra 2023 og gjentar kravet om at kvinnehelsefeltet styrkes og løftes. Tidlig diagnostisering og bedre behandling av gynekologiske sykdommer kan forebygge infertilitet hos en stor andel.

Mer kunnskap om fertilitet

Å informere om at kvinners evne til å bli gravid faller med alderen blir tidvis oppfattet som kontroversielt. Vi erfarer like fullt at mange kvinner er dårlig informert om hvor stor betydning alder har, og mange tror de er like fruktbare så lenge de har regelmessig menstruasjon. Vi tror riktig kunnskap gjør mennesker bedre i stand til å ta gode valg, og støtter forslaget om å øke unges kunnskap om evnen til å få barn. (23.1.1)

Assistert befruktning

Det er grunn til å tro at den bratte veksten i private klinikkers aktivitet på infertilitet er et uttrykk for at den offentlige helsetjenesten ikke er god nok. Vi støtter at det gjøres en ny vurdering av prioriteringene, og vi vil også peke på at ventetidene er langt utover hva som er akseptabelt for kvinner som står i en situasjon der tid er en helt avgjørende faktor. I prioriteringsveileder om kvinnesykdommer har Helsedirektoratet satt 26 uker som ventetid for oppstart av behandling. Ventetiden er i seg selv så lang at det svekker sjansen for at behandlingen skal lykkes.

Sanitetskvinnene mener også at ordningen med at det offentlige dekker IVF-behandling, bør utvides til å gjelde alle som ønsker slik behandling, ikke bare gifte eller samboende.

Manglende fokus på menns rolle i fertilitetsutfordringer gjør at viktige faktorer i fertilitetsbehandling overses, og at kvinner får en uforholdsmessig stor del av belastningen. Vi mener det trengs mer forskning på svekket sædkvalitet og menns bidrag til risiko for spontanaborter. Nedsatt sædkvalitet står for en tredjedel av ufrivillig barnløshet hos par. Men da det ikke er utviklet noen behandling for menn, er det kvinnen som ender med belastningen når par strever med å bli gravide.

Svangerskap-, fødsel og barselomsorg

Dagens fødsel- og barselstilbud er svekket av effektivitetskrav og en finansieringsmodell som belønner medisinske intervensjoner, fremmer sentralisering og skaper



rekrutteringsutfordringer. Det kommer fram i utredningen at mange kvinner og menn oppgir belastningen for kvinner i forbindelse med graviditet og fødsel, som en viktig grunn for ikke å få flere barn og at negative fødselsopplevelser kan føre til psykisk uhelse og vanskeliggjøre overgangen til foreldreskapet, og at det reduserer sannsynligheten for å få et barn til. Positive fødselsopplevelser kan bidra til å fremme kvinners helse og livskvalitet og bidra til en god overgang til foreldreskapet.

Vi opplever at det er stor politisk oppslutning om å bedre og prioritere bedre fødsels- og barselomsorg, men at lite skjer i praksis. Vi er glade for at utvalget peker på denne sammenhengen og håper det blir fulgt opp med politiske tiltak. Det er vanskelig å se at det vil være mulig å styrke fødsels- og barselomsorgen innenfor de rådene finansieringsmodellene i sykehusene som i dag fremmer medikalisering og tidlig utskriving fra barsel. Sanitetskvinnene mener det må etableres en finansieringsmodell for fødselsomsorgen som fremmer forebyggende jordmorarbeid, lavintervensjonsfødsel og sikker fullfinansiering av jordmors tilstedeværelse i fødsel. Dette bør løses ved å gå vekk fra innsatsstyrt finansiering i fødsel- og barselomsorgen, alternativt ved å oppjustere DRG-satser for fødsel og sikre egen DRG-koder for ammeveiledning, lange fødselsforløp og økt omsorgsbehov

Permisjonsordninger og tilpassing i arbeidslivet

At kvinners lønnsutvikling stagnerer og til og med faller når de får barn, høyt sykefravær hos mødre og høy grad av deltidsarbeid er et uttrykk for at det fortsatt er for krevende kombinere reproduktivt arbeid og ansvar for barn med arbeid. Vi ser at lovpålagte ordninger som ammefri og tilrettelegging for gravide ikke fungerer i praksis. Vi ber om følgende konkrete tiltak:

- Ammefri skal være en reell rettighet for de som trenger det, både gjennom godt veiledningsmateriell rundt ordningen og at det vurderes en kompensasjonsordning for arbeidsgiver.
- I dag bruker gravide opp sykefraværsrettigheter når de er gravide når arbeidsgiver ikke klarer å tilrettelegge. Vi ber om at man utvider svangerskapspengeordningen slik at den også kan benyttes for å verne om den gravides helse, også i forebyggende hensikt, ikke bare barnets som i dag.
- Utvide retten til pleiepenger, slik at alle som har stor pårørendebelastning kan få pleiepenger, samt sikre at pleiepenger blir pensjonsgivende.

Vennlig hilsen

Kari Helene Partapuoli
Generalsekretær