

Den store forskjellen

Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse



Norges offentlige utredninger 2023

Seriens redaksjon:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Teknisk redaksjon

- | | |
|--|---|
| 1. Kvalitetsvurdering og kvalitetsutvikling
<i>Kunnskapsdepartementet</i> | 4. Tid for handling
<i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> |
| 2. Fremtidens apotek – fleksibelt og forsvarlig
<i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> | 5. Den store forskjellen
<i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> |
| 3. Mer av alt – raskere
<i>Olje- og energidepartementet</i> | |

Den store forskjellen

Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 5. mars 2021

Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 2. mars 2023

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1541-1

DepMedia

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Utvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 5. mars 2021 for å utarbeide en oppdatert oversikt over kvinners helse i Norge. Utvalget ble bedt om å se på utfordringer blant kvinner når det gjelder risiko og forekomst av sykdom, og bruk av helse- og omsorgstjenester. Utvalget ble også bedt om å undersøke hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektivet blir håndtert i arbeidet med folkehelse, i helse- og omsorgstjenestene og i forskning og utdanning. Utvalget gir med dette sin utredning.

Oslo 2. mars 2023

Christine Meyer
Leder

Nikita Amber Abbas	Tone Kristin Amundsen	Harald Eia
Hans Petter Fundingsrud	Cato Rolland Innerdal	Leif Edward Ottesen Kennair
Tina Shagufta Munir Kornmo	Maja-Lisa Løchen	Per Vidar Nielsen
Ståle Onsgård Sagabråten	Hanne Charlotte Schjelderup	Ingvar Skjerve
Elisabeth T. Swärd	Heidi Tiller	Oscar Tranvåg
Anita Vatland	Maria Abrahamsen	

Maria Egeland Thorsnes
Sekretariatsleder

Marie Hulthin

Anne Høyer

Helene Rød

Steinar Riksaasen

Nora Mork Østbø

Innhold

Del I	Innledning	11	2.5.2	En biomedisinsk tilnærming	29
1	Diagnose og tiltak	13	2.5.3	En biopsykososial tilnærming	29
1.1	Vi har oversett den store forskjellen	13	2.5.4	Kvinnehelse i et livsfaseperspektiv	30
1.1.1	Kvinner helse har lav status	13	2.5.5	Et kjønnsperspektiv på helse	30
1.1.2	Mangelfull samordning har konsekvenser for kvinners helse	14	2.5.6	Biologisk kjønn (sex)	30
1.1.3	Kunnskapsbroen svikter – kunnskapen når ikke fram	15	2.5.7	Sosialt kjønn (gender)	31
1.1.4	Kvinner stemmer får for lite gjennomslag	16	2.5.8	Biologisk og sosialt kjønn i samspill	31
1.2	Hva betyr utfordringsbildet for kvinners helse i Norge?	16	2.5.9	Kjønnsmangfold og kjønnsinkongruens	31
1.3	Hva må gjøres?	17	2.6	Utvalgets tilnærming til helse	32
1.3.1	En kvinnehelsemilliard	17	2.7	Utredningens videre oppbygning	33
1.3.2	Øke statusen for kvinners helse	17	2.7.1	Del 1 Innledning	33
1.3.3	Sikre samordning som fungerer	18	2.7.2	Del 2 Kjønn og helse	33
1.3.4	Styrke kunnskapsbroen	18	2.7.3	Del 3 Kvinners helse i livsfaser	33
1.3.5	Lytte til kvinners stemmer	18	2.7.4	Del 4 Kjønn, helse og teknologi ...	33
1.3.6	Et løft for kvinners helse i et livsfaseperspektiv	18	2.7.5	Del 5 Utvalgets anbefalinger	34
1.3.7	Samiske kvinners helse og samisk helse i kjønns- perspektiv	19	3	Hva har skjedd siden 1999?	35
1.3.8	Pårørendeomsorg og kvinnehelse	20	3.1	Hovedfunn i NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge	35
2	Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid	21	3.2	Oppfølgingen av anbefalinger fra 1999	35
2.1	Utvalgets oppnevning	21	3.3	Beslutningsprosesser	36
2.2	Utvalgets mandat	21	3.3.1	Fagråd	36
2.2.1	Opprinnelig mandat	21	3.3.2	Brukerperspektiv	37
2.2.2	Utsettelse av frist	23	3.4	Kunnskapsutvikling og formidling	37
2.2.3	Endret mandat og sammen- setning av utvalg	23	3.4.1	Forskning på kvinners helse	38
2.3	Arbeidsform og møte- virksomhet	24	3.4.2	Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning	38
2.3.1	Utvalgsmøter	24	3.4.3	Helseregistre	39
2.3.2	Innledere på utvalgsmøtene	24	3.4.4	Utdanning og professorater	39
2.3.3	Møter og dialog	25	3.4.5	Hva vet vi i dag?	40
2.3.4	Innspill	26	3.5	Helsepraksis – behandling og forebygging	40
2.3.5	Arrangementer	27	3.5.1	Kompetansetjenester	40
2.3.6	Eksterne oppdrag	28	3.5.2	Screeningprogrammer	41
2.4	Utvalgets forståelse og avgrensing av mandat	28	3.5.3	Muskel- og skjelettlidelser	42
2.5	Utvalgets utgangspunkt	29	3.5.4	Bioteknologi	42
2.5.1	Et mål om likeverdig og god helse	29	3.6	Vold og overgrep	43
			3.6.1	Kvinnevoldsutvalget	43
			3.6.2	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress	43
			3.6.3	Kunnskap og kompetanse om vold i helse- og omsorgs- tjenesten	44
			3.6.4	Samarbeid og koordinering	44
			3.7	Utvalgets vurdering	44

Del II	Kjønn og helse	47	5.3.5	Bruk av velferdsytelser	66
			5.3.6	Sykefravær	67
4	Kjønn – den store forskjellen	49	5.3.7	Kvinnehelsens betydning i arbeidslivet – hva vet vi, og hva vet vi ikke?	70
4.1	Innledning	49	5.4	«Det tredje skiftet»	72
4.2	Hvorfor kjønn har betydning for helse	49	5.5	Vold og overgrep	73
4.3	Biologiske kjønnsforskjeller påvirker sykdom	50	5.5.1	Forekomst av vold	73
4.3.1	Nevrodegenerative sykdommer	50	5.5.2	Helsekonsekvenser av vold	74
4.3.2	Muskel- og skjelettlidelser	51	5.6	Helseatferd	75
4.3.3	Hjerte- og karsykdommer	51	5.6.1	Kosthold	75
4.3.4	Autoimmune sykdommer	52	5.6.2	Vekt	75
4.3.5	Psykiske lidelser	53	5.6.3	Fysisk aktivitet	77
4.4	Kjønn, helse og status	53	5.6.4	«Skjønnhetstyranniet»	79
4.4.1	Økonomiske insentiver og ressurser	53	5.6.5	Dagligrøyking, snusbruk og alkoholbruk	81
4.4.2	Forskning og fagutvikling	54	5.6.6	Rusbruk og rusmiddellidelser	82
4.4.3	Kvinnelidelser langt nede i helsehierarkiet	54	5.7	Utvalgets vurdering	83
4.5	Samordning av tjenester	55	5.7.1	Kvinnehelse og arbeidsliv	83
4.5.1	Svak nasjonal samordning	57	5.7.2	Kjønns spesifikk tilnærming i rusbehandling	84
4.5.2	Mangelfull samordning mellom tjenester og tjenestenivåer	57	6	Minoriteter: Ulike liv – ulike helsevilkår	85
4.5.3	Samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet	58	6.1	Innledning	85
4.6	Sviktende kunnskapsbro	58	6.2	Minoritetsstress og diskriminering	85
4.6.1	Nasjonale faglige retningslinjer	58	6.2.1	Diskriminering i Norge	86
4.6.2	Liten grad av faglig forankring	59	6.3	Helsekompetanse	86
4.6.3	Folkeopplysning om kjønn og helse mangler	59	6.4	Etniske minoriteter	87
4.7	Kvinner stemmer får for lite gjennomslag	59	6.4.1	Kvinner med innvandrerbakgrunn	87
4.7.1	Kvinner møte med helse-tjenesten som pasient og som pårørende	60	6.4.2	Papirløse kvinner	90
4.7.2	Likeverdige tjenester for alle kvinner	60	6.4.3	Nasjonale minoriteter	91
4.8	Utvalgets vurdering	60	6.5	Kvinner som soner i fengsel	92
4.8.1	Øke status for kvinners helse	61	6.6	Kvinner med nedsatt funksjonsevne	93
4.8.2	Sikre samordning som fungerer	62	6.7	Skeive kvinner	94
4.8.3	Styrke kunnskapsbroen	62	6.8	Kvinner som selger seksuelle tjenester	96
4.8.4	Kvinner stemmer	62	6.9	Utvalgets vurdering	97
5	Kvinneliv og kvinnehelse	63	6.9.1	Helsekompetanse	97
5.1	Innledning	63	6.9.2	Komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid	98
5.2	Levealder	63	6.9.3	Kvinner som soner i fengsel	98
5.3	Utdanning, arbeid og inntekt	64	7	Håndtering av kjønnsforskjeller i helse	99
5.3.1	Utdanning	64	7.1	Innledning	99
5.3.2	Arbeid	64	7.2	Rettslige rammer	99
5.3.3	Inntekt	66	7.2.1	Folkerettslige forpliktelser	100
5.3.4	Betydningen av arbeid, utdanning og inntekt for helse	66	7.2.2	EØS-retten	101
			7.3	Kjønn i norsk helse- og omsorgspolitikken	101

7.3.1	Kjønn i offentlig utredning på helseområdet	101	9.4.3	Spiseforstyrrelser	124
7.3.2	Kjønn i retningslinjer og veiledere på helseområdet	102	9.4.4	Tilbud til unge med psykiske plager og lidelser	125
7.3.3	Handlingsplaner, strategier og meldinger	102	9.5	Menstruasjon	126
7.4	Styring av underliggende etater og tilknyttede virksomheter	103	9.5.1	PMS og PMDD	127
7.4.1	Underliggende etater	103	9.6	Endometriose og adenomyose	127
7.5	Kort om kjønn i folkehelsearbeidet	105	9.6.1	Kvinner med endometriose i møte med helsetjenesten	128
7.6	Helsefaglig forskning	106	9.7	Vulvasmerter	128
7.6.1	Hvorfor kjønnssensitiv forskning har betydning	106	9.8	Seksuell helse	129
7.6.2	Hva er kjønnsperspektiv i forskning?	106	9.8.1	Prevensjon	129
7.6.3	I hvilken grad benyttes kjønnsperspektiv i norsk helseforskning?	106	9.8.2	Seksuelt overførbare infeksjoner	131
7.6.4	Forskningsrådet	108	9.8.3	Seksuelle dysfunksjoner	131
7.6.5	Kjønnsbalanse i forskningen	108	9.8.4	Seksualundervisning	133
7.6.6	De regionale helseforetakene	108	9.8.5	Pornografi	133
7.6.7	Allmennmedisinsk forskningsfond og allmennmedisinske forskningsenheter	109	9.9	Kjærestevold, seksuell trakassering og seksuelle overgrep	133
7.6.8	Tidsskriftene	109	9.10	Chronic fatigue syndrome/ myalgisk encefalomyelitt (CFS/ME)	134
7.6.9	Hvordan kan vi sikre kjønnsperspektiv i forskning?	110	9.10.1	To tilnærminger til forståelse av CFS/ME	135
7.7	Utdanning	110	9.10.2	Pasientens møte med helsetjenesten	136
7.8	Utalgets vurdering	111	9.10.3	Kunnskapshull	136
7.8.1	Kjønn i norsk helse- og omsorgspolitikke	111	9.11	Utalgets vurdering	137
7.8.2	Helsefaglig forskning	111	9.11.1	Psykisk helse	137
7.8.3	Utdanning	112	9.11.2	Endometriose, adenomyose og vulvasmerter	138
Del III	Kvinner helse i livsfaser	113	9.11.3	Seksuell helse	138
8	Barndom	115	9.11.4	Kjærestevold, seksuell trakassering og seksuelle overgrep	139
8.1	Innledning	115	9.11.5	CFS/ME	139
8.2	Barns helse	115	10	Kvinner i etableringsfasen	140
8.3	Barns bruk av helsetjenester	116	10.1	Innledning	140
8.4	Ulikhet i barndommen	116	10.2	Kvinner helse i etableringsfasen	140
8.5	Barndommens betydning for helse gjennom livet	116	10.3	Kvinner bruk av helsetjenester i etableringsfasen	141
8.6	Utalgets vurdering	117	10.4	Familieforhold og helse	142
9	Ungdom og unge kvinner	119	10.5	Helse i svangerskap, fødsel og barseltid	142
9.1	Innledning	119	10.5.1	Endringer i fødepopulasjonen og konsekvenser for helsetjenestene	143
9.2	Jenter og unge kvinners helse	119	10.6	Helse før og etter fødsel	144
9.3	Jenter og unge kvinners bruk av helsetjenester	120	10.6.1	Fødselsskader og dysfunksjoner i bekkenet	144
9.4	Psykisk helse	121	10.6.2	Psykisk helse i svangerskap og barsel	145
9.4.1	Angst og depresjon	122	10.6.3	Særlig sårbare gravide	145
9.4.2	Selvskading og selvmord	123			

10.7	Dagens svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg	146	11.2.1	Helseutfordringer midt i livet	158
10.7.1	Svangerskapsomsorgen	146	11.2.2	«Caught in the middle»	159
10.7.2	Kvalitet i fødselsomsorgen	147	11.3	Kvinnerns bruk av helsetjenester midt i livet	159
10.7.3	Betydningen av nok jordmødre og fødselsleger	147	11.4	Muskel- og skjelettlidelser	159
10.7.4	Følgetjeneste til fødende med lang reisevei	148	11.4.1	Langvarig smerte	161
10.7.5	Et godt tjenestetilbud i hele landet	148	11.4.2	Medisinsk uforklarte plager og symptomer	161
10.8	Utfordringer med finansiering av fødselsomsorgen	148	11.5	Beinskjørhet og brudd	162
10.8.1	Fødselsomsorgen som akuttberedskap	149	11.5.1	Hva er beinskjørhet?	163
10.8.2	Kompleksitet i føde- populasjonen og behov for forebygging	150	11.5.2	Behandling av beinskjørhet	163
10.8.3	Helhetlige tjenesteforløp	150	11.6	Overgangsalderen	164
10.9	Utfordringer i barselomsorgen	150	11.6.1	Arbeid og overgangsalder	164
10.9.1	Kortere liggetid på føde- institusjon og geografisk variasjon	150	11.6.2	Behandling av plager i overgangsalderen	166
10.9.2	Behov for bedre oppfølging i barselomsorgen	152	11.6.3	Trygg og riktig bruk av hormonbehandling	167
10.9.3	Amming	152	11.6.4	Hormonbehandling på blå resept eller individuell refusjon	168
10.10	Ufrivillig barnløshet og behandling med assistert befruktning	153	11.7	Utvalgets vurderinger	169
10.11	Svangerskapsavbrudd	153	11.7.1	Muskel- og skjelettlidelser	169
10.11.1	Provosert abort	153	11.7.2	Beinskjørhet og brudd	169
10.11.2	Spontanabort	154	11.7.3	Overgangsalder	169
10.12	Utvalgets vurdering	155	12	Eldre kvinner	171
10.12.1	Det er behov for å styrke svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen	155	12.1	Innledning	171
10.12.2	Finansieringsmodellen for fødselsomsorgen treffer ikke godt nok	155	12.2	Eldre kvinners helse	171
10.12.3	Behov for et styrket lavterskeltilbud	156	12.2.1	De «yngre eldre» kvinnene	171
10.12.4	Styrket innsats for å nå særlig sårbare kvinner	156	12.2.2	De eldste kvinnene	172
10.12.5	Behov for å styrke og koordinere arbeidet med psykisk helse blant gravide og kvinner	157	12.2.3	Seksualitet og aldring	173
10.12.6	Behov for bedre oppfølging etter provosert og spontan abort	157	12.3	Eldre kvinners bruk av helsetjenester	173
10.12.7	Verdien av fedre og medmødre	157	12.3.1	Fastlegen	173
11	Kvinner midt i livet	158	12.3.2	Sykehusopphold	174
11.1	Innledning	158	12.3.3	Psykisk helsevern	174
11.2	Kvinnerns helse midt i livet	158	12.4	Eldre kvinners bruk av omsorgstjenester	174
			12.4.1	Hvem mottar tjenestene?	174
			12.4.2	Fra institusjon til omsorg hjemme	175
			12.5	Demens	175
			12.5.1	Forebygging av demens	177
			12.6	Geriatrici	177
			12.7	Multimorbiditet og legemidler	178
			12.8	Verdighet ved livets slutt	179
			12.9	Utvalgets vurdering	179
			12.9.1	Kunnskap om eldre kvinner	179
			12.9.2	Multimorbiditet og legemidler	180
			12.9.3	Geriatrici	180
			12.9.4	Vold mot eldre kvinner	180
			12.9.5	Riktig bolig – riktig kosthold	181
			12.9.6	Verdighetsbevarende omsorg ved livets slutt	181

13	Samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv	182	14.7	Kjønns betydning for pårørendes møte med tjenestene	197
13.1	Innledning	182	14.8	Utvalgets vurdering	198
13.1.1	Hvorfor et eget kapittel om samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv?	182	14.9	Utvalgets anbefalte tiltak	199
13.2	Om samiske samfunn	182	Del IV	Kjønn, helse og teknologi	201
13.2.1	Et likeverdig helsetilbud – betydningen av språk- og kulturkompetanse	183	15	Kvinnens helse og sosiale medier	203
13.2.2	Rettslige rammer	184	15.1	Innledning	203
13.3	Kunnskap om samiske kvinners helse	184	15.1.1	Bruk av sosiale medier	203
13.3.1	Bruk av helse- og omsorgstjenester	184	15.1.2	Sosiale medier og helse	203
13.3.2	Fysisk helse	185	15.2	Sosiale medier og psykisk helse	204
13.3.3	Psykisk helse	186	15.2.1	Sammenhengen mellom sosiale medier og psykisk helse	204
13.3.4	Selvmordsatferd i den samiske befolkningen	186	15.2.2	Arena for støtte og mestring	205
13.4	Diskriminering	186	15.3	Trygg helseinformasjon på sosiale medier	205
13.4.1	Opplevd diskriminering blant samisk ungdom	187	15.3.1	Ernærings- og kostholdsråd rettet mot kvinner	205
13.5	Om vold og overgrep i samiske samfunn	187	15.3.2	Informasjonstilgang for de mest sårbare – selvmord og sosiale medier	206
13.5.1	Helsekonsekvenser av vold	188	15.4	Deling av seksualisert innhold i sosiale medier	206
13.6	Utvalgets vurdering	189	15.5	Utvalgets vurdering	206
13.7	Utvalgets anbefalte tiltak	190	16	Digital kvinnehelse	208
14	Pårørendeomsorg og kvinnehelse	192	16.1	Innledning	208
14.1	Innledning	192	16.2	Kjønn i politiske styringsdokumenter	208
14.1.1	Hvorfor et eget kapittel om pårørende?	192	16.3	Digital samordning og datadeling	209
14.2	Hvem er pårørende, og hva er pårørendeomsorg?	192	16.3.1	Kjønn i helsedata og helseregister	209
14.2.1	Pårørendeomsorg i omsorgspolitikken – historisk utvikling	192	16.4	Vekst i det digitale tjenestetilbudet	211
14.2.2	Pårørendeomsorg i et livsløp	193	16.4.1	Bruk av digitale helsetjenester og digital helsekompetanse	211
14.3	Demografisk utvikling og økt behov for pårørende	194	16.4.2	Offentlig vs. private tilbud rettet mot kvinner	211
14.4	Kjønnsforskjeller i pårørendeomsorg	194	16.5	Velferdsteknologi	212
14.4.1	Kjønnsforskjeller i tidsbruk og oppgaver	194	16.5.1	Kjønnsdelte tilbud om hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne	212
14.4.2	Mangfold i pårørendeomsorg	195	16.5.2	Velferdsteknologi i kvinne- dominerte helse- og omsorgstjenester	212
14.5	Pårørendeomsorg, kjønn og arbeidsliv	195	16.5.3	Kjønnede forventninger til brukere og aktive pårørende	212
14.5.1	Lønn, deltid og familieøkonomi	195	16.6	Ny kvinnehelseteknologi	213
14.5.2	Sykmelding og stønadsordninger	196	16.7	Utvalgets vurdering	213
14.6	Pårørendeomsorg og helse	197			

16.7.1	Styrket digital samordning	214	Del V	Utvalgets anbefalinger	221
16.7.2	Bedre utnyttelse av helsedata	214			
16.7.3	Digital formidling av kunnskap om kvinners helse	214	18	Utvalgets anbefalinger og tiltak	223
16.7.4	Samarbeid om digitale tjenester og bruk av ny kvinnehelseteknologi	215	18.1	Vi må anerkjenne den store forskjellen	223
17	Framtidige utfordringer og muligheter for kjønn, teknologi og helse	216	18.2	En kvinnehelsemilliard	223
17.1	Innledning	216	18.3	Øke status for kvinners helse	224
17.1.1	Mot en mer skreddersydd behandling	216	18.4	Sikre samordning som fungerer ...	227
17.1.2	Kunstig intelligens som driver for presisjonsmedisin	217	18.5	Styrke kunnskapsbroen	229
17.2	Hva kan ny teknologi innebære for kvinners helse og for kjønns betydning for helse?	217	18.6	Lytte til kvinners stemmer	231
17.2.1	Mer effektiv screening for brystkreft?	217	18.7	Et løft for kvinners helse i et livsfaseperspektiv	232
17.2.2	Mer treffsikker forebygging av demens?	217	19	Økonomiske og administrative konsekvenser	241
17.2.3	Forutse svangerskaps- forgiftning?	218	19.1	Innledning	241
17.2.4	Forutsi risiko for hjerteinfarkt hos kvinner?	218	19.2	Utvalgets anbefalinger – anslatte kostnader	241
17.3	Utfordringer ved teknologi i framtidens helse	218	19.2.1	Øke status for kvinners helse	241
17.3.1	Risiko for diskriminering	218	19.2.2	Sikre samordning som fungerer ...	243
17.3.2	Presisjonsmedisin – et tveegget sverd for kjønnsperspektiv i helse?	219	19.2.3	Styrke kunnskapsbroen	243
17.4	Utvalgets vurdering	219	19.2.4	Lytte til kvinners stemmer	244
			19.2.5	Et løft for kvinners helse i et livsfaseperspektiv	245
			19.2.6	Samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv	248
			19.2.7	Pårørendeomsorg og kvinnehelse	249
			19.3	Samlet oversikt over kostnadsanslag	250
			Litteraturliste	253	

Digitale vedlegg

1. Kvinners liv og helse siste 20 år (Statistisk sentralbyrå)
2. Helse og kjønn i et likestillingsperspektiv (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet)
3. Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner (Folkehelseinstituttet)
4. Kjønnstratifiserte analyser i norske behandlingsstudier: en systematisk kartleggingsoversikt (Folkehelseinstituttet)
5. Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester på utvalgte områder (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering)
6. English summary: The Big Difference – On Women's Health in Norway and Why Sex and Gender
7. Diagnose og tiltak/Diagnosa ja doaimabijut
8. Samisk kvinnehelse: Sámi nissonolbmuid dearvvašvuohta/Sáme nissunij varresvuohta/Saemien nysenæjjaj healsoe

Del I
Innledning



Figur 1.1

Kapittel 1

Diagnose og tiltak

1.1 Vi har oversett den store forskjellen

Kjønn har betydning for helse. Kvinner og menn har ulik biologi, de lever ulike liv, og de rammes ulikt av sykdom. Dette perspektivet må ligge til grunn for å sikre gode helsetjenester for alle, uavhengig av kjønn.

I dag finnes ikke en forvaltningsstruktur som ivaretar hensynet til kjønn og kjønnsforskjeller i helse. Fraværet av et systematisk arbeid er påfallende, og står i kontrast til den politiske ambisjonen om å løfte kvinnehelsefeltet. I dag preges feltet av symbolpolitikk og enkelttiltak som tåkelegger behovet for nødvendige systemendringer.

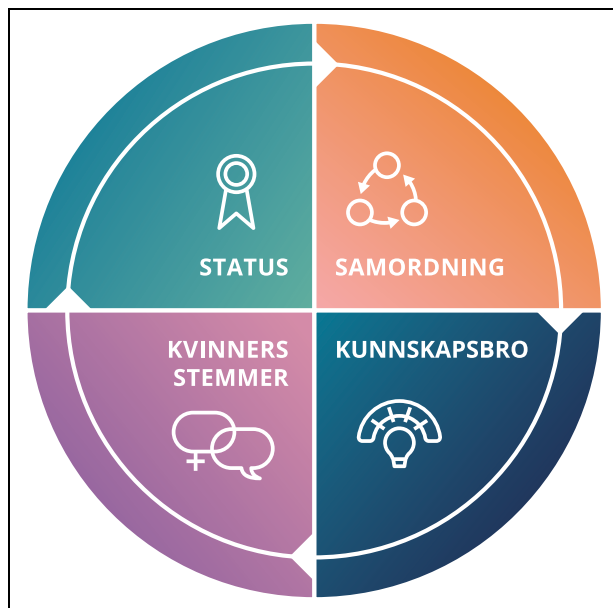
Stadig mer forskning tilsier at muligheten til god helse og likeverdige helsetjenester forutsetter at man anerkjenner betydningen av kjønn for helse. Likevel holdes det fremdeles fast på en kjønnsnøytral utforming av helse- og omsorgspolitikken i Norge. Betydningen av kjønn vektlegges verken i folkehelsearbeidet, i helse- og omsorgstjenesten, eller i helsefaglig forskning og utdanning.

Dette får uheldige konsekvenser for politiske prioriteringer, utvikling og formidling av ny kunnskap, for hvordan kvinner blir møtt i helse- og omsorgstjenesten og hvilken behandling de får. Dette bekreftes av kvinner som har stått fram med egne historier om mangelfull oppfølging i tjenestene.

Når vi overser *den store forskjellen*, lykkes vi ikke med å sikre helse- og omsorgstjenester av god kvalitet for alle.

Utvalget peker på fire områder der manglende anerkjennelse av kjønns betydning for helse er særlig framtrædende. De fire områdene danner et sammensatt utfordringsbilde som utvalget har brukt som grunnlag for sine vurderinger og anbefalinger:

- Kvinners helse har lav *status*.
- Mangelfull *samordning* gir dårligere helsetjenester.
- En sviktende *kunnskapsbro* er et hinder for at kunnskap når fram til tjenestene.
- *Kvinnens stemmer* får for lite gjennomslag.



Figur 1.2 Utfordringsbildet

1.1.1 Kvinners helse har lav status

Til tross for at kvinnehelse er satt på dagsorden og har fått økt oppmerksomhet de siste årene, er det utvalgets klare oppfatning at kvinners helse og typiske kvinnesykdommer har lav status. Bevissthet om typiske kvinnesykdommer kan i stor grad tilskrives at kvinner selv har stått fram offentlig med personlige sykdomshistorier og fortalt om et utilstrekkelig tilbud fra den offentlige helse-tjenesten.

Forskning viser at noen sykdommer har lavere status blant helsepersonell enn andre (1–6). Sykdommer som rammer kvinner i særlig grad ligger langt nede i statushierarkiet (2). For eksempel rangeres muskel- og skjelettsykdommen fibromyalgi, som rammer kvinner i langt større grad enn menn, lavest på prestisjestigen. Angst og depresjon, som også rammer flere kvinner enn menn (7), rangerer også langt ned. Lav status er etter utvalgets vurdering tett forbundet med stigmatisering. Utvalget mener det har vært, og til

dels fremdeles er, en ikke-ubetydelig stigmatisering knyttet til sykdommer og helsetilstander som i særlig grad rammer kvinner. Studier peker for eksempel på at kvinner opplever stigma og skamfølelse knyttet til overgangsalder (8).

Selv om prioriteringer i helsetjenesten gjøres ut fra et gitt regelverk, mener utvalget det er grunn til å være bevisst hvordan statusvurderinger kan få betydning for prioriteringer i en helsesektor som preges av knapphet på ressurser. Utvalget mener det er påfallende at det ikke er et tilstrekkelig godt tilbud til kvinner som rammes av relativt vanlige plager og lidelser. Et eksempel er vulvodyn, som er smerter og ubehag i kvinners ytre kjønnsorgan. Til tross for at kroniske vulvasmerter rammer kvinner i alle aldre og kan gi betydelige helseplager, finnes det et svært begrenset behandlingstilbud til denne gruppen. Utvalget er også bekymret over de mange eksemplene på at fødetilbudet prioriteres ned i kampen om ressurser i helsetjenesten.

Utvalget mener statusvurderinger gjenspeiles i hvordan helse- og omsorgstjenestene er finansiert. Finansieringsordninger i både kommune- og spesialisthelsetjenesten gir i liten grad økonomisk uttelling for å prioritere kvinnehelse. For eksempel er dagens finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten lite egnet for fødselsomsorgen. Mangel på økonomiske incentiver for å prioritere kvinnehelse ser man også i kommunehelsetjenesten, for eksempel i hvilke takster som finnes for helsepersonell. Det finnes i dag ingen takster for oppfølgingssamtale i forbindelse med spontan eller provosert abort. Det finnes heller ingen takst for å ta i bruk samtaleverktøy i møte med pasienter med sammensatte lidelser, som rammer mange kvinner.

Kvinnehelsens lave status gjør seg også synlig i prioriteringer innen kunnskapsutvikling og forskning. Utvalget ser tendensen til et etterslep i kunnskapsproduksjonen når det gjelder kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Det gjør at vi vet lite om relativt vanlige kvinnelidelser som for eksempel bekkenleddsyndrom (9). Kjønn er heller ikke et tema i flertallet av norske behandlingsstudier (10).

At en sykdom har lav status, kan påvirke møtet mellom den enkelte kvinne og helse- og omsorgstjenesten. Det kan også gjøre det vanskeligere å kreve pasientrettigheter. Utvalget mener det er grunn til å spørre om sykdommers status i helse- og omsorgstjenesten påvirker hvor lang tid det tar å stille en diagnose. Manglende bevissthet rundt en sykdom og dens kjennetegn vil kunne medføre at pasienter må gjennom mange unødvendige konsultasjoner, uten at det settes i gang behand-

ling. For eksempel kan det ta opptil fem år å få stilt diagnosen endometriose (11). Det å ikke bli hørt i møte med helsetjenesten og ikke få behandlingen en trenger, kan være en stor psykisk påkjenning i seg selv. At en betydelig andel kvinner fremdeles må kjempe for å få den helsehjelpen de har behov for, står etter utvalgets vurdering i skarp kontrast til regjeringens uttalte mål om å prioritere kvinnehelse.

1.1.2 Mangelfull samordning har konsekvenser for kvinners helse

I dag er det ingen fagorganer som har særskilt og overordnet ansvar for arbeidet med kvinners helse og kjønns betydning for helse. Verken på departements- eller direktoratsnivå sikres det ressurser eller faglig samordning i arbeidet. Utvalget mener den manglende administrative forankringen fører til at kjønnsperspektivet ikke inkluderes systematisk i føringer og rammer for regjeringens helse- og omsorgspolitik. Manglende kunnskap om kjønn i kombinasjon med andre konkurrerende hensyn i helse- og omsorgssektoren, bidrar til at man overser viktige kjønnsforskjeller som har betydning for sykdomsrisiko, sykdomsforløp og behandlingsutfall.

Også på tjenestenivå er det betydelige utfordringer med samordning som får konsekvenser for kvinners helse. Dette er uheldig fordi flere lidelser som særlig rammer kvinner, ofte er sammensatte, og krever tverrfaglig samarbeid og samordning mellom ulike tjenesteleverandører. Et eksempel er kvinner med medisinsk uforklarte lidelser (MUPS), der anerkjente diagnoser ikke kan forklare symptomene fullt ut (12). Denne pasientgruppen har høyt forbruk av helse-tjenester, høy grad av sykefravær og kan stå i fare for feil utredning og behandling (13). Et godt tilbud til denne gruppen forutsetter at tjenestene evner og har kapasitet til å møte og behandle pasienter med lidelser som går på tvers av fag-områder og spesialiteter. Dette krever gode rutiner for samarbeid både innad i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og mellom de to tjenestenivåene.

I dag hindres samordning av organisatoriske barrierer mellom tjenestenivåene. For eksempel har det vært testet ut samarbeidsmodeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten med en psykolog som er lokalisert på fastlegekontoret. Til tross for gode erfaringer både blant pasientene, fastlegene og psykologene, hindrer dagens finansieringsordninger at slike løsninger for samhandling kan fungere i praksis (14).

Samordningsutfordringer kommer også til syne i barselomsorgen, der samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene fortsatt er mangelfullt. For eksempel er det stor uberettiget geografisk variasjon i bruk av tjenester fra spesialisthelsetjenesten i barseltiden samt betydelig variasjon i antallet hjemmebesøk fra kommunal jordmor. Utvalget merker seg videre at det er samordningsutfordringer som bidrar til at kommunene ikke klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

Utvalget ser også at det er utfordringer knyttet til å sikre gode tjenester over tid. I dag står fastlegeordningen i Norge under betydelig press. Kontinuitet i relasjonen mellom behandler og pasient er positivt for helse. Det reduserer behovet for bruk av legevakt og sykehusinnleggelser og gir lavere dødelighet (15).

1.1.3 Kunnskapsbroen svikter – kunnskapen når ikke fram

I dag vet vi mer enn for 20 år siden om kvinnetypiske lidelser, og om kjønnsforskjeller i helse. Både internasjonalt og nasjonalt har det kommet ny kunnskap om hvordan risikofaktorer for sykdom, sykdomsforløp og respons på legemidler arter seg ulikt hos kvinner og menn. Likevel finner utvalget at oppdatert kunnskap om kjønnspektiv i helse ikke i tilstrekkelig grad ligger til grunn for utforming av helse- og omsorgspolitik, i leveransene av helsetjenester og i informasjon til befolkningen som helhet. Dette vitner etter utvalgets vurdering om en «kunnskapsbro» som svikter i alle ledd. Utvalget vil understreke at manglende kunnskap om kvinnetypiske lidelser og om kjønnsforskjeller i helse er langt mer enn et interessepolitisk spørsmål. Dette handler om grunnleggende pasientsikkerhet, og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Helsepolitisk er det en målsetting å legge til rette for kunnskapsbasert praksis. Til tross for at forskning på kjønns betydning for sykdomsrisiko, symptomer og forløp får stadig mer oppmerksomhet, tyder mye på at denne kunnskapen ikke omsettes til kunnskapsbasert praksis. På sentralt helsemyndighetsnivå fremstår kunnskapsarbeidet knyttet til kjønn og helse som fragmentert. Utvalget finner at betydningen av kjønn ikke innlemmes systematisk i faglige retningslinjer og veiledere – verktøy som skal bidra til at tjenestene har god kvalitet og motvirke uønsket variasjon. For flere sykdommer som i hovedsak rammer kvinner, finnes det ikke retningslinjer overhodet. Det gjelder blant annet lipødem, en kro-

nisk tilstand som nesten utelukkende rammer kvinner.

Helseutdanningene er en sentral arena både for å sikre og for å heve kompetanse om kjønns betydning for helse. Særlig profesjonsutdanningene gir rammene for kompetansen om kjønn og helse i helse- og omsorgstjenesten. I dag innlemmes ikke kjønnspektiver og kvinnehelse systematisk i helseprofesjonsutdanningene. Utvalget erfarer videre at kjønn i liten grad er hensyntatt i undervisning og rammeplaner. Dette vitner om en kunnskapsbro som også svikter ut til utdanningsinstitusjonene. Utvalget mener det er alarmerende at de nasjonale retningslinjene for de ulike helse- og sosialfagene knapt nevner at studentene skal ha kunnskap om kjønns betydning for helse og sykdom.

Det er også mye som tyder på at ny kunnskap ikke tas i bruk i tjenestene. Et eksempel er kunnskap om sammenhengen mellom svangerskapsforgiftning (preeklampi) og dobbelt risiko for senere utvikling av hjerte- og karsykdom. Svangerskapet kan dermed avdekke viktige risikofaktorer for fremtidig sykdom som må følges opp systematisk i etterkant, men denne risikoen er ikke godt nok kjent, verken blant fastleger eller legespesialister. Selv om *Veileder i fødselshjelp* fra Norsk gynekologisk forening har forslag til oppfølging hos fastlege etter svangerskapskomplikasjoner, er det ingen systematikk rundt dette i oppfølgingen av kvinner som har gjennomgått svangerskapsforgiftning (16).

Dersom praksis ikke er basert på oppdatert kunnskap, kan det føre til et svekket helsetilbud eller i verste fall feilbehandling med negative helsekonsekvenser. Det hjelper ikke å utvikle forskningsbasert kunnskap hvis denne ikke implementeres og omgjøres til kunnskapsbasert praksis.

Kunnskap om kjønn og helse mangler i dag også i viktige opplysningskanaler og kampanjer rettet mot befolkningen. Manglende kunnskap kan blant annet føre til at man ikke oppfatter kroppslige symptomer på alvorlige helsetilstander. For eksempel kan symptomene ved hjerneslag hos kvinner og menn være forskjellige. Dette dreier seg om at selv om symptomene er relativt like hos majoriteten av pasienter med hjerneslag, kan kvinner vise andre og mindre kjente tegn på tilstanden. Kvinner har ofte andre symptomer enn menn, som generell sykdomsfølelse, angst, hodepine og forvirring (17). Manglende kunnskap om dette blant helsepersonell i og utenfor sykehus, og i befolkningen generelt, kan føre til at kvinner kommer senere til behandling, og at nerveceller går tapt (17).

Utvalget vil framheve viktigheten av at kunnskap også må nå ut til allmennheten, og til kvinner selv. Befolkningens helsekompetanse er viktig for folkehelsearbeid, for god forebygging og kan være avgjørende i akutte situasjoner.

1.1.4 Kvinners stemmer får for lite gjennomslag

Kvinnens stemmer har ikke fått gjennomslag i utformingen av helsepolitikk og helsepraksis gjennom årene. Sundby-utvalget pekte i NOU 1999: 13 *Kvinnens helse i Norge* på at brukerperspektivet er særlig viktig for kvinner, fordi kunnskapen om kvinners helse er mangelfull og dårligere integrert i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget mener at denne påstanden dessverre er like relevant i dag. Kvinnelige pasienter, brukere og pårørende, samt pasient- og brukerorganisasjoner innen kvinnehelse blir sjelden tatt med i tidlige faser ved utarbeiding av beslutningsgrunnlag. Dette er problematisk fordi premissene for beslutningene ofte legges i en tidlig fase. Det er heller ikke noen systematikk i å sikre kvinners brukermedvirkning i arbeidet med evaluering i helse- og omsorgstjenesten.

Utvalget vil også trekke fram kvinners stemmer i møte mellom den enkelte pasient og helse- og omsorgstjenesten. Flere av innspillene utvalget har mottatt, vitner om at mange kvinner opplever at deres helseplager blir bagatellisert, og at deres stemmer ikke blir lyttet til.

Utvalget ser med stor bekymring på at noen kvinner opplever særlige utfordringer i møte med helse- og omsorgstjenesten. Språkbarrierer, lav helsekompetanse, fordommer og stereotype forestillinger kan stå i veien for reell brukermedvirkning for kvinner med urfolk- og minoritetsbakgrunn. Utvalget mener det her er grunn til å være særlig bekymret over at en betydelig andel innvandrerkvinner ikke forstår informasjonen som blir gitt eller får dekket behovet for tolk i svangerskaps- og fødselsomsorgen (18, 19). Deres tjenester ikke ivaretar pasientens rett til å forstå informasjonen som blir gitt, vil brukermedvirkning i praksis være umulig. Det går også på bekostning av kvaliteten i tjenestene og pasientsikkerhet.

Kvinner møter også helse- og omsorgstjenestene som pårørende. Utvalget har i sitt arbeid fått et stort antall innspill som belyser hvordan mange pårørende opplever å ikke bli sett, hørt eller anerkjent i møte med helse- og omsorgstjenesten. Dette samsvarer med funnene i Nasjonal pårørendeundersøkelse. Denne viser at en del

pårørende opplever at deres kjennskap til bruker eller pasient i liten grad anerkjennes, og at det er lite rom for brukermedvirkning. Mange pårørende etterlyser også mer tilgjengelig informasjon og veiledning fra helsepersonell, og et behov for å møte og snakke med andre mennesker i samme situasjon (20, 21). For mange kvinner blir pårørendeomsorgen de yter for sine nære en så stor belastning at de selv får omsorgsbehov. Mange opplever at å være pårørende er uforenelig med det å delta i arbeidslivet. Utvalget mener dette står i skarp kontrast til behovet for at flere står i arbeid lenger samt behovet for økt arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer.

1.2 Hva betyr utfordringsbildet for kvinners helse i Norge?

Utvalget har pekt på fire områder der manglende anerkjennelse av kjønns betydning for helse er særlig framtrædende. Disse områdene påvirker og forsterker hverandre gjensidig. Utvalget har lagt dette samlede utfordringsbildet til grunn for sine vurderinger og anbefalte tiltak.

De fleste kvinner i Norge har god helse. Likevel merker utvalget seg negative trekk ved kvinners helseutvikling de siste 20 årene. Utvalget legger til grunn at vi må forstå disse utviklingstrekkene i lys av kvinnehelsens lave status, den mangelfulle samordningen av helse- og omsorgstjenestene, at viktig kunnskap ikke når fram, og at kvinners stemmer får for lite gjennomslag.

Utvalget ser med særlig bekymring på at unge kvinner rapporterer om flere psykiske plager enn de gjorde tidligere. Andelen jenter og kvinner i alderen 12–24 år som blir diagnostisert med en psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten har også økt de siste ti årene. Vi vet ikke nok om hvorfor dette rammer unge kvinner i større grad enn tidligere. Utvalget finner at sentrale helsemyndigheter har få målrettede tiltak for å forstå og gjøre noe med denne økningen. Vi trenger mer kunnskap både om forekomsten av psykiske lidelser hos unge kvinner og om effektive behandlingsmetoder. Utvalget mener at dersom vi skal lykkes med å innøse økningen i psykiske plager og lidelser blant unge, er det behov for et mer tydelig kjønnsperspektiv i forståelsen og behandlingen av både jenter og gutters psykiske helse.

Utvalget oppfatter videre at svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen står overfor betydelige mangler og utfordringer. Utvalget tolker dette som et resultat av en nedprioritering av tjenestene over tid og manglende anerkjennelse av disse til-

budenes særskilte betydning for kvinners helse. Utfordringene må også ses i sammenheng med at samordningen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ikke er god nok. Det mangler etter utvalgets vurdering en systematisk satsing for å sikre geografisk balanse og et likeverdig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Voksne kvinner i Norge rapporterer om flere fysiske helseplager enn de gjorde tidligere, og kvinners sykefravær er stadig høyere enn menns (22). Den høye andelen kvinner som blir uføre, og som velger å jobbe deltid midt i livet, gir særlig grunn til bekymring. Vi vet for lite om årsakene til at kvinner faller ut av arbeidslivet i denne alderen. Utvalget merker seg at kvinners helseutfordringer i denne livsfasen har fått mindre oppmerksomhet i diskusjoner om kvinnehelse. Dette til tross for at middelaldrene kvinner utgjør en vesentlig andel av den totale arbeidsstyrken, både når det gjelder lønnet arbeid og ulønnet omsorgsarbeid. Igjen understreker utvalget viktigheten av å forstå hvordan kjønn får betydning for helseutfordringer, herunder totalbelastningen mange kvinner opplever i å balansere jobb, familieansvar, pårørendeoppgaver og plager i overgangsalderen. Økt kunnskap og oppmerksomhet rundt denne gruppen er sentralt for å sikre best mulig helse for kvinner midt i livet og for å forebygge helseutfordringer i alderdommen.

Til tross for at kvinner er i flertall blant de eldste i befolkningen, vet vi lite om kvinners helse i alderdommen. Eldre kvinner i Norge er i toppskiktet når det gjelder bruk av helse- og omsorgstjenester og av legemidler. Likevel fremstår helse i alderdommen som et mer eller mindre kjønnsnøytralt fagfelt. Kunnskap om samspillet mellom kjønn og alderdom er sentralt for å forstå betydningen av kjønnsforskjeller i sykdomspresentasjon, behandling og ikke minst effekt og bivirkninger av legemidler blant de eldste. Eldre kvinner i Norge er en stor og voksende gruppe, og utvalget understreker behovet for økt oppmerksomhet og kunnskap om kvinner i alderdommen.

Utvalget vil understreke at det på tvers av livsfasene finnes vedvarende sosiale forskjeller i helse blant jenter og kvinner i Norge, med bakgrunn i faktorer som blant annet inntekt, utdanning og minoritetsbakgrunn. Kvinners helseutvikling må forstås i lys av slike ulikheter. Også andre forskjellsskapende dimensjoner, som seksuell orientering og funksjonsevne, vil i samspill med kjønn påvirke helse.

Det er utvalgets samlede vurdering at det å ta alle kvinners helse på alvor, er å gi *kjønn* større plass i forståelsen av kvinners helse gjennom livet.

Kjønnsnøytraliteten i dagens handlingsplaner, strategier, veiledere og evalueringer står i veien for å utvikle treffsikre tiltak som tar høyde for *den store forskjellen*.

1.3 Hva må gjøres?

For å nå målet om likeverdige helsetjenester, må vi anerkjenne kjønns betydning for helse. Helse- og omsorgssektorens manglende forståelse for kjønn står i kontrast til regjeringens uttalte satsing på kvinnehelse. I dag fremstår satsingen på kvinnehelse som et politisk mål. Dette gjenspeiles imidlertid ikke i helsepolitiske prioriteringer og tildelte ressurser. Embetsverket må gjøres i stand til å omsette politisk vilje til virkelighet. Flere av tiltakene utvalget foreslår er derfor innrettet mot å endre de grunnleggende strukturene og prioriteringene innenfor dagens helse- og omsorgssektor.

1.3.1 En kvinnehelsemilliard

Utvalget mener at det må avsettes tilstrekkelige midler for å sikre en helhetlig tilnærming til kvinners helse, framfor symbolpolitikk og enkelttiltak. Utvalget foreslår at det til sammen avsettes *1 milliard kroner* for å styrke kvinners helse og kjønnsperspektiver i helse. Utvalget fremmer en rekke tiltak som samlet vil sikre en systematisk og samordnet innsats for kvinners helse i Norge. Utvalgets anbefalte tiltak har til hensikt å bidra til at kvinnehelse går fra å være et særhensyn, til å bli en integrert del av helse- og omsorgspolitikken, kunnskapsproduksjonen og helse- og omsorgstjenestene. Utvalget foreslår også flere tiltak for å sikre et løft for kvinners helse i et livsfaseperspektiv. Utvalget anbefaler at alle tiltakenes følges opp i regjeringens kommende strategi for kvinnehelse og at oppfølgingen innrettes mot innsatsområdene: status, samordning, kunnskapsbro og kvinners stemmer. Utvalget vil understreke at det bør synliggjøres hvordan regjeringen følger opp tiltakene, og at mål og virkemidler for å styrke kvinners helse og kjønnsperspektiver i helse redegjøres for på en samlet og systematisk måte.

1.3.2 Øke statusen for kvinners helse

Utvalget foreslår følgende tiltak for å heve kvinnehelsens status og styrke kjønnsperspektiver i helse:

Tiltak 1: Etablere en nasjonal komité for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

- Tiltak 2: Prioritere arbeidet med å innføre ny finansieringsmodell for fødselsomsorgen
- Tiltak 3: Gjennomgå dagens diagnoserelaterte grupper (DRG) for å sikre at finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten legger til rette for prioritering av kvinnehelse
- Tiltak 4: Gjennomgå og endre takster i kommunehelsetjenesten for å sikre at prioritering av kvinnehelse belønnes økonomisk
- Tiltak 5: Innføre krav om kjønnsperspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning
- Tiltak 6: Øke finansiering av forskning knyttet til kvinners helse
- Tiltak 7: Styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning
- Tiltak 8: Lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv
- Tiltak 9: Øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmennmedisinske forskningsenhetene

1.3.3 Sikre samordning som fungerer

Utvalget foreslår følgende tiltak for å sikre bedre samordning på forvaltnings- og tjenestenivå:

- Tiltak 10: Etablere en tverrdepartemental arbeidsgruppe for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv
- Tiltak 11: Opprette en sentral fagenhet for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv
- Tiltak 12: Sikre befolkningen tilgang til gode helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi
- Tiltak 13: Utrede nye finansieringsordninger for samhandling

1.3.4 Styrke kunnskapsbroen

Utvalget foreslår følgende tiltak for å styrke kunnskapsbroen mellom forskning, utdanning, praksis og folkeopplysning:

- Tiltak 14: Etablere systemer for å ivareta et kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet
- Tiltak 15: Gjennomgå og oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer og helse-tilstander som rammer kvinner
- Tiltak 16: Innlemme kjønn og hvordan kjønn påvirker helse, sykdom og behandling i

forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger

- Tiltak 17: Sikre at oppdatert kunnskap om medisinsk forskning på kjønnsforskjeller i helse og kjønns betydning for helse er et nasjonalt krav i nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)
- Tiltak 18: Etablere et samarbeidsnettverk for kjønn, helse og teknologi
- Tiltak 19: Tilrettelegge for bedre utnyttelse av helsedata i arbeidet med kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse
- Tiltak 20: Etablere bedre systemer for kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern
- Tiltak 21: Oppdatere nåværende og gi ny kjønnspesifikk informasjon på helsenorge.no
- Tiltak 22: Etablere en digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap om kvinnehelse
- Tiltak 23: Øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper

1.3.5 Lytte til kvinners stemmer

Utvalget foreslår følgende tiltak for å sikre at kvinners egne erfaringer tas med i beslutningsprosesser som gjelder kvinners helse:

- Tiltak 24: Etablere et brukerutvalg for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv
- Tiltak 25: Iverksette forskning på hvordan kvinner med kvinnelidelser blir behandlet i tjenestene
- Tiltak 26: Utrede muligheten for et nasjonalt kvalitetsregister for kvinnehelselidelser
- Tiltak 27: Nasjonal brukerundersøkelse om kjønnsforskjeller i pasienters møte med helsetjenesten

1.3.6 Et løft for kvinners helse i et livsfaseperspektiv

Utvalget anbefaler et løft for kvinners helse i et livsfaseperspektiv gjennom følgende tiltak:

Barn

- Tiltak 28: Prioritere arbeidet med å gjøre helse- og omsorgstjenesten bedre i stand til å forebygge, avverge og avdekke vold og overgrep mot barn

Ungdom og unge kvinner

- Tiltak 29: Styrke helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten
- Tiltak 30: Innføre fritak for egenandel ved legebesøk for ungdom mellom 16 og 18 år
- Tiltak 31: Gjøre prevensjon gratis for alle under 25 år
- Tiltak 32: Styrke tilbudet til barn og unge med spiseforstyrrelser
- Tiltak 33: Styrke seksualundervisningen på barne- og ungdomsskolen
- Tiltak 34: Heve kompetansen om kjønn og helse blant lærere og barnehagelærere
- Tiltak 35: Prioritere forskning på psykiske lidelser
- Tiltak 36: Prioritere forskning på effektiv behandling av psykiske lidelser og sikre at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandling
- Tiltak 37: Sikre effektive tiltak mot seksuell trakassering i skolen
- Tiltak 38: Prioritere arbeidet med å sikre gode helsetjenester til pasienter med endometriose og adenomyose
- Tiltak 39: Styrke vulvapoliklinikker i alle helse-regioner

Kvinner i etableringsfasen

- Tiltak 40: Sikre trygg og god svangerskaps-, fødsels- og barseloppfølging uavhengig av bosted
- Tiltak 41: Styrke lavterskeltilbudet for mødre- og spedbarnshelse i kommune- og spesialisthelsetjenesten
- Tiltak 42: Sikre systematikk i arbeidet med å kartlegge og følge opp psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel
- Tiltak 43: Styrke tilbudet om flerkulturell doula for gravide
- Tiltak 44: Sikre papirløse gravide rett til helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel
- Tiltak 45: Bedre oppfølging etter provosert abort og spontanabort
- Tiltak 46: Prioritere elektronisk helsekort for gravide
- Tiltak 47: Etablere kjønnsspesifikke behandlingstilbud for kvinner og menn innen rusomsorg
- Tiltak 48: Sikre et likeverdig helsetilbud for de mest sårbare kvinnene i norske fengsel

- Tiltak 49: Øke forskning på helsekonsekvenser av vold mot kvinner i tilknytning til samlivsbrudd
- Tiltak 50: Oppnevne et offentlig utvalg som ser særlig på kvinners arbeidshelse

Kvinner midt i livet

- Tiltak 51: Etablere et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter
- Tiltak 52: Utvide muligheten for blå resept eller individuell refusjon i forbindelse med hormonbehandling i overgangsalderen
- Tiltak 53: Øke kunnskapen om overgangsalder og arbeidsliv
- Tiltak 54: Prioritere forebyggende behandling av beinskjørhet

Eldre kvinner

- Tiltak 55: Sikre geriatrisk kompetanse i helse- og omsorgstjenesten
- Tiltak 56: Innføre retningslinjer for helse- og omsorgspersonell som sikrer at alle eldre pasienter blir spurt om de har erfaring med vold eller overgrep
- Tiltak 57: Opprette et forskningsprogram om eldre kvinners helse
- Tiltak 58: Hyppig, rutinemessig og systematisk medikamentgjennomgang hos eldre
- Tiltak 59: Nasjonale retningslinjer for å sikre riktig bolig og kosthold for eldre
- Tiltak 60: Kvalitetsutviklingsprosjekt for å sikre verdighetsbevarende omsorg ved livets slutt

Se detaljerte beskrivelser av tiltakene i kapittel 18.

1.3.7 Samiske kvinners helse og samisk helse i kjønnsperspektiv

Utvalget foreslår følgende tiltak for å ivareta muligheten til god og likeverdig helse i den samiske befolkningen:

- Tiltak 61: Stimulere til mer forskning om samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv
- Tiltak 62: Sørge for systematikk i arbeidet med å sikre samisk språk- og kulturkompetanse i helse- og omsorgstjenestene
- Tiltak 63: Styrke tilskuddsordningen for fagutvikling og kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene til samiske brukere

- Tiltak 64: Utarbeide en nasjonal handlingsplan mot samehets og styrke den nasjonale innsatsen mot samehets
- Tiltak 65: Sikre et likeverdig og kultursensitivt behandlingstilbud for samiske pasienter som har vært utsatt for vold og overgrep
- Tiltak 66: Styrke krisesentertilbudet i det samiske bosettingsområdet
- Tiltak 67: Etablere fagnettverk for samordning av selvmordsforebygging i den samiske befolkningen
- Tiltak 68: Sikre at seksualundervisning tilbys på samiske språk

Se detaljerte beskrivelser av tiltakene i kapittel 13.

1.3.8 Pårørendeomsorg og kvinnehelse

Utvalget foreslår følgende tiltak for å bidra til at pårørende, uansett kjønn, både kan yte omsorg, og samtidig ivareta egen helse og livsutfoldelse:

- Tiltak 69: Styrke kunnskapsgrunnlaget om pårørende og utarbeide ny pårørende-strategi og handlingsplan 2025–2030

- Tiltak 70: Utrede behov for endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene for pårørende
- Tiltak 71: Øke kompetanse om pårørendesamarbeid blant helsepersonell
- Tiltak 72: Prioritere arbeidet med å implementere pårørendeavtaler i helse- og omsorgstjenesten
- Tiltak 73: Styrke tilskuddsordningen om helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver
- Tiltak 74: Styrke og videreutvikle informasjon til pårørende på helsenorge.no
- Tiltak 75: Styrke frivillighetens rolle i pårørende-arbeid

Se detaljerte beskrivelser av tiltakene i kapittel 14.

Kapittel 2

Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid

2.1 Utvalgets oppnevning

Utvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 5. mars 2021 for å lage en ny utredning om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Utvalget ble oppnevnt med følgende sammensetning:

- Christine Meyer (Bergen), professor NHH Norges Handelshøyskole (utvalgsleder)
- Nikita A. Abbas (Oslo)
- Tone Amundsen (Bodø), spesialrådgiver, Helse Nord RHF
- Harald Eia (Oslo), sosiolog
- Hans Petter Fundingsrud (Tromsø), spesialist i pediatri og overlege, Barne – og ungdomsklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge
- Cato Rolland Innerdal (Molde), spesialist i samfunnsmedisin og kommuneoverlege
- Leif Edward Ottesen Kennair (Trondheim), spesialist i klinisk psykologi og professor i psykologi, NTNU
- Tina Shagufta Munir Kornmo (Asker), seksjonsoverlege urologi, Bærum sykehus VVHF
- Maja-Lisa Løchen (Tromsø), instituttleder, Institutt for klinisk medisin, og professor i forebyggende medisin, UiT Norges arktiske universitet
- Per Vidar Nielsen (Sarpsborg), spesialsykepleier, Helsestasjon for ungdom og skolehelse-tjenesten
- Elisabeth T. Swärd (Oslo), spesialrådgiver kvinnehelse og forskning, Norske Kvinners Sanitetsforening
- Heidi Tiller (Tromsø) professor, UiT Norges arktiske universitet, og overlege, Universitetssykehuset Nord-Norge
- Oscar Tranvåg (Bergen), førsteamanuensis, Høgskulen på Vestlandet, og forsker, Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus
- Anita Vatland (Bærum), daglig leder, Pårørendealliansen
- Maria Abrahamsen (Farsund), psykolog i sosiale medier, selvstendig næringsdrivende

Følgende ble i tillegg oppnevnt som medlemmer 23. november 2021:

- Ståle Onsgård Sagabråten (Nesbyen), fastlege, styremedlem i Norsk forening for allmennmedisin, leder av fagstyret i Den norske legeforening
- Hanne Charlotte Schjelderup (Sandnessjøen), leder i Jordmorforbundet NSF og sykepleier/jordmor ved Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
- Ingvar Skjerve (Oslo), rådgiver i Yrkesseksjon helse og sosial, Fagforbundet

Utvalgets sekretariat har bestått av:

- Sekretariatsleder Maria Egeland Thorsnes
- Seniorrådgiver Anne Høyser
- Førstekonsulent Helene Rød
- Seniorrådgiver Marie Hulthin

Nora Mork Østbø var tilknyttet sekretariatet i et engasjement (fra 8. juni 2022 til overlevering). Steinar Riksaasen var tilknyttet sekretariatet i et engasjement (fra 7. november 2022 til overlevering).

2.2 Utvalgets mandat

2.2.1 Opprinnelig mandat

Utvalget fikk ved oppnevning følgende mandat:

«Kjønn har betydning for helse og for helseutfordringer. Dels dreier det seg om ulik biologi, dels samfunnsmessige ulikheter i levekår og livsbetingelser og fortsatt manglende likestilling mellom kjønnene. For å sikre at alle i Norge, uavhengig av kjønn, har likeverdige muligheter til best mulig helse, og mottar trygge og gode helse- og omsorgstjenester når det er behov for det, er det behov for å ha kunnskap om hva kjønnsforskjeller består i og årsakene til disse. Det er også behov for å ha kunnskap om, og være bevisst utviklingstrekk som har skapt og kan skape uønskede kjønnsforskjeller i helse.

Utvalget skal konsentrere seg om forhold som gjelder folkehelsearbeid, helse- og omsorgstjenester, og helsefaglig forskning og -utdanning. Utvalget må se helse i et helhetlig perspektiv. Fysiske, psykiske og sosiale forhold og fysisk klima/miljø samspiller. Helseutfordringer henger sammen med faktorer som for eksempel utdanning og inntekt, alder, forhold i familie- og arbeidslivet, geografi, pårørende oppgaver, vold og overgrep og det å tilhøre minoritetsgrupper m.m.

Utredningen skal ta for seg situasjonen i Norge, men se hen til internasjonal kunnskap og forskning om kjønnsforskjeller som er relevant for å belyse problemstillingene. Utredningen skal også ta opp helse i et kjønns-perspektiv blant etniske minoriteter, her forstått som innvandrere, nasjonale minoriteter og urfolk. Det skal også ses hen til hvordan kjønn samvirker med andre forskjellsskapende dimensjoner som for eksempel funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet og sosioøkonomisk bakgrunn. Utvalget skal også se seksualitet som en helsefremmende ressurs som kan bidra til god livskvalitet og god helse for den enkelte.

Hovedspørsmål

Utvalget skal besvare to hovedspørsmål:

1. Hvordan er kvinners helse i Norge og hvilke utfordringer står vi overfor når det gjelder sykdomsforekomst, risikofaktorer og kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester.
2. Hvordan blir kjønnsforskjeller- og kjønnsperspektivet håndtert i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og helsefaglig forskning og utdanning?

Utdyping av spørsmålene

Spørsmål 1:

Det er kjønnsforskjeller i forekomst, risikofaktorer og symptomer av sykdom. Med kvinnehelse menes helse problemstillinger som strekker seg ut over det som gjelder spesifikke kvinnesykdommer og kvinnelige helseutfordringer. Utvalget skal vurdere utviklingstrekk for kvinnehelse i ulike livsfaser: ungdom og unge voksne, reproduktiv alder, midt i livet og alderdom.

Utvalget skal ta utgangspunkt i eksisterende kunnskap om sykdomsforekomst,

risikofaktorer, symptomer på sykdom og bruk av- og likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester i ulike livsfaser. For hver fase skal utvalget beskrive de viktigste utviklingstrekkene. Formålet med gjennomgangen er å vurdere hvor kunnskapshullene er. Utvalget skal vurdere både på individ og samfunnsnivå om det er tilstrekkelig oppmerksomhet på disse faktorene. I hver fase kan/skal temaene knyttes opp mot folkehelsearbeidet, forebygging, utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging i helse- og omsorgstjenestene. Det er ønskelig at utvalget vurderer hvordan utviklingstrekk i samfunnet, slik som utviklingen innen teknologi og digitalisering kan påvirke kjønnsulikhet i helse og helsekompetanse. En problemstilling som utvalget bør være oppmerksom på er kvinner i fengsel, og vurdere hvordan deres helse best kan ivaretas.

Spørsmål 2:

Utredningen skal belyse om kjønnsforskjeller i helse er tilstrekkelig avdekket og forstått, og hvordan helse- og omsorgstjenestene kan sikre likeverdige tjenester uavhengig av kjønn. Som bakgrunn for sitt arbeid er det ønskelig at utvalget også gjennomgår politiske initiativ, som eksempelvis handlingsplaner og strategier på ovennevnte og andre relevante områder. Formålet med denne gjennomgangen er å avdekke om det er viktige initiativ og tiltak som mangler i planer og strategier når det gjelder ivaretagelse av kjønnsperspektivet, og se nye forslag til tiltak i sammenheng med allerede vedtatte tiltak.

Mål for utredningen

Utredningen skal gi en kunnskapsoversikt over temaene kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv, samt foreslå tiltak som kan ha betydning for å styrke ivaretagelsen av kvinners helse og kjønnsperspektivet i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene og helsefaglig forskning og -utdanning. Utvalget bør søke å komme med anbefalinger om noen prioriterte innsatsområder og tiltak. Utvalget skal vurdere hvordan tiltak kan gjennomføres innenfor dagens ressursbruk i sektoren, og vurdere de økonomiske og administrative, og andre vesentlige konsekvenser på kort og lang sikt, i samsvar med utredningsinstruksen.

Frist

Utvalget starter opp 20. mars 2021 og leverer sin innstilling 20. september 2022.»

2.2.2 Utsettelse av frist

I september 2021 besluttet Helse- og omsorgsdepartementet å utvide fristen for utvalgets utredning til 8. mars 2023. Begrunnelsen for å utvide fristen var blant annet at pandemien medførte begrensede muligheter for fysiske møter.

2.2.3 Endret mandat og sammensetning av utvalg

Etter at Jonas Gahr Støres regjering ble utnevnt høsten 2021, besluttet regjeringen 23. november 2021 å supplere utvalget med medlemmene Sagabråten, Schjelderup og Skjerve. Samme dato besluttet regjeringen også å gjøre enkelte endringer i mandatet, i tråd med Hurdalsplattformen. Utvalget fikk følgende, justerte mandat:

«Kvinner og menn har ulik biologi, lever ulike liv og rammes ulikt av sykdom og uhelse. For å sikre at alle i Norge, uavhengig av kjønn, har likeverdige muligheter til best mulig helse, og mottar trygge og gode helse- og omsorgstjenester når det er behov for det, er det behov for å ha kunnskap om hva kjønnsforskjeller består i og årsakene til disse. Det er også behov for å ha kunnskap om, og være bevisst utviklingstrekk som har skapt og kan skape utilsiktede kjønnsforskjeller i helse.

Utvalget skal konsentrere seg om forhold som har betydning for å sikre likeverdig ivaretagelse av helse, uavhengig av kjønn. Utvalget må se helse i et helhetlig perspektiv. Helseutfordringer henger sammen med faktorer som for eksempel utdanning og arbeid, inntekt og livssituasjon. Pårørendeansvar, vold og belastningsskader er eksempler på helsepåvirkning som kan være ujevnt fordelt.

Utredningen skal ta for seg situasjonen i Norge, men se hen til internasjonal kunnskap og forskning om kjønnsforskjeller som er relevant for å belyse problemstillingene. Utredningen skal også ta opp helse i et kjønnsperspektiv blant etniske minoriteter, her forstått som innvandrere, nasjonale minoriteter og urfolk. Det skal også ses hen til hvordan kjønn samvirker med andre forskjellsskapende dimensjoner som for eksempel funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet og sosioøkonomisk bakgrunn. Utvalget skal se seksualitet som en helsefremmende ressurs.

Det skal vurdere tilbudet innen seksuell og reproduktiv helse og se på prevensjonstilbud og informasjonsarbeid.

Hovedspørsmål

Utvalget skal besvare to hovedspørsmål:

1. Hvordan er kvinners helse i Norge og hva er de største utfordringene vi står overfor når det gjelder sykdomsforekomst, risikofaktorer og kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester?
2. Hvordan blir kjønnsforskjeller- og kjønnsperspektivet håndtert i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og helsefaglig forskning og utdanning?

Utdyping av spørsmålene

Spørsmål 1:

Det er kjønnsforskjeller i forekomst, risikofaktorer og symptomer av sykdom. Med kvinnehelse menes helse problemstillinger som strekker seg ut over det som gjelder spesifikke kvinnesykdommer og kvinnelige helseutfordringer. Utvalget skal vurdere hva som er de største utfordringene for kvinners helse i ulike livsfaser: ungdom og unge voksne, reproduktiv alder, midt i livet og alderdom.

I hver fase kan/skal temaene knyttes opp mot folkehelsearbeidet, forebygging, utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging i helse- og omsorgstjenestene. Utvalget må derfor se på kommunetjenestene, tilbudet hos fastlegen og oppfølging i spesialisthelsetjenesten, samt vurdere hvordan kunnskap om kjønn og om kvinners helse er ivaretatt i helsefaglig forskning og utdanning.

Det er ønskelig at utvalget vurderer hvordan utviklingstrekk i samfunnet, slik som utviklingen innen teknologi og digitalisering kan påvirke kjønnsulikhet i helse og helsekompetanse.

Spørsmål 2:

Utredningen skal belyse om kjønnsforskjeller i helse er tilstrekkelig avdekket og forstått, og hvordan helse- og omsorgstjenestene kan sikre likeverdige tjenester uavhengig av kjønn.

Som bakgrunn for sitt arbeid er det ønskelig at utvalget også gjennomgår politiske initiativ, som eksempelvis handlingsplaner og strategier på ovennevnte og andre relevante områder. Formålet med denne gjennomgangen er å avdekke om det er viktige initiativ og tiltak som mangler i planer og strategier når det gjelder ivaretagelse av kjønnsperspektivet.

Mål for utredningen

Utredningen skal gi en kunnskapsoversikt over temaene kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv, samt foreslå tiltak som kan ha betydning for å styrke ivaretagelsen av kvinners helse og kjønnsperspektivet i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene og helsefaglig forskning og -utdanning.

Utvalget bør søke å komme med anbefalinger om noen prioriterte innsatsområder og tiltak som er relevante i utarbeidelsen av regjeringens strategi for kvinnehelse. Utvalget skal vurdere hvordan tiltak kan gjennomføres innenfor dagens ressursbruk i sektoren, og vurdere de økonomiske og administrative, og andre vesentlige konsekvenser på kort og lang sikt, i samsvar med utredningsinstruksen.

Frist

Utvalget starter opp 20. mars 2021 og leverer sin innstilling 8. mars 2023.»

2.3 Arbeidsform og møtevirksomhet

2.3.1 Utvalgsmøter

Utvalget hadde sitt første møte 23. mars 2021 og har hatt i alt 15 møter. De første fem møtene og et planlagt fysisk møte i januar 2022 ble avholdt digitalt på grunn av koronapandemien. Utvalget har i tillegg avholdt ett digitalt møte av praktiske årsaker. Fem utvalgsmøter ble avholdt i Oslo. Utvalget har også hatt møter i Bergen, Tromsø og Trondheim.

2.3.2 Innledere på utvalgsmøtene

Utvalget har ønsket en bred og inkluderende tilnærming i utredningsarbeidet og har invitert en rekke aktører til å holde innlegg i forbindelse med utvalgsmøter:

1. Kvinners helseutvikling i Norge. Hva viser data fra HUNT? ved Steinar Krokstad, professor i sosialmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)
2. Kvinners helse i et kjønnsperspektiv. En kort oversikt over statistikk fra Statistisk sentralbyrå, ved Ann-Kristin Brændvang, fagdirektør, avdeling for person- og sosialstatistikk, Statistisk sentralbyrå
3. Helse i et kjønnsperspektiv, ved Kirsti Malterud, professor emerita i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen
4. Kjønnsperspektiv i NOU-er, ved Cathrine Holst, professor ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitet i Oslo
5. ME eller kronisk utmattelsessyndrom blant barn og unge, ved utvalgsmedlem Hans Petter Fundingsrud
6. Om å forstå og møte spiseforstyrrelser, ved psykiater og professor Finn Skårderud
7. Mammakroppene. Om spiseforstyrrelser, graviditet og barseltid, ved spesialist i klinisk psykologi Bente Sommerfeldt
8. Langvarige og sammensatte smertetilstander, ved Petter C. Borchgrevink, avdelingssjef, overlege og professor på St. Olavs hospital
9. Kjønnforskjeller i smerte, ved Silje Endresen Reme, professor ved psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
10. Helse, kjønn og teknologi/persontilpasset medisin, ved Masha Strømme, Advisor & Board member within the Healthcare Industry and Co-Chair and Investor at PAACS Invest
11. Demografisk utvikling i Norge, kvinners helse og forskning på kvinnehelse, ved Inger Njølstad, professor ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet
12. Hva kan Tromsøundersøkelsen si om kvinners helse? ved Sameline Grimsgaard, leder for Tromsøundersøkelsen, professor ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet
13. Hvorfor helsetjenester til den samiske befolkningen? ved utvalgsmedlem Tone Amundsen
14. Hva vet vi om kvinnene i arktis, ved Ann Ragnhild Broderstad, leder SAMINOR, faglig leder, dr.med./overlege, Senter for samisk helseforskning UiT/UNN Harstad
15. Voldsutsatthet og helse i fleretniske samfunn ved Astrid Margrethe Anette Eriksen, postdoktor, Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet
16. Unge samiske kvinners psykiske helse, ved Siv Kvernmo, Institutt for klinisk medisin, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet
17. Fødselsomsorg – en skjør trygghet, ved utvalgsmedlem Heidi Tiller
18. Fødselsomsorg, ved Kathrine Hågensen, jordmor, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)
19. Fødselsomsorg i distrikt, ved Marit Vidringstad, overlege og spesialist i fødsels hjelp og kvinnesykdommer, enhetsleder for gynekologene ved Hammerfest sykehus
20. Senter for omsorgsforskning nord, ved Cathrine Arntzen, professor og faglig leder SOF nord, UiT Norges arktiske universitet

21. SFI Visual Intelligence, ved Robert Jensen, professor og leder av SFI Visual Intelligence
22. Kjønn, helse og teknologi, ved Hege K Andreassen, sosiolog, UiT Norges arktiske universitet og NTNU
23. Kvinnen er det sterke kjønn, men til hvilken pris? ved Siri Vangen, professor og leder for Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning
24. Forsking på kvinners helse og kjønnsperspektiv i forskning, ved Linda Rustad, direktør, Kilden kjønnsforskning.no
25. Hjertesykdom hos kvinner, ved Eva Gerdt, professor, Universitetet i Bergen og Maja-Lisa Løchen, professor, overlege og utvalgsmedlem, UiT Norges arktiske universitet
26. Innovasjon og digitale helsetjenester; kan en chatbot dekke kvinners informasjonsbehov? ved Agnethe Lund, klinikkoverlege, Kvinne-klinikken, Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen
27. ROSA – Et nytt verktøy for persontilpasset genetisk informasjon ved arvelig bryst- og eggstokkreft ved Cathrine Bjorvatn, spesialrådgiver, Senter for Medisinsk genetikk og molekylærmedisin, Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen
28. Digitale psykologiske helsetjenester ved Tine Nordgreen, psykologspesialist, Helse Bergen og Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Ragnhild J. Tveit Sekse, professor og sexolog, VID vitenskapelige høyskole og sexologisk poliklinikk, Helse Bergen
29. Eldrehelse som kvinnehelse, ved Marit Stordal Bakken, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin – Norge, og Bettina Husebø, professor og senterleder, Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS), Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, og forsker ved Etat for sykehjem, Bergen kommune
30. Sykefravær og kvinnehelse, ved Inger Haukenes, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Allmennmedisinsk forskningsenhet – Norge, Heidi Marie Kirkeng Meling, ph.d.-stipendiat, Allmennmedisinsk forskningsenhet – Norge, og Silje Mæland, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
31. Vold og overgrep, ved Kjersti Alsaker, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin – Norge
32. Pårørende- og brukerperspektivet ved demenssykdommer, ved Rune Samdal, pårørende til personer med demens og tidligere ansatt medforsker ved Senter for alders- og sykehjemsmedisin og medlem i Brukerpanelet i Alrek helseklynge
33. Kvinnehelse i lys av å være pårørende, ved Kristin Tuven, pårørende til person med psykisk lidelse, medlem i erfaringspanelet for psykisk helse og rus, Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen og representant i Brukerpanelet i Alrek helseklynge
34. Kvinner og alkohol, ved Fanny Duckert, professor i psykologi og klinisk spesialist
35. Kvinner og rus, ved Kari Lossius, psykologspesialist
36. Psykisk helse og kvinner: Hva er de største utfordringene? ved utvalgsmedlem Leif Edward Ottesen Kennair
37. Kjønn, helse og teknologi, ved Fjola Sigurdardottir, lege, ph.d. og grunnlegger av Prelud
38. Prøvekaniner for en digital revolusjon, ved utvalgsmedlem Maria Abrahamsen
39. Kjønnsforskjeller i emosjonelle vansker og mediebruk gjennom barne- og ungdomsår: Resultater fra en 12-års befolkningsstudie, ved Lars Wichstrøm, professor i psykologi og leder av forskningsgruppen og forskningsprosjektet Tidlig trygg i Trondheim
40. Kunnskap om pårørendeomsorg, ved utvalgsmedlem Anita Vatland
41. Tverrprofesjonelt samarbeid i helsesektoren, ved førsteamanuensis Elisabeth Andvik, BI Campus Bergen
42. Kvinner med nedsatt funksjonsevne og helse. Innledninger ved professor emerita/seniorforsker ved NTNU Samfunnsforskning Anna M. Kittelsaa, og ved utvalgsmedlem Nikita A. Abbas
43. Skeive kvinners helse, ved Mari Bjørkman, ph.d., spesialist i allmennmedisin, fastlege og leder i Norsk forening for allmennmedisins faggruppe for LHBT-helse
44. Minoritetskvinners helse, ved jordmor Asha Barre
45. Migrasjonshelse, ved Hege Gjefsen, avdelingsdirektør i Folkehelseinstituttet

2.3.3 Møter og dialog

Utvalget har lagt vekt på en åpen arbeidsform. Leder og/eller sekretariat har hatt møter og løpende dialog med en rekke aktører under arbeidet, herunder Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Nasjonalt kunnskapssenter om

vold og traumatisk stress, Forskningsrådet, Kriminalomsorgsdirektoratet, Sametinget, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Kilden kjønnsforskning.no, Helsesenteret for papirløse migranter, JURK – juridisk rådgivning for kvinner, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og UNIO.

Utvalget har hatt løpende dialog med flere ressurspersoner i Helse- og omsorgsdepartementet og underliggende virksomheter. Utvalgsmedlemmer har besøkt Helsesenteret for papirløse migranter, og leder og sekretariat har besøkt Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt som del av utredningen.

Utvalgets leder og medlemmer har deltatt i en rekke ulike debatter eller samtaler med aktører etter invitasjon, blant annet på NRK Debatten 22. september 2022, debatt om kvinnehelse på Arendalsuka 17. august 2022 og på Forskningsrådets kvinnehelsekonferanse 7. desember 2022.

Utvalget har aktivt bedt om innspill og bidrag fra forskere og andre fagpersoner underveis i arbeidet. Bidragene har kommet i form av presentasjoner på arrangementer i regi av utvalget, gjennom skriftlig og muntlig dialog samt gjennom skriftlige innspill etter avtale med utvalget. Utvalget takker følgende for sine bidrag: Kirsti Malterud, professor emerita i allmennmedisin; Siri Vangen, professor og leder for Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning; Anne Helene Kveim Lie, lege og førsteamanuensis i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo; Linda Rustad, direktør ved Kilden kjønnsforskning.no; Eva Gerds, overlege og professor i hjertesykdommer ved Universitetet i Bergen; Ole Johan Borge, direktør for helseforskning og helseinnovasjon ved Forskningsrådet; Karolina Szokol, seniorrådgiver ved Forskningsrådet; Anita Prante, jordmor; Frøydis Bruvik, forsker og postdoktor ved Universitetet i Bergen; Mette Løkeland-Stai, gynekolog og forsker ved Folkehelseinstituttet; Thor Indseth, avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet; Kari Løvendahl Mogstad, fastlege; Marte Kvittum Tangen, leder for Norsk forening for allmennmedisin; Petter C. Borchgrevink, avdelingssjef, overlege og professor ved avdeling for smerte og sammensatte lidelser på St. Olavs hospital; Marie Flem Sørbø, fastlege; Sukhjeet Bains, lege og ph.d.-stipendiat tilknyttet Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning; Jeanette H. Magnus, direktør ved Senter for global helse; Marit Stordal Bakken, overlege i indremedisin og geriatri og forsker II ved Universitetet i Bergen; Mette Haase Moen, professor emerita; Mari Bjørkman, fastlege og leder i Norsk forening for allmennmedisinsk faggruppe for LHBT-helse; Nora Thunem, helse-

rådgiver ved Unge Funksjonshemmede; Silje Steinsbekk, professor ved Institutt for psykologi ved fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap, NTNU; Fjola Sigurdardottir, lege, ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Oslo og grunnlegger av Prelud; Hege Andreassen, sosiolog og senterleder ved Senter for kvinne- og kjønnsforskning, UiT Norges arktiske universitet; Morten Goodwin, professor ved Institutt for informasjons- og kommunikasjons-teknologi ved Universitetet i Agder og nestleder for Centre for Artificial Intelligence Research; Solveig Hofvind, leder av Mammografiprogrammet; Marte-Helene Bjørk, overlege ved Nevrologisk avdeling og professor ved Klinisk Institutt 1 ved Universitetet i Bergen; Annabel Eide Ohldieck, overlege ved Haukeland universitetssykehus; Signe Agnes Flottorp, forskningssjef ved Folkehelseinstituttet; Ingrid Helleland, leder av Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME; Henrik Vogt, lege og forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo; Inger Haukenes, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Allmennmedisinsk enhet, Norge; Heidi Marie Kirkeng Meling, ph.d.-stipendiat ved Allmennmedisinsk forskningsenhet, Norge; Silje Mæland, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen; Marianne Natvik, lege og ph.d.-stipendiat ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo.

Utvalget takker også spesialrådgiver Nina Husom for språkvask av rapporten, og Bashar Marhoon, MSc internasjonale relasjoner, for redaktørarbeid og språkvask av den engelske oversettelsen av kapittel 1.

2.3.4 Innspill

Utvalget har på sine nettsider www.kvinnehelse-utvalget.no invitert publikum til å komme med innspill til utredningsarbeidet gjennom utvalgsperioden.

Utvalget har også henvendt seg skriftlig til en rekke aktører og bedt om innspill. Disse innspillene er publisert på utvalgets nettsider.

Enkelte aktører har gitt omfattende skriftlige innspill som er innarbeidet i utvalgets beskrivelser i ulike deler av utredningen. Tekstbidrag fra Malin Eberhard-Gran, seniorforsker ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo; Åshild Bjørnerem, seniorforsker ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og professor i obstetrikk og gynekologi ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet; Katrine

Mari Owe, forsker, Ph.d. ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning; Marte Myhre Reigstad, gynekolog og forsker ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning; Anne Lise Ording Helgesen, Ph.d., spesialist i hud- og veneriske sykdommer ved seksjon for hudsykdommer, Oslo universitets-sykehus og postdoktorstipendiat ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning er benyttet flere steder i rapporten, herunder i utredningens beskrivelser av vulvalidelser, beinskjørhet, infertilitet, psykisk og fysisk helse under svangerskap, fødsel og i barseltiden. Tekstbidrag fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress er etter avtale benyttet i utredningens beskrivelser av vold og overgrep. Tekstbidrag fra Marianne Gjellestad, ph.d.-stipendiat og Mingle Helmersen, førsteamanuensis ved Universitetet i Agder er etter avtale benyttet i utredningens beskrivelse av kvinnehelse og arbeidsliv. Tekstbidrag fra Mette Haase Moen, professor emerita og gynekolog, er etter avtale benyttet i utredningens beskrivelse av overgangsalderen. Tekstbidrag fra Cathrine Abrahamsen, fastlege og ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Oslo er etter avtale benyttet i utredningens beskrivelse av medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) og bruk av samtale-verktøy. Tekstbidrag fra Marte-Helene Bjørk, overlege ved Nevrologisk avdeling ved Haukeland universitetssykehus og professor ved Klinisk Institutt 1 ved Universitetet i Bergen er etter avtale benyttet i beskrivelsen av nordiske registerdata i kvinnehelseforskning. Tekstbidrag fra Anne Helene Kveim Lie, førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, er etter avtale benyttet i beskrivelsen av et historisk tilbakeblikk på kvinners helse. Innspill fra Kriminalomsorgsdirektoratet er benyttet i utredningens beskrivelser av helsen til kvinner som soner i fengsel.

Utvalget har også mottatt innspill fra Årringer – et intervjuprosjekt i regi av Nasjonalt senter for aldring og helse og Stiftelsen Verdigehetsenteret. Årringer skal bidra til økt kunnskap om det å bli og være gammel og vise hva som påvirker eldres livskvalitet.

Utvalget holdt et orienteringsinnlegg om utvalgets arbeid på et møte i Helse- og omsorgsdepartementets kontaktforum 16. november 2021. Formålet med kontaktforum er gjensidig informasjonsutveksling mellom politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet og brukere av tjenesten. Etter møtet sendte utvalget et brev til kontaktforums medlemmer og en rekke andre relevante organisasjoner for å be om innspill til utredningen.

Under arbeidet med å kartlegge forskning på kvinners helse og kjønnsperspektiver i forskning har utvalget bedt de fire regionale helseforetakene og Forskningsrådet om innspill. I arbeidet med å kartlegge kvinners helse og kjønnsperspektiver i utdanning har utvalget bedt om innspill fra utdanningsinstitusjonene som er representert i Universitets- og høyskolerådet – Helse og sosial.

For innspill i arbeidet med samiske kvinners helse har utvalget bedt om innspill fra Sametinget, Senter for samisk helseforskning, Nord universitet, UiT Norges arktiske universitet, Samisk høgskole, Samisk legeförening, Finnmarkssykehuset ved Sami klinikk, NRL – Norske Reindriftsamers Landsforbund, Arran lulesamisk senter, Senter for nordlige folk, Várddáiki – samisk senter, Aajega samisk språk- og kultursenter Røros, Samisk hus Oslo, Sørsamisk helsenettverk, Interregional arbeidsgruppe – spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen ved Helse Nord RHF, Regionalt kompetansenettverk – spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen ved Helse Nord RHF, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester for den samiske befolkningen i Finnmark (USHT), Bufetat region nord, NASAK – Nasjonalt samisk kompetansesenter, samt de samiske språkforvaltningskommunene: Karasjok, Kautokeino, Nesseby, Porsanger, Tana, Kåfjord, Lavangen, Tjeldsund, Hattfjelldal, Hamarøy, Snåsa, Røyrvik og Røros. Kari Bøckmann, psykologspesialist og seniorrådgiver i Helse Nord RHF, har bidratt med tekst til kapittelet om samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv.

Utvalget har ønsket at kvinners stemmer skal være synlige i rapporten, og at de skal lyttes til av de som mottar utvalgets anbefalinger. Disse stemmene er plassert i tekstbokser på ulike steder i rapporten. Av personvern hensyn er alle kvinnene anonyme. Helsesenter for papirløse migranter har innhentet den papirløse kvinnens stemme. Den papirløse kvinnens historie er oversatt til norsk av telefontolk.

2.3.5 Arrangementer

Utvalget har arrangert to åpne webinarer i løpet av utvalgsperioden:

- webinar om kjønn og helse 26. august 2021
- webinar om fastlegers møte med kvinners helse 28. oktober 2021

Utvalgets møter på Alrek helseklynge i Bergen 17.–18. mars 2022 ble holdt som åpne møter med unntak av diskusjonsdelen, og samtlige presentasjoner ble strømmet.

17. mars 2022 arrangerte utvalget sammen med podcasten Femihelse og Norske Kvinners Sanitetsforening en livepod på Kvinnehelsehuset i Bergen, med tema «Kvinnehelse – hvorfor trenger vi en ny NOU om kvinnehelse»?

2.3.6 Eksterne oppdrag

Som del av utvalgets utredningsarbeid har utvalget bestilt og mottatt følgende eksterne rapporter:

- *Kvinnens liv og helse siste 20 år*, Statistisk sentralbyrå
- *Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner*, Folkehelseinstituttet
- *Kjønnsstratifiserte analyser i norske behandlingsstudier: en systematisk kartleggingsoversikt*, Folkehelseinstituttet
- *Helse og kjønn i et likestillingsperspektiv*, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- *Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester på utvalgte områder*, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Rapportene er vedlagt utredningen som elektroniske vedlegg.

Utvalget har også bestilt og mottatt rapporten *Samiske kvinners helse* fra Senter for samisk helseforskning.

Etter avtale med forfatterne av rapportene er funn og tekst fra rapportene gjengitt i utredningen. Utredningens besvarelse av mandatets første hovedspørsmål «Hvordan er kvinners helse i Norge og hva er de største utfordringene vi står overfor når det gjelder sykdomsforekomst, risikofaktorer og kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester?» bygger i stor grad på rapporten «*Kvinnens liv og helse siste 20 år* fra Statistisk sentralbyrå (22).

Utvalget takker forfatterne av rapportene for viktige bidrag til utredningen.

2.4 Utvalgets forståelse og avgrensning av mandat

Slik utvalgets mandat er utformet, er formålet med utredningen å gi en kunnskapsoversikt om kvinners helse, og hva de største utfordringene er når det gjelder sykdomsforekomst, risikofaktorer og kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester. Utvalget er videre bedt om å undersøke hvordan kjønnsforskjeller er avdekket, forstått og behandlet i både forskning og politiske initiativ. Mandatet er omfattende, og utvalget ser at det er nødvendig å beskrive sin tolkning og avgrensning.

I kunnskapsoversikten om kvinners helse har utvalget valgt å belyse sentrale utviklingstrekk i kvinners helseutvikling siden forrige utredning, med vekt på statistikk fra Statistisk sentralbyrå og andre relevante kilder. I tråd med føringer i mandatet har utvalget vurdert kvinners helse i et livsløpsperspektiv. Utvalget har videre belyst hvordan kjønn samvirker med andre diskrimineringsgrunnlag. Selv om utvalget i gjeldende mandat ikke er bedt om å utrede helsen til kvinner i fengsel, har utvalget ønsket at dette skal utgjøre en del av utredningen. Utvalget har også lagt vekt på å innhente kunnskap om samiske kvinners helse og helsen til kvinner som er pårørende.

Sundby-utvalgets utredning (23) gav en omfattende oversikt over mange plager og sykdommer som er relevante for kvinner. Utvalget har valgt å beskrive noen enkelttilstander og sykdommer som er relevante i de ulike livsfasene, og som belyser særskilte utfordringer eller mangler på helseområdet. Utvalget presiserer at listen over sykdommer og plager som vises til i utredningen, ikke er uttømmende. Utvalget har fått en rekke innspill om vanlige og mindre vanlige helse-tilstander som rammer kvinner. Mange av disse tilstandene vil ikke være nevnt i denne utredningen av plasshensyn.

I arbeidet med å vurdere håndteringen av kjønnsforskjeller- og kjønnsperspektivet i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og forskning og utdanning har utvalget gjennomgått relevante rettslige rammer, samt handlingsplaner, strategier og meldinger på helse- og omsorgsområdet. Utvalget har lagt vekt på å kartlegge systematisk arbeid for å innlemme kjønnspektiver i utredninger, beslutninger og implementering av helsepolitikk, heller enn å presentere eksempler på enkelttiltak.

I arbeidet med utredningen har utvalget prioritert å sammenstille et omfattende kunnskapsgrunnlag som belyser betydningen av kjønn for helse. Utvalget har lagt vekt på å hente inn relevant, og i stor grad nyere, forskning fra nasjonale og internasjonale forskningsmiljøer. Av dette arbeidet følger en omfattende litteraturliste. Utvalget har prioritert denne sammenstillingen av kunnskap for å belyse det omfattende kunnskapsgrunnlaget som understreker behovet for at kjønn i større grad anerkjennes i helse- og omsorgssektoren. Utvalget mener en kan dra nytte av dette kildematerialet i Regjeringens videre arbeid med kvinners helse og kjønnspektiv i helse.

Utvalget har valgt å omtale helse, kjønn og teknologi i en egen del av rapporten. Utvalget ønsker

med dette å rette blikket mot framtiden. Store deler av offentlige tjenester, inklusive innen helse, er allerede digitalisert, noe som skal bidra til å avlaste en helsetjeneste under press, men også til bedre og mer tilgjengelige tjenester samt bedre kommunikasjon, brukermedvirkning og forebygging. Det knyttes særlig store forventninger til hva framskrittene innen kunstig intelligens og målet om en mer personlig tilpasset medisinsk behandling kan bety for helse. Utvalget belyser hvordan teknologiske framskritt kan bety et løft for kvinners helse, men også forsterke eksisterende kjønnsforskjeller i helse, dersom en ikke er bevisst teknologiens fallgruver.

2.5 Utvalgets utgangspunkt

2.5.1 Et mål om likeverdig og god helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som (...) *en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser* (24). På individnivå er denne sammenhengen viktig fordi mange oppgir at helse er tett knyttet til trivsel og livskvalitet (25). Definisjonen legger altså et viktig grunnlag for et helhetlig syn på helse – og dermed også på kvinnehelse.

Samtidig har definisjonen blitt kritisert for å sykeliggjøre alle mennesker som *ikke* opplever en slik tilstand som definisjonen beskriver. Verdens helseorganisasjon peker i definisjonen på at god helse innebærer en tilstand av *både* fravær av sykdom og fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære. En slik tilstand kan for mange oppleves som uoppnåelig. Selv om helse er tett knyttet til trivsel og livskvalitet, er det viktig å skille mellom fravær av velvære, og sykdom som bør behandles (26). Helsedefinisjonen og målsetningen til Verdens helseorganisasjon er derfor ikke nødvendigvis godt egnet som utgangspunkt for en nasjonal helsetjeneste med begrensede ressurser. Likevel er de viktige elementer for å ivareta en helhetlig forståelse av helsebegrepet som et biopsykososialt fenomen, og de kan fungere som rettesnor i arbeidet for å bedre den nasjonale folkehelsen og kvinnehelsen.

Utvalget ser en egenverdi i god helse og livskvalitet for den enkelte, men også i et mer overordnet samfunnsperspektiv, og i et folkehelseperspektiv. Utvalget har i arbeidet med utredningen tatt utgangspunkt i følgende målsetning:

Alle i Norge, uavhengig av kjønn, skal ha likeverdige muligheter til god helse og livskvalitet.

God helse er en viktig forutsetning for å kunne utvikle seg personlig, sosialt og økonomisk, for å

kunne delta i arbeidslivet og bidra i samfunnet. God helse er således viktig for å mestre utfordringene i hverdagen og sikre god livskvalitet. Utvalget ser god helse i befolkningen som en av samfunnets viktigste ressurser.

Å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, er ett av FNs mest sentrale bærekraftsmål (27). God og likeverdig helse i befolkningen er også en overordnet målsetting for den norske helse- og omsorgspolitikken. Utvalget finner grunn til å understreke at målet om god helse og muligheten til likeverdighet i helsetjenester gjelder for alle, uavhengig av kjønn. At det er behov for et løft for kvinners helse, står ikke i motsetning til behov for å belyse og løfte kunnskapen om menns helse. I denne sammenhengen viser utvalget til det pågående arbeidet til det regjeringsoppnevnte Mannsutvalget.

2.5.2 En biomedisinsk tilnærming

I den biomedisinske tilnærmingen er det den tradisjonelle naturvitenskapelige forståelsen av helse og sykdom som legges til grunn. Helse og sykdom utforskes og forstås med naturvitenskap og teknologi. Helse anses som normaltstanden, og sykdomsbegrepet defineres ut fra det som anses som et avvik fra det statistisk sett «normale». Sykdom anses som verdinøytralt (28, 29). Sykdomsforståelsen bygger på et objektivt perspektiv og at sykdom kan identifiseres på en objektiv måte, eksempelvis ved bruk av medisinsk teknologi. Dagens medisin og helsefag baseres imidlertid ikke bare på en biomedisinsk tilnærming. Den faglige tilnærmingen innen medisin og helsefag er basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes behov og ønsker. Helse forstås som et resultat av interaksjon mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer på individ- og systemnivå (30).

2.5.3 En biopsykososial tilnærming

Den biopsykososiale tilnærmingen regnes som et sentralt rammeverk når det gjelder menneskets helse og sykdom. I denne tilnærmingen, lansert av George Engel (31), tas det enkelt forklart utgangspunkt i at både biologiske, sosiale og psykologiske forhold påvirker vår helse.

Den biopsykososiale tilnærmingen kan ses på to måter. På et overordnet nivå dreier tilnærmingen seg om at forståelse av smerte, sykdom og lidelser påvirkes av forhold på flere nivåer – biologiske, relasjonelle og samfunnsmessige. På et mer praktisk nivå er det en måte for helsepersonell å

forstå at pasientens subjektive erfaring er sentral for riktig diagnose, helseutfall og omsorg (32, 33).

Utvalget mener at en biopsykososial tilnærming kan være et bidrag til innsikt i helse, og en måte å forstå hvordan sykdom og uhelse oppstår og vedlikeholdes. Sykdom oppstår ikke i et vakuum, men er ofte en konsekvens av genetiske sårbarheter og miljøfaktorer som livsstil og levevaner, og et samspill mellom disse. Utvalget legger til grunn at det ikke alltid vil være likevekt mellom biologiske, sosiale og psykologiske årsaker til den enkeltes plage eller lidelse. Videre er det ikke alltid mulig å peke på og isolere hvilken betydning de ulike faktorene har. På samfunnsnivå er det likevel verdi i å se sykdom og helse i et helhetlig perspektiv, hvor flere faktorer er med på å påvirke folkehelsen.

2.5.4 Kvinnehelse i et livsfaseperspektiv

Tradisjonelt har kvinnehelse vært assosiert med kvinners reproduktive helse. Utvalget tar utgangspunkt i en bredere forståelse av kvinnehelse: kvinnehelse omfatter alle kvinners helse, og kjønn har betydning for helse gjennom hele livsløpet. I likhet med Sundby-utvalget (23) redegjør dette utvalget for sykdommer og helseplager som bare rammer kvinner, sykdommer og helseplager som rammer flere kvinner enn menn, og sykdommer og helseplager som har andre konsekvenser for kvinner enn for menn.

Utvalget understreker viktigheten av å se helse i et livsfaseperspektiv. Belastninger tidlig i livet kan føre til senere helseproblemer og sykdomsutvikling. Prospektive studier har funnet sammenhenger mellom negative opplevelser i barndommen og økt risiko for å utvikle sykdom senere (34, 35). Stress og belastning i barndommen og tenårene kan føre til en forhøyet risiko for både psykiske og somatiske helseutfordringer senere i livet (36). Omsorgssvikt, vold og overgrep er eksempler på traumatiske hendelser som kan ha alvorlige helsekonsekvenser (37).

Jenter og kvinner opplever ulike helseutfordringer og har ulike behov for helsehjelp gjennom livsløpet. Mange kvinner går gjennom perioder i livet hvor behovet for helsetjenester er betydelig større enn ellers, slik som ved svangerskap, fødsel og barsel. Overgang fra å være barn, til kvinne i fruktbar alder, kan også medføre endringer i behovet for helsetjenester, blant annet relatert til oppfølging i forbindelse med langtidsvirkende prevensjon eller knyttet til menstruasjonsrelaterte plager. Mange kvinner opplever også helseplager i forbindelse med overgangs-

alder. Å bli eldre medfører en generell forhøyet risiko for sykdom, og denne risikoen øker med økende alder (38). Personer over 65 år har i gjennomsnitt to kroniske sykdommer, og en større andel kvinner enn menn har flere kroniske sykdommer samtidig (39).

Siden kvinner opplever ulike helseutfordringer i løpet av livet, og fordi deres behov for helsetjenester endrer seg deretter, er et livsfaseperspektiv på helse helt avgjørende for å kunne iverksette både forebyggende og behandlende tiltak som fremmer helse.

2.5.5 Et kjønnsperspektiv på helse

Det følger av mandatet at utredningen skal gi en kunnskapsoversikt over temaene kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Utvalget legger til grunn at et kjønnsperspektiv i denne sammenheng innebærer en forståelse av samspillet mellom biologisk og sosialt kjønn i helse, sykdom og medisin.

2.5.6 Biologisk kjønn (sex)

Forskjellen mellom biologisk og sosialt kjønn er også relevant for kunnskap om kjønn og helse. På engelsk har kjønn to oversettelser, «sex» og «gender». I dag er det enighet om å bruke «sex» som begrep for å beskrive biologisk kjønn, og «gender» for å beskrive sosialt konstruert kjønn (40–43).

Biologisk kjønn viser til de biologiske, anatomiske og fysiologiske forskjellene mellom menn og kvinner. Det dreier seg for eksempel om kjønnsforskjeller i reproduktive organer, hormonnivå og muskelmasse. Genetiske kjønnsforskjeller dannes ved kromosomkombinasjoner i embryoet. Menn har oftest et X- og et Y-kromosom, mens kvinner har to X-kromosomer. Kromosomene påvirker kjønnsforskjeller i den molekylære sammensetningen av alle mannlige og kvinnelige celler. Kombinering av genetiske og hormonelle forskjeller utgjør de ulike biologiske kjønnsforskjellene mellom kjønn. Disse forskjellene påvirker både sykdom, og hvordan en reagerer på behandling (40).

Det er de biologiske ulikhetene som tradisjonelt har vært medisinens grunnlag for forståelse av kjønn (44). Utvalget vektlegger betydningen av biologisk kjønn som viktig for å forstå forskjeller i sykdom og helse. Utvalget understreker imidlertid at det finnes betydelig biologisk overlapping mellom kjønnene. Et komplekst bilde av biologiske forskjeller tegner seg også når vi inkluderer

de barna som fødes med «interkjønn» – variasjoner i kroppslig kjønnsutvikling. Biologisk forskning er nå også stadig mer interessert i et videre spekter av biologisk kjønn (45).

2.5.7 Sosialt kjønn (gender)

Sosialt kjønn refererer til sosialt konstruerte normer som påvirker roller, relasjoner, posisjonell makt gjennom livet, og våre handlinger (46–49). Hvilke holdninger samfunnet har til sosialt kjønn, endres gjerne over tid og i ulike kontekster (50). Sosialt kjønn spiller også sammen med andre forhold, som biologisk kjønn, alder, sosioøkonomiske forhold, seksuell orientering og etnisitet.

Det er vanlig å skille mellom minst to dimensjoner ved sosialt kjønn; kjønnsnormer og kjønnsidentitet. Kjønnsnormer refererer til sosiale og kulturelle holdninger og forventinger til hvilken atferd, hvilket arbeid og kunnskap som anses som passende for kvinner, menn og ikke-binære. Kjønnsnormer kan opprettholdes og forsterkes gjennom ulik distribusjon av ressurser og gjennom diskriminering (49). Kjønnsidentitet er en persons opplevelse av å være kvinne, mann, ingen av delene eller begge deler. De fleste identifiserer seg med samme kjønn som ved fødselen, men det gjelder ikke alle (51). Se nærmere om dette under 2.5.9.

2.5.8 Biologisk og sosialt kjønn i samspill

Utvalget er bevisst på at det er diskusjoner rundt hvilken rolle særlig sosialt kjønn har for helse og for kjønnsforskjeller i helse. Utvalget understreker viktigheten av å unngå en polariserende debatt der biologi og sosiale forhold settes opp mot hverandre.

Det er i dag tilslutning til at samspillet mellom det biologiske og det sosiale er relevant for kunnskap om kjønn og helse (40, 49, 52, 53). Utvalget tar ikke stilling til vektingen av biologisk og sosialt kjønn. Skillet mellom biologisk og sosialt kjønn er ikke absolutt, og forskningen er ikke entydig på hvor grensen mellom biologi og sosialisering går. Et eksempel er fra nevrovitenskapen, studiet av sammenhengen mellom nervesystemet og mentale funksjoner. Her tar for eksempel Fine (54) til orde for at nevrovitenskapen underbygger gammel-dagse kjønnsstereotypier ved å overdrive hvor utbredt de biologiske forskjellene faktisk er, og den betydningen de har for psykologiske forskjeller mellom kjønnene. Kjønn ved fødsel vil ha betydning for opplevelser og erfaringer gjennom livet, påpeker Fine. Fordi sammenkoblinger i hjernen

Boks 2.1 Reaksjon på giftstoffer – biologisk og sosialt kjønn i samspill

Et typisk eksempel er forskjeller mellom kjønnene i reaksjoner på giftige kjemikalier (55). Biologisk er kvinner ofte mer sårbare for giftstoffer. Dette ses i forbindelse med sykdom, graviditet, amming og overgangsalder. Kvinner har også større fettreserver enn menn, noe som gjør at de ofte er mer sårbare for fettoppløselige kjemikalier. Menn er imidlertid mer utsatt for giftige kjemikalier fordi de i mange samfunn oftere har jobber hvor de blir eksponert for slike stoffer (56). Kjønnsforskjellene er i dette tilfellet et resultat av både biologiske og sosiale faktorer.

påvirkes av hva vi opplever, vil kjønn, som sosialt fenomen, også få betydning for hjernens utvikling.

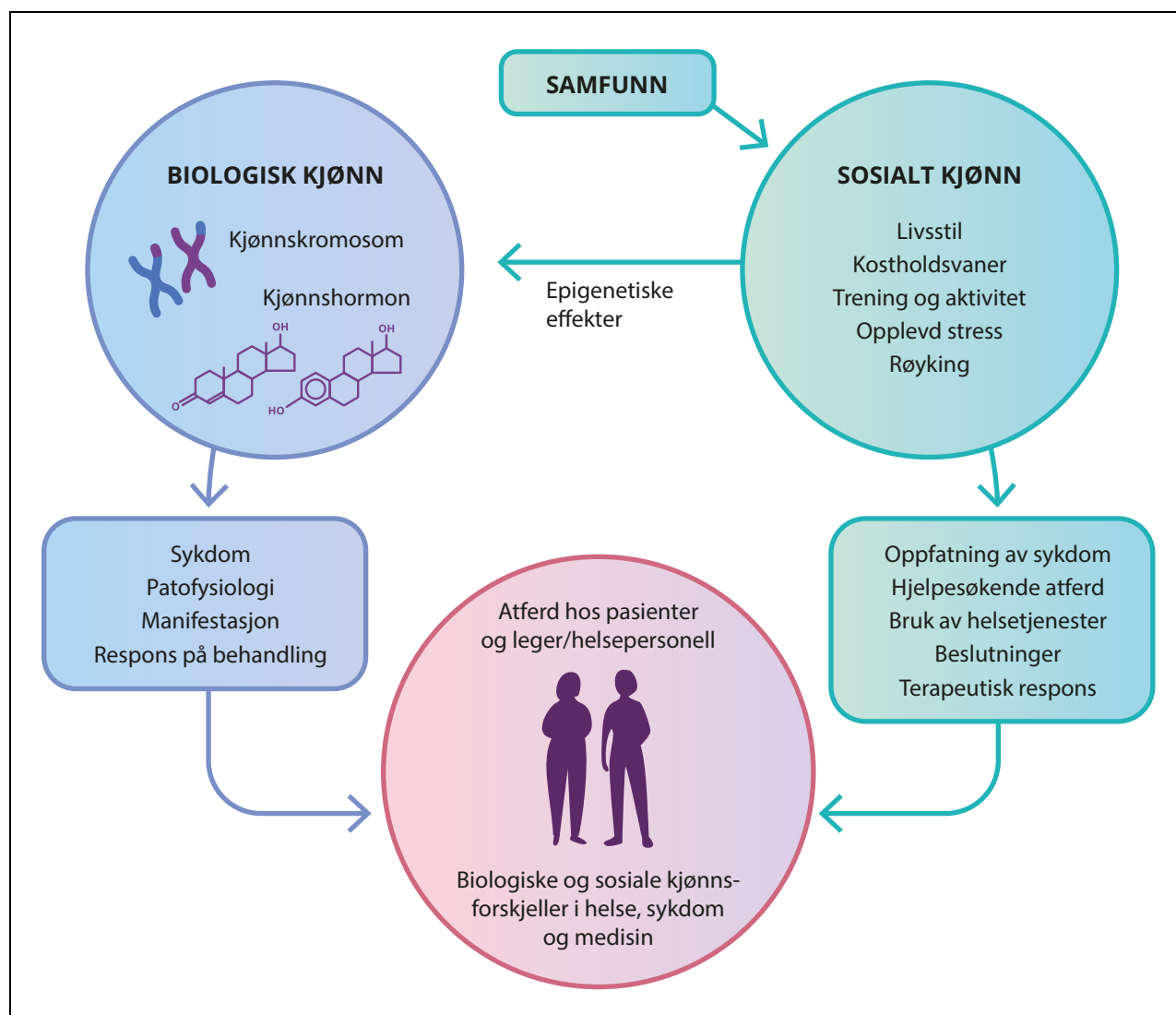
Utvalget har lagt vekt på å belyse kjønnsforskjeller som går på bekostning av prinsippet om likeverdighet i helse. Utvalget legger til grunn at både biologiske, sosiale og psykologiske faktorer har betydning for helse. Samspillet mellom disse faktorene vil variere på ulike helseområder. Utvalget ser det ikke som sin oppgave å ta stilling til vektingen mellom disse.

2.5.9 Kjønnsmangfold og kjønnsinkongruens

Utvalget er oppmerksom på at trange roller og forventninger til kjønn kan føre til at flere føler at de ikke passer inn i kategoriene jente/gutt, eller kvinne/mann. Kjønnsmangfold referer til at det finnes flere kjønnsidentiteter enn kvinne og mann (51).

Utvalget er også bevisst på at noen opplever at deres kjønnsidentitet ikke samsvarer med det biologiske kjønn de er født med. Begrepet kjønnsinkongruens benyttes for å beskrive manglende samsvar mellom det kjønn man er født med, og den oppfatning en har av eget kjønn. De som opplever kjønnsinkongruens, vil i mange tilfeller ha behov for kjønnsbekreftende behandling (58). I Norge har til sammen rundt 1700 personer byttet eller søkt om å bytte juridisk kjønn (59).

Personer med kjønnsinkongruens er en gruppe som kan være særlig sårbar i møte med helsetjenesten. Utvalget vil understreke behovet for at denne gruppen møtes med respekt og åpen-



Figur 2.1 Samspillet mellom biologisk og sosialt kjønn i helse, sykdom og medisin. Gjengitt med tillatelse fra Mauvais-Jarvis et al. (57)

het, og at den gis et helsetilbud som er langt bedre enn i dag. Det er utvalgets oppfatning at det bør nedsettes et eget offentlig utvalg som ser på dagens helsetilbud til transpersoner og personer med kjønnsinkongruens.

Utredningen bygger på et vidt spekter av relevante undersøkelser og studier. Dette grunnlaget er i stor grad basert på folkeregisterdata som opererer med et klart skille mellom to kjønn. I andre deler av kunnskapsgrunnlaget brukes det selvrapporterte data, der personer svarer selv om de identifiserer seg som mann eller kvinne. I utvalgets arbeid har det ikke vært mulig å differensiere mellom hvordan kjønn rapporteres i de ulike undersøkelsene.

Kunnskapsunderlaget har ikke gjort det mulig for utvalget å belyse på en god måte de særlige utfordringene personer som ikke identifiserer seg

som mann eller kvinne, opplever. Dette er heller ikke en del av utvalgets mandat. Utvalget legger imidlertid til grunn at flere av de helseutfordringene utvalget omtaler, er relevante både for de som ble registrert som kvinne ved fødsel, og andre som identifiserer seg som kvinne.

2.6 Utvalgets tilnærming til helse

Utvalget er oppmerksom på at ulike fagdisipliner har ulike tilnærminger til forståelse av forskjeller i helse generelt, og kjønnsforskjeller spesielt. Utvalget har vurdert at det verken er mulig eller nødvendig å gi en fullstendig redegjørelse for de ulike tilnærmingene. På det brede og komplekse feltet utvalget behandler, vil ulike perspektiver kunne bidra til innsikt. Utvalget ser det ikke som

hensiktsmessig å ta standpunkt til ett bestemt perspektiv eller en bestemt forklaringsmodell for å kunne gi gode svar på utvalgets mandat.

Utvalget legger til grunn en helhetlig tilnærming til helse – at helse noen ganger hovedsakelig kan påvirkes av biomedisinske prosesser, men at helse også kan være et resultat av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosio-kulturelle og åndelige/eksistensielle faktorer. Utvalget har ikke funnet det som sitt mandat å ta stilling til hvilke sykdommer og helseplager som hovedsakelig har biomedisinske årsaker, og hvilke sykdommer som kan forstås å ha mer komplekse, sammensatte årsakssammenhenger. Utvalget trekker dette fram for å peke på behovet for å søke etter årsaksforklaringer med bred front, når det gjelder sykdommer som vi ikke vet årsaken(e) til.

I dette arbeidet har utvalget vurdert at både den biomedisinske modellen, den biopsykososiale forklaringsmodellen og perspektiver fra samspillet mellom biologisk og sosialt kjønn er viktige forklaringsmodeller. Utvalget understreker viktigheten av å unngå polariserte framstillinger av forskjeller i helse som en ofte kan finne igjen i «arv og miljø»-diskusjoner.

2.7 Utredningens videre oppbygning

2.7.1 Del 1 Innledning

I innledningen oppsummerer utvalget sin diagnose og anbefalte tiltak, etterfulgt av utvalgets oppnevning, mandat og arbeid. Deretter beskriver utvalget sin tolkning av mandatet, utvalgets utgangspunkt og utvalgets tilnærming til helse og kjønn samt noen sentrale begreper. Utvalget ser videre på hva som er gjort siden forrige offentlige utredning om kvinners helse i Norge fra 1999 (23).

2.7.2 Del 2 Kjønn og helse

I del 2 av utredningen beskriver utvalget hvorfor og hvordan kjønn har betydning for helse. Utvalget løfter fram noen viktige biologiske kjønnsforskjeller som har betydning sykdommer mange kvinner rammes av. Utvalget belyser deretter hvordan kvinnehelsens lave status, manglende samordning, en svikende kunnskapsbro, kombinert med at kvinners stemmer får for lite gjennomslag, står i veien for likeverdige helsetjenester og får konsekvenser for kvinners helse. Utvalget ser videre på hvordan kvinneliv og kvinnehelse er tett forbundet, blant annet gjennom det betydelige

ansvaret kvinner tar i familien. Utvalget ser deretter på hvordan kjønnsforskjeller i helse er i samspill med andre forskjellskapende dimensjoner ved å belyse noen sentrale helseutfordringer som kvinner fra ulike minoritetsgrupper kan erfare.

Det presiseres i mandatet at utvalget skal gjennomgå politiske initiativ, som handlingsplaner og strategier. Avslutningsvis i del 2 belyser utvalget sine perspektiver knyttet til tre hovedområder: rettslige rammer, sentralforvaltningens oppgaver og virkemidler, og kunnskap som foreligger om hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektiv ivaretas i dagens helsesystem. Her beskrives utvalgets vurdering av hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektivet ivaretas i folkehelsearbeidet, i helse- og omsorgstjenestene og innen helsefaglig forskning og utdanning.

2.7.3 Del 3 Kvinners helse i livsfaser

Utvalget er bedt om å vurdere hva som er de største utfordringene for kvinners helse i ulike livsfaser; fra ungdom og unge voksne, til reproduktiv alder, midt i livet og gjennom alderdommen. For utvalget er det imidlertid sentralt å presisere at et livsfaseperspektiv på kvinners helse også bør omhandle det grunnlaget som legges i livets første fase. Utvalget belyser derfor først barns helse og bruk av helsetjenester, samt hvilken betydning barndommen har for kvinners helse gjennom livet. Deretter ser utvalget på jenter og kvinners helseutfordringer i ulike livsfaser og hvordan disse blir møtt av helsetjenesten. Utvalget har valgt å løfte fram utvalgte helseutfordringer som rammer svært mange kvinner og/eller som har stor betydning for kvinners helse i de ulike livsfasene. Utvalget presiserer at kapitlene i denne delen ikke dekker alle helseutfordringer kvinner står overfor gjennom livet. Utvalget har derimot valgt å sette søkelys på de valgte helseutfordringene fordi de rammer svært mange kvinner, og fordi utvalget ser et betydelig potensial for målrettet forebygging og behandling av disse. I denne delen av utredningen ser utvalget også nærmere på samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv. Utvalget belyser også pårørendeomsorg og kvinnehelse i denne delen.

2.7.4 Del 4 Kjønn, helse og teknologi

Utvalget er i mandatet også bedt om å vurdere hvordan utviklingstrekk i samfunnet, slik som utviklingen innen teknologi og digitalisering, kan påvirke kjønnsulikhet i helse og helsekompe-

tanse. Utvalget legger til grunn at teknologiske framskritt raskt kan endre det vi dag oppfatter som etablerte, hensiktsmessige og foretrukne løsninger i helsesektoren. Utvalget ser i utgangspunktet positivt på utviklingen som skjer innen teknologi og digitalisering i helse. Utviklingen innen persontilpasset medisin har særskilt potensial til å gi oss mer kunnskap om kvinners helse enn vi har tilgang til i dag.

Utvalget er samtidig opptatt av å belyse at den teknologiske utviklingen kan forsterke eksisterende bevisste og ubevisste skjevheter, gjerne kalt «bias». Flere studier viser at teknologi basert på kunstig intelligens kan føre til diskriminering på grunn av kjønn eller etnisitet (60). Teknologiske

framskritt i helsesektoren utgjør dermed både en mulighet og en utfordring for kvinners helse.

2.7.5 Del 5 Utvalgets anbefalinger

Utvalget er i mandatet bedt om å komme med anbefalinger om noen prioriterte innsatsområder og tiltak som er relevante for regjeringens kommende strategi for kvinnehelse. I del 5 av utredningen presenterer utvalget sine anbefalte tiltak. Utvalget har vurdert økonomiske og administrative konsekvenser av de anbefalte tiltakene i utredningens siste kapittel og gitt en samlet oversikt over kostnadsanslag.

Kapittel 3

Hva har skjedd siden 1999?

Kvinnens helse i Norge ble første gang utredet av et utvalg oppnevnt i 1997, ledet av professor Johanne Sundby. En omfattende NOU ble lagt fram i 1999. Utredningen *Kvinnens helse i Norge* pekte på en rekke områder der kjønnsperspektiv bør vektlegges for å oppnå likeverdige helse-tjenester for kvinner i Norge (61). I deler av helse-tjenesten har det skjedd framskritt innen forebygging og behandling av flere sykdommer som rammer kvinner, som brystkreft og livmorhalskreft. De siste 20 årene har vi også sett store framskritt knyttet til bioteknologi, teknologiske muligheter og digitalisering.

Mange av utfordringene som ble løftet fram i 1999, er imidlertid fortsatt aktuelle i dag. Vi ser at anbefalingen om å inkludere kjønnsperspektivet i helsepolitiske beslutningsprosesser, kun fikk økt oppmerksomhet de første årene etter at utredningen ble lagt fram. Utvalget merker seg at det systematiske og samordnede arbeidet for å sikre likeverd i helse, uavhengig av kjønn, har uteblitt. Utvalgets vurdering er at tiltak for å følge opp Sundby-utvalgets anbefalinger ikke har hatt den kontinuiteten som kreves for å løfte kvinnehelsefeltet.

I dette kapitlet oppsummerer og belyser utvalget utviklingen på kvinnehelsefeltet i Norge siden forrige NOU om kvinners helse ble lagt fram i 1999. I kapitlet ser utvalget særskilt på Sundby-utvalgets anbefalinger knyttet til beslutningsprosesser, kunnskapsutvikling og formidling, helsepraksis, og vold og overgrep. Utvalget understreker at kapitlet ikke er en uttømmende gjennomgang, og det vil være tiltak og innsats som ikke omtales.

3.1 Hovedfunn i NOU 1999: 13 *Kvinnens helse i Norge*

Sundby-utvalget avdekket manglende kunnskap om kvinners helse og løftet behovet for å integrere kjønnsperspektivet i forskning, helsepolitikk og i helsepraksis. Brukerperspektivet og

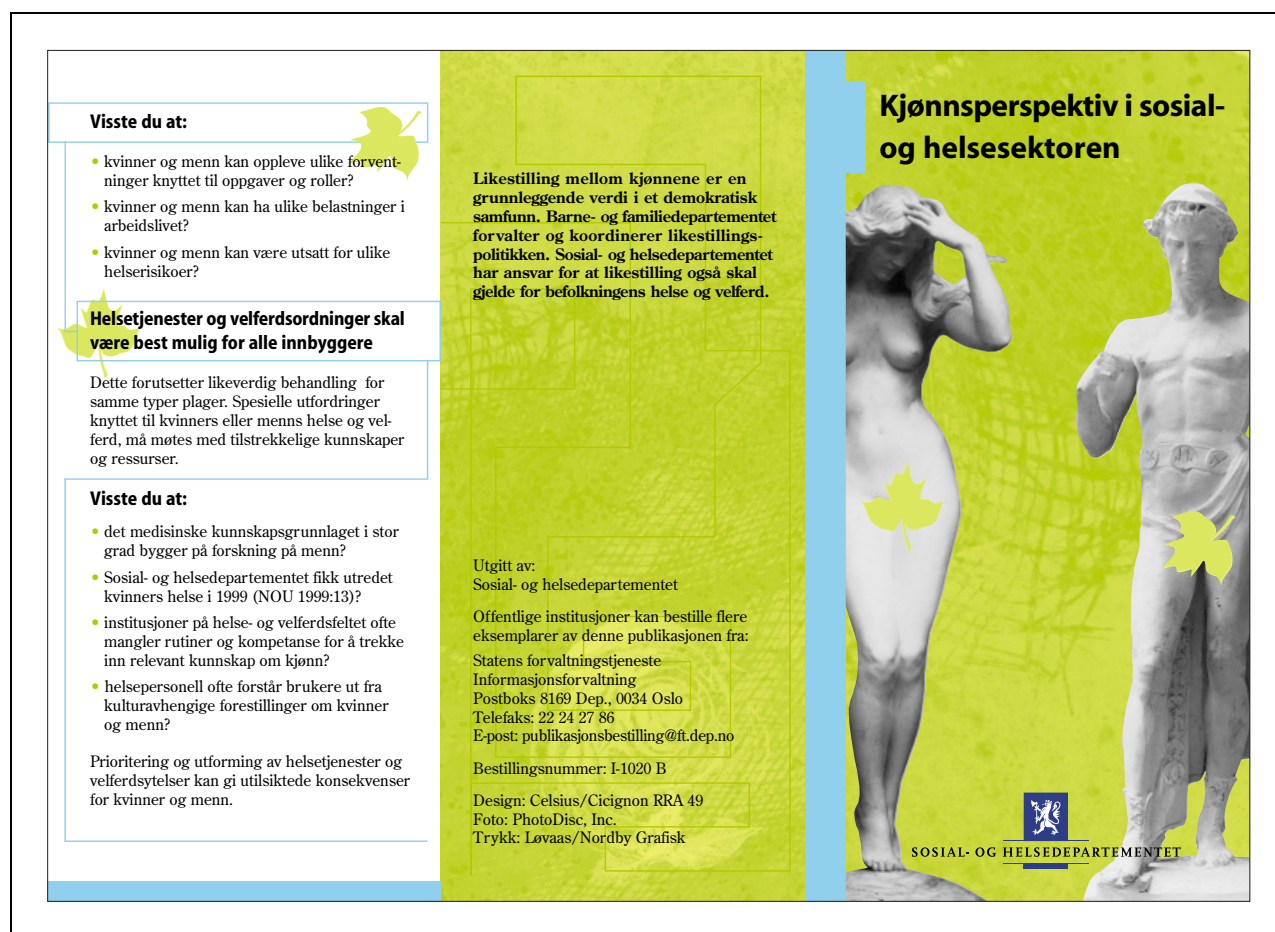
tverrfaglig samarbeid ble løftet som særlig viktig i arbeidet med kvinners helse. Utvalget framhevet fravær av struktur, rutiner og verktøy for å sikre integrering av kjønnsperspektiv i forskning, politikkutforming, styrende dokumenter, forebyggingsarbeid, utdanning og helsetjenester.

Utvalget foreslo å ta i bruk kjønnsspesifikk kunnskap i større grad der den finnes og å framskaffe slik kunnskap der den ikke finnes. Utvalget fant kunnskapsmangel om spesifikke kvinnesykdommer, men også et kunnskapsbehov om sammenhenger mellom helse og levekår. Det ble særskilt pekt på kunnskapsbehov om helse og levekår blant kvinner med nedsatt funksjonsevne, samiske kvinner og innvandrerkvinner. Utredningen viste til at det allerede fantes viktig kunnskap som kunne anvendes for å bedre behandling og forebygge kvinners helseplager, men at det skortet på formidling og integrering av kunnskapen.

Å sikre likeverdige tjenester og likeverdig tilgang til god helse var et mål for kvinners helse også i utredningen i 1999. Det ble påpekt at kvinner må gis like god utredning og behandling som menn, og at dette ikke nødvendigvis betyr at utredning og behandling skal være identisk når det gjelder helseplager som rammer både kvinner og menn. Sundby-utvalget understreket viktigheten av å gi tilstrekkelige ressurser til utredning og behandling av helseplager som kun rammer kvinner.

3.2 Oppfølgingen av anbefalinger fra 1999

Oppfølging av Sundby-utvalgets anbefalinger og arbeidet med kvinners helse er i hovedsak systematisert og oppsummert i tre dokumenter: *Kvinnehelsestrategien* (St.meld. nr. 16 (2002–2003)) fra 2003, *Gjennomgang av kvinnehelsestrategien og forslag til tiltak innenfor kjønn og helse* levert av Helsedirektoratet i 2014 (62), og likestillingsmeldingen fra 2015, *Likestilling i praksis* –



Figur 3.1 Kjønnsperspektiv i sosial- og helsesektoren (63).

Like muligheter for kvinner og menn (Meld. St. 7 (2015–2016)). I tillegg vises det til relevante tiltak i årlige budsjettproposisjoner, politiske dokumenter, stortingsmeldinger, tildelingsbrev og oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Basert på en gjennomgang av relevante dokumenter, omtales noen av de største arbeidene og endringene på kvinnehelsefeltet i dette kapitlet.

3.3 Beslutningsprosesser

En hovedkonklusjon i utredningen fra 1999 var at kjønnsperspektiv i større grad bør innlemmes i helsepolitiske beslutningsprosesser og i kunnskapsproduksjon. Sundby-utvalget mente at konsekvenser av tiltak og prioriteringer innen helse- og velferdsområdet i større grad måtte utredes både for kvinner og menn. Det ble foreslått større åpenhet rundt prosesser og prioriteringer i helsetjenesten og større grad av brukermedvirkning. Sundby-utvalget fremmet også forslag om å utvikle kriterier for dokumentasjon av kjønnsperspektiv i forskning, statistikkproduksjon og utredning.

Brosjyren *Kjønnsperspektiv i sosial- og helsesektoren* ble laget i 2001 (63). Målgruppen var saksbehandlere og beslutningstakere som skulle bidra til å sikre kjønnsperspektiv i Sosial- og helsedepartementets arbeid (se figur 3.1). Det er uvisst hvilken effekt dette initiativet har hatt, men ifølge kvinnehelsestrategien (64) bidro brosjyren til bevisstgjøring om kjønnsperspektivet blant sosial- og helsepersonell.

En undersøkelse gjennomført av utvalget i januar 2022, viser at avdelingene i Helse- og omsorgsdepartementet i dag ikke benytter felles rutiner, kriterier eller rapportering for å innlemme kjønnsperspektiver i sentrale styringsdokumenter eller beslutningsprosesser.

3.3.1 Fagråd

Fagråd for kvinnehelse ble opprettet i 2000 som ledd i Helsetilsynets oppfølging av Sundby-utvalgets utredning. Fagrådet ble oppnevnt for to år med forsker Inger Njølstad som leder (65). Fagrådet bisto Helsetilsynet i vurdering av blant annet helsetjenestetilbud og konsekvenser av

helsepolitiske reformer, planer og utspill for kvinners helse. Fagrådet konstaterte at kjønnsperspektivet var fraværende i flere nye offentlige dokumenter som *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer* og *Tiltaksplan mot fattigdom*. De anbefalte også at eldre kvinners helse burde få særlig oppmerksomhet (65). Helsetilsynet tok i bruk anbefalingene og synspunktene til fagrådet etter eget ønske (66).

Det første fagrådet ble videreført i Fagråd for kvinne- og kjønnsspørsmål i tilsyn i 2003, og i 2005 ble dette rådet videreført som Helsetilsynets fagråd for kjønnsperspektiv i tilsyn. I 2007 ble det etablert et prosjekt som arbeidet med å ivareta kjønnsperspektivet i veilederen for landsomfattende tilsyn av kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser. Denne innsatsen medførte dessverre ikke særlige resultater.

I juni 2007 ble det besluttet at Helsetilsynets fagråd for kjønnsperspektiv i tilsyn skulle opphøre. Per i dag har ikke Helsetilsynet generelle tiltak knyttet til kjønnsperspektiv eller kjønnsforskjeller. Samtidig jobber Helsetilsynet med områder som berører kvinners helse, for eksempel kvalitetskrav i fødselsomsorgen.

I dag er kvinnehelse en integrert del av enkelte av Helsetilsynets aktiviteter, og dette framgår av tall og aktiviteter som er beskrevet i årsrapportene, ifølge en e-post utvalget mottok fra Helsetilsynet i mars 2022.

3.3.2 Brukerperspektiv

Sundby-utvalget pekte på at kvinners egen innsikt og erfaring er en sentral kunnskapskilde for å fremme kvinners helse, og at brukerperspektivet kan være av særskilt betydning for kvinners helse.

Siden 1999 har rettsliggjøringen av helse- og omsorgssektoren medført etablering av en rekke bruker- og pasientrettigheter. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetaksloven (67–69). I pasient- og brukerrettighetsloven framkommer det at tjenestetilbudet så langt det er mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker, jf. § 3-1. Rettighetsfesting i helse- og omsorgssektoren og det aktuelle lovverket beskrives nærmere i kapittel 7.2.

Det er oppnevnt egne brukerutvalg eller brukerråd som skal fremme brukermedvirkning i alle helseforetakene, i Helse- og omsorgsdepartementet og i Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Helsetilsynet og Barne- ungdoms- og familie-direktoratet. I begynnelsen av 2010-årene innførte

Boks 3.1 Kvinnehelsealliansen – en sterkere stemme

I 2022 gikk Norske Kvinners Sanitetsforening sammen med flere bruker- og pasientorganisasjoner om å danne en allianse. Kvinnehelsealliansen skal løfte kvinnehelseområder (kvinnehelseområder) som er underkommunisert, underfinansiert og mangler tilbud. Alliansen består av Endometrioseforeningen, Landsforeningen for kvinnelig bekkenleddhelse, PMDD Norge, Stoffskifteforbundet, Vulvodyniforeningen, PCOS Norge, Norsk lymfødem- og lipødemforbund, Landsforeningen for kvinner med fødselsskade, og Osteoporoseforbundet (71).

Forskningsrådet krav om brukermedvirkning i forskning (70). I årene etter har Stiftelsen Dam, helseregionene og andre som finansierer forskning, innført samme krav. Dette bidrar til å skape arenaer hvor kvinner potensielt kan sette kvinnehelse på dagsorden gjennom brukermedvirkning og fremme kunnskapsutvikling om kvinnehelse.

Vi vet imidlertid lite om kjønnssammen-setningen i brukerutvalg og brukerråd, og om kvinners brukermedvirkning over tid. Utvalget er ikke kjent med undersøkelser eller studier som har sett særskilt på hvordan kvinners innsikt og erfaring benyttes som kunnskapskilde i spørsmål knyttet til kvinners helse.

3.4 Kunnskapsutvikling og formidling

Sundby-utvalget fant at det ikke ble tatt tilstrekkelig hensyn til kjønn som variabel i medisinsk forskning, og at kjønnsperspektivet ofte ble utelatt. Det ble foreslått flere tiltak for å styrke forskningen, kunnskapen og formidlingen av forskning om kvinners helse. Utvalget finner at flere av disse tiltakene ikke fikk tilstrekkelig oppfølging.

Utvalget finner ikke tegn til at myndighetene har arbeidet systematisk med å sikre at kjønnsperspektivet innlemmes i medisinsk og helsefaglig forskning. Det er fortsatt begrenset med forskningsbasert kunnskap om helse og levekår blant kvinner med funksjonsnedsettelse og blant samiske kvinner. Det er nærliggende å anta at helsepersonell har fått økt forståelse av kulturelle

forskjeller og marginalisering i løpet av de siste årene. Likevel er mangel på kulturforståelse fortsatt en utfordring i helsetjenesten.

3.4.1 Forskning på kvinners helse

Siden 2004 har Helse- og omsorgsdepartementet øremerket midler til Forskningsrådet for å finansiere forskning på kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Fra 2017 har Forskningsrådet jevnlig lyst ut øremerkede midler til kvinnehelseprosjekter. I de tre gjennomførte utlysningene (2017, 2020 og 2022) ble totalt 145 millioner kroner innvilget. Totalt har elleve prosjekter blitt finansiert av øremerkede midler for kvinners helse siden 2017. Utlysningen i 2023 hadde frist 8. februar og inntil 60 millioner kroner skal fordeles til fem prosjekter innen kvinnehelseforskning.

Forskningsrådet har kartlagt finansierte prosjekter med relevans for kvinners helse, utover de dedikerte utlysningene. Analysen fra 2021 viser at årlig utbetaling til kvinnehelseprosjekter (2018–2021) varierer mellom 91 og 116 millioner kroner, med et gjennomsnitt på 102 millioner kroner. I perioden var det i snitt 44 aktive kvinnehelseprosjekter hvert år. Forskningsrådet finansierte i 2020 rundt 15 prosent av all helseforskning i Norge, hvilket utgjorde 1,84 milliarder kroner til 1201 prosjekter. Selv om andelen forskningsmidler til kvinnehelse har økt siden 2004, utgjør satsingen en beskjeden andel av forskningsmidlene totalt.

I 2007 stilte Helse- og omsorgsdepartementet krav til de regionale helseforetakene om å ivareta kjønnsperspektivet i klinisk forskning. De ble blant annet bedt om å sikre at det gjennomføres analyser av forskningsresultater etter kjønn der det er relevant. De regionale helseforetakene har tidligere rapportert om hvordan tildelte forskningsmidler på kvinnehelse blir brukt. I oppdragsdokumentet for 2009 het det også at kjønnspektivet i klinisk forskning skal ivaretas ved at det gjennomføres analyser av forskningsresultater etter kjønn der dette er relevant. Videre skulle de regionale helseforetakene rapportere på andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter på kvinnehelse i årlig melding (72). I dag stiller imidlertid ikke Helse- og omsorgsdepartementet særskilte krav til helseforetakene om forskning på kvinners helse eller kjønnspektiv i forskning.

3.4.2 Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Et viktig grep for å styrke kunnskap og formidling om kvinners helse var opprettelsen av Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning (tidligere Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse). Senteret ble opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 og fikk status som nasjonalt senter for kvinnehelseforskning i 2020. Senteret er et nasjonalt forskningsmiljø som skal utvikle og øke kunnskapen om kvinners helse, med særlig oppmerk-

Boks 3.2 Prosjekter finansiert av Forskningsrådets dedikerte kvinnehelseutlysninger 2017–2022

- The MIPREG Study: Closing the gaps in maternity care to migrant women in Oslo (2018–2023)
- From synapses to symptoms in maternal mental health during pregnancy and postpartum (2018–2024)
- Trajectories of Emotional Disorders: Predictors and Why More Women? Testing a Biopsychosocial Model (2018–2023)
- Mental health disorders among minority women: risk factors and consequences from a life-course perspective (2018–2023)
- Improving treatment for women with endometrial cancer (2018–2023)
- Women's fertility – an essential component of health and well-being (2021–2025)
- Obstetric Care in Norway – A Collaborative and Knowledge-building project (2021–2025)
- Early intervention after rape to prevent post-traumatic stress disorder – a multicenter randomized control trial (2021–2025)
- Motherhood and Quality of Life: The causal processes of caregiving burden, illness coping, work-life, genetics, and social relations (2021–2025)
- Chronic pelvic pain – replacing ignorance with competence. A population-based joint venture study on scope, diagnostics, and burden (2023–)
- Gut microbiota alterations in anorexia nervosa – paving the way for personalized prebiotic treatment strategies (2023–)

Boks 3.3 Handlingsplan for likestilling i alle søknader

Fra 2022 innførte Forskningsrådet krav om handlingsplaner for likestilling for søkere og samarbeidspartnere til nasjonale utlysninger. Bakgrunnen er at EU-kommisjonen har innført dette kravet for utlysninger under EUs rammeprogram for forskning og innovasjon Horisont Europa. Forskningsrådet ønsker å være en pådriver for likestilling og kjønnsbalanse i forskningen og har derfor besluttet å innføre de samme kravene på organisasjonsnivå for søkere og samarbeidspartnere nasjonalt (73). Integrering av et kjønnsperspektiv i forskning og undervisningsinnhold er et anbefalt innsatsområde i handlingsplanene under Horisont Europa (74).

somhet på reproduktiv helse, svangerskapsomsorg, hjerte- og karsykdommer hos kvinner, belastningssykdommer og kreftformer som særlig rammer kvinner (75). Senteret er også tilknyttet prosjekter om innvandrerkvinner helse, for eksempel Mipreg-studien som ser på svangerskapsutfall blant nyankomne migrantkvinner i Norge (76). Senteret har initiert forskning på eldre kvinners helse, og driver også forskningsformidling (77). Gjennom kurs, seminarer og webinarer formidles forskning og kunnskap om kvinnehelse til helse- og omsorgspersonell, myndigheter og samfunnet (77). I Hurdalsplattformen har Jonas Gahr Støres regjering uttalt et ønske om å styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og å sikre at arbeidet systematiseres regionalt. I 2023 bevilger regjeringen 15,5 millioner kroner til Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning.

3.4.3 Helseregistre

Siden 1999 er flere helseregistre blitt opprettet eller gjort personidentifiserbare. Et eksempel er Reseptregisteret som inneholder informasjon om legemidler på resept, utlevert til enkeltindivider. Dataene er delt på kjønn og gir verdifull kunnskap om forskjeller i bruk av legemidler mellom kvinner og menn. Norsk pasientregister, som ble personidentifiserbart i 2008, inneholder også opplysninger om personer som har fått behandling på sykehus, i poliklinikk eller hos avtalespesialist. I

forskningssammenheng er det mulig å koble informasjon fra disse registrene og andre helseregistre med hverandre og med forskningsprosjekter. Dette kan gi flere muligheter for helseovervåking og for å innhente ny kunnskap om kjønnsforskjeller og kvinners helse. Det er imidlertid mange typiske kvinnesykdommer som forblir udiagnostiserte, og som dermed ikke fanges opp i helseregistrene. Mange forskere erfarer også at personvern hensyn gjør at søknadsprosessen knyttet til bruk av data fra flere helseregistre blir stadig vanskeligere. Se videre omtale av dette i kapittel 16.

3.4.4 Utdanning og professorater

Både Sundby-utvalget i 1999 og Helsedirektoratet i 2014 pekte på utdanningssektoren som en viktig arena for å heve kompetansen om å sikre kjønnspektiv på alle nivåer i helse- og omsorgssektoren.

Nasjonale retningslinjer innen helse- og sosialfag (RETHOS) skal definere sluttkompetansen for hver utdanning og minstestandard for kompetanse. Verken kjønnsforskjeller i helse, kvinners helse eller menns helse er nevnt i retningslinjene. Unntaket er en setning om at studentene skal ha «kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, uavhengig av kjønn, [...] kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder og bidra til å sikre likeverdige tjenester [...] for alle grupper i samfunnet» (78).

Ifølge en kartlegging gjennomført av Kilden kjønnsforskning.no og Norske Kvinners Sanitetsforening i 2020 «er ikke kjønnsperspektiver generelt og kvinnehelse spesielt systematisk integrert i helseprofesjonsutdanningene, verken på nasjonalt nivå eller i de studieprogrammene i utdanningene som er kartlagt» (s. 3). De anbefaler derfor at utdanningsinstitusjonene påser at de har forskere og undervisere med spisskompetanse på kjønn og kvinnehelse. De anbefaler også at kunnskaps- og kompetansemål om kjønnsperspektiver, kjønnsforskjeller og kvinnehelse inkluderes i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfag-utdanningene og i de nasjonale retningslinjene for de enkelte utdanningene (79). Se videre omtale i kapittel 7.

Både Sundby-utvalget og Helsedirektoratet (2014) har foreslått å opprette flere professorater i kvinnehelse for å sikre at kunnskap og formidling om kvinners helse ivaretas og styrkes ved de medisinske og helsefaglige utdanningene. Fra 1998 til 2021 har det vært ett professorat i kvinnehelse ved NTNU i Trondheim. Professoratet er

ikke videreført fra 2021, og det er ikke opprettet nye professorater.

Utvalget erfarer at det ved enkelte institusjoner, for eksempel ved UiT Norges arktiske universitet, har vært jobbet med å rekruttere flere kvinnelige professorer gjennom mentorordninger. Fra 1999 til 2019 har andelen kvinnelige professorer i Norge økt fra 12 prosent til 33 prosent. Medisin og helsefag hadde den høyeste andelen kvinnelige professorer i 2019, 47 prosent (80).

3.4.5 Hva vet vi i dag?

Selv om både Forskningsrådet, de regionale helseforetakene og andre aktører finansierer relevant og viktig forskning om kvinners helse, finner utvalget lite systematisert kunnskap om i hvilken grad kjønn i dag inkluderes som variabel i helsefaglig og medisinsk forskning. I 2018 utarbeidet Norske Kvinners Sanitetsforening i samarbeid med Kilden kjønnsforskning.no rapporten *Hva vet vi om kvinners helse*. Forfatterne gikk gjennom 1854 publikasjoner og fant at forskning på kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse, fortsatt bare utgjør en liten brøkdel av den totale mengden medisin- og helseforskning som gjennomføres i Norge (81).

På oppdrag fra utvalget kartla Folkehelseinstituttet i 2022 systematiske oversikter på forskning om behandling av sykdommer hos kvinner. Forskningskartet fant store kunnskaps hull i forskning på effekt av behandling av kvinner for sykdommer som rammer de yngre og de eldre aldersgruppene (9). De fleste systematiske oversiktene som omhandlet behandling av sykdommer som rammer kvinner fokuserte på kvinner i reproduktiv alder. Det var få systematiske oversikter om behandling av barn (1 prosent), ungdom (2 prosent), pensjonister (1 prosent) og om eldre (1 prosent). Videre fant forskerne ingen systematiske oversikter som omhandlet bekkenleddsyndrom eller enterocle, rektocle og cystocle (tilstander hvor henholdsvis urinblæren, endetarmen eller andre tarmer buker seg fram i skjeden). Ifølge forskerne er det også kunnskapshull om behandling av kvinner for flere sykdommer som kan ramme alle, blant annet leverkreft, autisme, Parkinsons og lipødem (9).

En kartlegging gjennomført av Folkehelseinstituttet (10) på oppdrag fra utvalget, viser at det ikke systematisk vurderes effekt av kjønn på behandlingsutfall og effekt av behandling. Kjønnsperspektivet uteblir fra en stor andel behandlingsstudier. Se videre omtale av forskning i kapittel 7.

3.5 Helsepraksis – behandling og forebygging

Siden 1999 har det skjedd framskritt i helse-tjenestetilbudet på flere sykdomsområder som særskilt rammer kvinner. I denne delen av kapitlet nøyer vi oss med å se på utviklingen på noen av områdene som ble framhevet i 1999: kompetansetjenester, screeningprogrammer, muskel- og skjelettlidelser og bioteknologi. I del 4 om kvinners helse i livsfaser er det en større gjennomgang av sykdommer, praksis og utfordringsbildet i dag.

Sundby-utvalget foreslo tiltak med et stort spenn; fra bedre tilbud til personer med kroniske og sammensatte plager til tiltak om nedfrysing av egg og utbygging av tverrfaglige og helhetlige kompetanse- og behandlingssentre. Brystkreft og osteoporose var sykdommer som ble framhevet som viktige helseutfordringer. Også muligheter og utfordringer knyttet til teknologi innenfor svangerskap og fødselsomsorg ble omtalt.

Flere av tiltakene er delvis fulgt opp, men ikke i tilstrekkelig grad. For eksempel er forebygging og behandling av osteoporoserelaterte brudd, samt smertebehandling og rehabilitering like relevant i dag. Vi ser nærmere på beinskjørhet og brudd i kapittel 11 og foreslår nye tiltak på området i kapittel 18. Sundby-utvalget anbefalte også å iverksette tiltak for å fremme tilgjengelighet i psykiske helsetjenester for kvinner. I kapittel 9 om ungdom og unge kvinner ser vi nærmere på tilgjengelighet i psykiske helsetjenester for unge med psykiske plager og lidelser. Vi foreslår tiltak på området i kapittel 18.

3.5.1 Kompetansetjenester

Siden 1999 er det opprettet flere kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten som har betydning for kvinners helse, for eksempel kompetansetjenester for amming, for gynekologisk onkologi, for svangerskap og revmatiske sykdommer, og for inkontinens og bekkenbunn-sykdommer. Det er også opprettet flere nasjonale behandlingstjenester for kvinner, for eksempel Nasjonal behandlingstjeneste for gynekologiske fistler (unormal forbindelse mellom urinveier og indre kjønnsorganer).

3.5.1.1 Amming

Nasjonal kompetansetjeneste for amming ble etablert i 1999 for å bygge opp og spre kompetanse om amming og morsmelk i helsetjenesten og befolkningen generelt. Målet er at flest mulig kvinner

ammer sine barn, og at spedbarn får best mulig ernæring. Tjenesten driver forskning og deltar i utarbeidelsen av faglige retningslinjer og utredning av kliniske problemstillinger, ofte i samarbeid med andre fagmiljøer og helsemyndigheter. Tjenesten gir også faglige råd til helsepersonell, både på tjenestens nettside og per e-post og telefon (82).

3.5.1.2 Gynekologisk onkologi

Nasjonal kompetansetjeneste for gynekologisk onkologi ble etablert i 2003 for å bygge opp og spre kompetanse om behandling av gynekologisk kreft. Tjenesten omfatter forskning og fagutvikling, og retter seg mot helsepersonell, pasienter og pårørende. Tjenesten har en nettside med pasientinformasjon, informasjon om kurs og konferanser samt åpne kliniske studier (83).

3.5.1.3 Svangerskap og revmatiske sykdommer

Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer ble etablert for å bygge opp og spre kompetanse om svangerskap og revmatiske sykdommer (84). Formålet er at helsepersonell skal ha kompetanse til å gi pasienter med revmatiske sykdommer som planlegger svangerskap eller er gravide, god, oppdatert og likeverdig behandling. Tjenesten underviser helsepersonell, pasienter, pårørende og andre tjenesteytere, samt gir råd og veiledning i kliniske problemstillinger.

3.5.1.4 Inkontinens og bekkenbunnsykdommer

Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom ble etablert i 2012. Tjenesten arbeider med tverrfaglig utredning og behandling av vannlatings- og avføringsforstyrrelser, bekkenbunnsmerter og komplekse og sammensatte bekkenbunnsforstyrrelser. Formålet med tjenesten er å bygge opp og heve kompetansen til helsepersonell innen utredning og behandling av tilstandene, blant annet gjennom kurs, undervisning, foredrag og konsulenthjelp. Tjenesten driver også informasjonsvirksomhet for brukere og publikum, hovedsakelig gjennom bekkenbunnsportalen.no (85). På dette nettstedet kan både pasienter og helsepersonell finne oppdatert og kvalitetssikret informasjon om inkontinens og bekkenbunnsykdommer (86).

3.5.2 Screeningprogrammer

Brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner. Mammografiprogrammet er et screening-

tilbud til alle norske kvinner mellom 50 og 69 år (87), som i utgangspunktet ikke har symptomer på brystkreft. Programmet ble gradvis innført i alle landets fylker fra 1995 til 2004 (88). Kvinner inviteres hvert annet år til røntgenundersøkelse av brystene i regi av Mammografiprogrammet (87). Målet er å redusere dødeligheten av brystkreft ved å oppdage og behandle sykdommen tidlig, når prognosene er bedre og det er bedre mulighet for mer skånsom behandling (89).

Ifølge en stor studie fra Kreftregisteret har innføringen av Mammografiprogrammet ført til en betydelig reduksjon i dødelighet av brystkreft blant kvinner i Norge. Programmet har redusert dødeligheten av brystkreft blant kvinner som har fått tilbud om å delta, med rundt 20 prosent. Effekten har vært størst blant kvinner i alderen 50–59 år. I tillegg har brystkreftbehandlingen blitt betydelig bedret de siste årene, hvilket har ført til en ytterligere reduksjon i dødelighet på mer enn 20 prosent (90).

Det diskuteres i Norge om flere aldersgrupper skal inkluderes i mammografiscreeningen. De fleste land i Europa inkluderer gruppen 50–69 år, mens England, Nederland og Sverige inkluderer kvinner som både er yngre og eldre enn 50 og 69 år (87, 91).

Livmorhalsprogrammet ble innført i 1995 og har som mål å redusere antallet tilfeller og dødeligheten av livmorhalskreft (92). Kvinner i alderen 25–69 år inviteres til screening mot livmorhalskreft regelmessig (92). Hvis livmorhalskreft oppdages tidlig, er nesten 95 prosent fortsatt i live etter fem år (93).

Screening mot livmorhalskreft har sannsynligvis redusert forekomsten av livmorhalskreft med rundt 41–49 prosent i Norden siden 1960-tallet (94). I Norge reduserer screening forekomsten av livmorhalskreft med rundt 70 prosent i forhold til hva den ville vært uten screening (95).

I mars 2022 ble HPV-test den primære screeningtesten for alle kvinner i alderen 34–69 år som deltar i Livmorhalsprogrammet (96). Fram til da hadde prosedyren vært å ta en celleprøve (cytologisk prøve) fra livmorhalsen og studere den i mikroskop (97). En HPV-test er mer følsom for å oppdage forstadier til livmorhalskreft enn en celleprøve, og man fanger dermed opp kvinner tidligere. Dersom HPV ikke påvises, anbefales ny screeningprøve om fem år. Fordi HPV-virus er veldig vanlig hos unge kvinner, forble cytologisk prøve standard prosedyre for analyse av livmorhalsprøver fra kvinner i alderen 25–33 år (96). Fra 2023 skal imidlertid alle kvinner fra 25 år og oppover primært få tilbud om HPV-test hvert femte

år, i stedet for cytologitest hvert tredje år. HPV-screening av kvinner i alderen 25–33 år vil kunne redusere antallet krefttilfeller med opp til 44 tilfeller hvert år. Endringen er også kostnads-effektiv. Kvinner som får positiv HPV-test, men negativ HPV16/HPV18 og normal cytologi, anbefales å ta ny prøve om tre år. Risikoen for å utvikle kreft er lav hos denne gruppen (98).

I 2020 utarbeidet Kreftregisteret et forslag til bruk av hjemmetest for å øke deltakelsen i Livmorhalsprogrammet. En norsk studie (99) viste at HPV-test som kvinner selv kan ta hjemme, har like god sensitivitet som screeningprøve tatt hos legen, når det gjelder å identifisere alvorlige celleforandringer. I tillegg var de fleste kvinnene som deltok i studien fornøyd med tilbudet om hjemmetest (99). Videre viste en studie fra Kreftregisteret at 44 prosent flere kvinner ble undersøkt når de kunne velge hjemmetest i stedet for å gå til legen. Blant kvinner under 35 år var tallet 60 prosent (100, 101). De vanligste grunnene til at kvinner utsetter eller lar være å ta livmorhalsprøve, er at det er lett å glemme i en travel hverdag (102), at de må bestille legetimen selv, og mange opplever dessuten undersøkelsen som en ukomfortabel situasjon (102). Kreftregisteret gir følgende anbefalinger (103):

1. Kvinner uten registrert livmorhalsprøve i løpet av ti år eller mer, får HPV-hjemmetest tilsendt i posten.
2. Kvinner uten registrert livmorhalsprøve de siste åtte eller ni år, får mulighet til å bestille hjemmetest.
3. Kvinner som av fysiske eller psykiske årsaker vegrer seg for å ta livmorhalsprøve hos legen, får tilbud om hjemmetest via lege.

Helsedirektoratet foreslår at hjemmetest iverksettes i regi av Kreftregisteret til gruppene dette er anbefalt for. En utviklingsperiode er igangsatt i 2022. I 2023 har regjeringen bevilget 29,2 millioner kroner til hjemmetest i livmorhalsprogrammet (104).

Det er et mål at 70 prosent av alle pasienter med nyoppdaget livmorhalskreft skal utredes i et pakkeforløp og starte behandling innen anbefalt forløpstid. Pakkeforløp ble innført i 2015 og nasjonal måloppnåelse har økt fra 45,5 prosent til 67,3 prosent. Pakkeforløp for livmorhalskreft skal bidra til å heve kvaliteten på omsorg og gi forutsigbarhet og trygghet til pasient og pårørende (105).

Fra 2022 har Kreftregisteret innført et nasjonalt program for tarmscreening i Norge. Målet er å oppdage tarmkreft tidlig, når sykdommen er lettere og mindre omfattende å behandle (106).

Alle (uavhengig av kjønn) skal få tilbud om tarmscreening i løpet av det året de fyller 55 år og deretter med to års mellomrom til fylte 65 år (107). Tarmscreening reduserer både forekomsten og dødeligheten av tarmkreft (106).

3.5.3 Muskel- og skjelettlidelser

Det er gjort store framskritt i behandlingen av flere muskel- og skjelettlidelser de siste årene. Utviklingen av biologiske legemidler har hatt særlig stor betydning for enkelte diagnoser. Dette har bidratt til at pasientene får et vesentlig bedre funksjonsnivå sammenliknet med tidligere. Bedre diagnoseverktøy og tidligere diagnostisering har også bidratt til bedre behandlingsresultater (108).

Et eksempel er revmatoid artritt der standardiserte modeller for klassifisering av sykdomsaktivitet har ført til at pasientene får tidligere behandling og dermed bedre resultater over tid (109). Det har også kommet flere gode alternativer innen biologisk medisin i perioden, og bedre kunnskap om behandlingsmetoder er utviklet (108).

Muskel- og skjelettlidelser er den sykdomsgruppen som rammer flest og koster samfunnet mest. Likevel har det i liten grad vært iverksatt tiltak og satsinger i helsepolitikken særlig rettet mot pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Dette illustreres også av den offentlige støtten til forskning på muskel- og skjelettlidelser (108). Til tross for at muskel- og skjelettlidelser har fått relativt lite forskningsmidler, foreligger det i dag mye forskningsbasert kunnskap om behandling av lidelsene (108, 110).

Helsedirektoratet utarbeidet i 2018 pakkeforløp for pasienter med muskel- og skjelettlidelser, smertebehandling og utmattelse. Helsedirektoratet har anbefalt at det utvikles et pakkeforløp for langvarige og sammensatte smertelidelser som preger de fleste muskel- og skjelettlidelser. Helhetlig pasientforløp (pakkeforløp) for langvarige og sammensatte smertetilstander ble iverksatt i spesialisthelsetjenesten og i alle kommuner høsten 2022, og fra januar 2023 skal første pasient kunne registreres i pasientforløpet (111).

Vi ser nærmere på muskel- og skjelettlidelser blant kvinner midt i livet i kapittel 11.4.

3.5.4 Bioteknologi

De siste 20 årene har det skjedd en revolusjon knyttet til nye bioteknologiske muligheter og rettigheter for kvinner. I 2020 vedtok Stortinget flere endringer i bioteknologiloven. Endringene

Boks 3.4 Bioteknologiloven

Bioteknologiloven regulerer assistert befruktning, genetisk undersøkelse av befruktede egg (preimplantasjonsdiagnostikk (PGD)), fosterdiagnostikk, genetiske undersøkelser, bruk av genterapi, forskning på befruktede egg og bruk av terapi basert på celler fra over-tallige befruktede egg (på forskningsstadiet). Mange av disse områdene er tett knyttet til kvinnehelse (87).

omhandlet blant annet assistert befruktning for enslige, eggdonasjon til par og tilbud om tidlig ultralyd og fosterdiagnostikk. Lovendringene trådte i kraft i løpet av 2020–2021, men det vil ta tid før man ser endring i praksis (112). Endringer og konsekvenser av bioteknologiloven forutsetter kompetanseheving og økte ressurser både i form av personell, kompetanse, areal og utstyr. Det vil derfor tar tid å bygge opp tilbudene.

3.5.4.1 Assistert befruktning og eggdonasjon

Det ble gjort flere store endringer i bioteknologiloven som omhandler assistert befruktning og eggdonasjon. Blant annet ble assistert befruktning for enslige under 46 år tillatt i Norge. Eggdonasjon ble tillatt for gifte og samboere i ekteskapsliknende forhold, med forutsetning om at barnet har genetisk forbindelse til én av foreldrene. Eggdonasjon mellom kvinnelige partnere (partnerdonasjon) ble også tillatt. En eggdonor skal være mellom 25 og 35 år. Videre ble femårs-grensen for oppbevaring av egg endret. Frosne embryoer kan nå oppbevares til kvinnen er 46 år (113). Enslige kvinner kan fryse ned egg uten medisinsk begrunnelse, men må betale selv (112). Dobbeldonasjon, embryodonasjon og surrogati er fortsatt ikke tillatt.

3.5.4.2 Tidlig ultralyd og fosterdiagnostikk

Det ble også gjort flere store lovendringer som omhandler tidlig ultralyd og fosterdiagnostikk. Blant annet ble den nedre aldersgrensen for fosterdiagnostikk senket fra 38 til 35 år. Alle kvinner skal nå få tilbud om ultralyd med tilleggsundersøkelser som kan avdekke alvorlig sykdom eller skade hos fosteret i første trimester, gjennom den offentlige svangerskapsomsorgen.

Non-invasiv prenatal test (NIPT) er en blodprøve-basert screeningtest for kromosomavvik som ble et tilbud for alle gravide kvinner i Norge fra 1. januar 2022. Testen skal tilbys alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk, eller ved funn på tidlig ultralyd med tilleggsundersøkelser, uavhengig av kvinnens alder (112). Andre som ønsker NIPT, kan få utført testen hos enkelte private helsetjenestetilbud, men må betale selv.

3.6 Vold og overgrep

I utredningen fra Sundby-utvalget ble vold og overgrep mot kvinner og barn framhevet som et stort kvinnehelseproblem, og det ble foreslått en rekke tiltak. Det ble anbefalt å opprette et kvinnevoldsutvalg og foreslått å bedre krisesentrenes økonomi, organisering og samarbeid med andre institusjoner. Opplæring av helsepersonell og utbygging av mottaksapparatet var også blant tiltakene. Koordinering mellom ulike instanser som rettsapparatet og behandlingsapparat ble også framhevet som viktig.

Sundby-utvalget mente at en bør søke å bryte ned tabuene omkring vold og overgrep. Utvalget fra 2023 mener at vi fortsatt har en vei å gå før dette målet er oppnådd. Utvalget ser nærmere på vold og overgrep i kapittel 5.5. I denne delen av kapitlet ser vi på noen tiltak som har blitt helt eller delvis fulgt opp de siste 20 årene.

3.6.1 Kvinnevoldsutvalget

Kvinnevoldsutvalget ble nedsatt i 2001 og leverte sin utredning i 2003 (114). De foreslo blant annet en femårig utviklingsplan for implementering og samordning av utvalgets forslag. Kvinnevoldsutvalget foreslo også innføring av en ny straffebestemmelse, endring i reglene knyttet til bistandsadvokat og foreldelsesreglene, samt endring i ordningen knyttet til voldsoffererstatning.

Forslag om å etablere et Nasjonalt kompetansesenter om vold i nære relasjoner ble lagt fram, i tillegg til en rekke tiltak knyttet til kompetanse og forskning på tvers av sektorer og fagområder. Kvinnevoldsutvalget vurderte også krisesentrene og foreslo å utrede en egen lov for krisesentrene.

3.6.2 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

I 2004 ble Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) opprettet. Senteret var en sammenslåing av Nasjonalt kunnskaps-

senter for seksuelt misbrukte barn, Kompetanse-senter for voldsofferarbeid og Psykososialt senter for flyktninger (115). Målet var å samle og styrke kompetanseområder om vold, familievold og seksuelle overgrep, flyktnings helse og tvungen migrasjon, stressmestring og kollektive belastningssituasjoner.

NKVTS utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold, og de samarbeider bredt med ulike ressursmiljøer innen vold- og traumefeltet. NKVTS drifter blant annet [dinutvei.no](https://www.dinutvei.no) – en nasjonal veiviser ved vold i nære relasjoner, voldtekt og andre seksuelle overgrep. På [dinutvei.no](https://www.dinutvei.no) finnes det oversikt over hjelpetilbud, og man kan stille spørsmål om vold og overgrep (116). Det er Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Barne- og familiedepartementet som i hovedsak finansierer driften av senteret.

3.6.3 Kunnskap og kompetanse om vold i helse- og omsorgstjenesten

Siden 1999 er det gjort mye for å styrke kunnskapen og kompetansen om vold og overgrep. I 2009/2010 ble den første landsomfattende undersøkelsen om vold og overgrep gjennomført av NKVTS (115, 117). Siden er det gjennomført flere omfangsundersøkelser, og i 2021 ble det satt i gang en ny undersøkelse som skal måle omfang av vold og overgrep i befolkningen (118).

I perioden 2005–2007 ble det opprettet fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (119). Sentrene bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer.

For å styrke kompetansen om vold og overgrep i helse- og sosialfaglige utdanninger, er det tatt inn i de nasjonale retningslinjene (RETHOS) at kandidater skal ha kunnskap om sosiale og helsemessige problemer som omsorgssvikt, vold og overgrep. Kandidaten skal også kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer (120).

I 2018 vedtok Stortinget endringer i helselovgivningen (helse- og omsorgstjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven) med formål å tydeliggjøre tjenestenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep (121).

Til tross for disse tiltakene, viser Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner (2021–2022) alvorlige svakheter ved myndighetenes innsats mot vold i nære

relasjoner. Ifølge Riksrevisjonen er det fare for at voldsutsatte ikke får den hjelpen de trenger. Undersøkelsen viser blant annet at offentlig ansatte som lærere, barnehageansatte og fastleger har for lite kunnskap om opplysningsplikten, avvergingsplikten og om avdekking av vold i nære relasjoner (122).

3.6.4 Samarbeid og koordinering

Både i 1999 og i dag framheves samarbeid og koordinering som viktig i arbeidet med vold og overgrep (123). Det er utviklet flere modeller og prosjekter de siste årene som bidrar til mer samarbeid på dette feltet. TryggEst er en modell som skal bidra til å forhindre, avdekke og håndtere vold og overgrep mot voksne mennesker, som i liten eller ingen grad er i stand til å beskytte seg selv. Modellen inneholder forslag til organisering av arbeidet mot vold og overgrep i en kommune, og gir flere verktøy som kan brukes i dette arbeidet. TryggEst-modellen er utviklet av og organiseres av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Riksrevisjonen har imidlertid funnet vedvarende svakheter i myndighetenes samordning av innsatsen mot vold i nære relasjoner. Statlige myndigheter har ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp og stimulert kommunene til å ivareta sitt ansvar og å prioritere arbeidet mot vold i nære relasjoner. Kommunenes oppfølging av ansvaret og koordinering av hjelpetilbudet varierer, ifølge Riksrevisjonen (122).

3.7 Utvalgets vurdering

En hovedanbefaling fra Sundby-utvalget var at kjønnsperspektivet i større grad bør innlemmes i helsepolitiske beslutningsprosesser. Det ble iverksatt ulike tiltak for å følge opp denne anbefalingen tidlig på 2000-tallet, men mye tyder på at engasjementet avtok i løpet av et par år. Utvalget merker seg også at vold og overgrep fortsatt er et betydelig samfunns- og folkehelseproblem, og at Riksrevisjonens undersøkelse viser flere svakheter i myndighetenes arbeid mot vold i nære relasjoner. Utvalget anser derfor arbeidet med vold og overgrep som like viktig for kvinners helse i dag som i 1999.

I dette tilbakeblikket har det vært krevende å få oversikt over hvilke tiltak som er fulgt opp, og hvordan de er fulgt opp over tid. Informasjonen er fragmentert, og det er utfordrende å få et godt bilde av hva som har skjedd, og vurdere utviklingen siden 1999. Utvalgets vurdering er at opp-

følgingen ikke har hatt den kontinuiteten som kreves for å løfte et så bredt felt som kvinners helse.

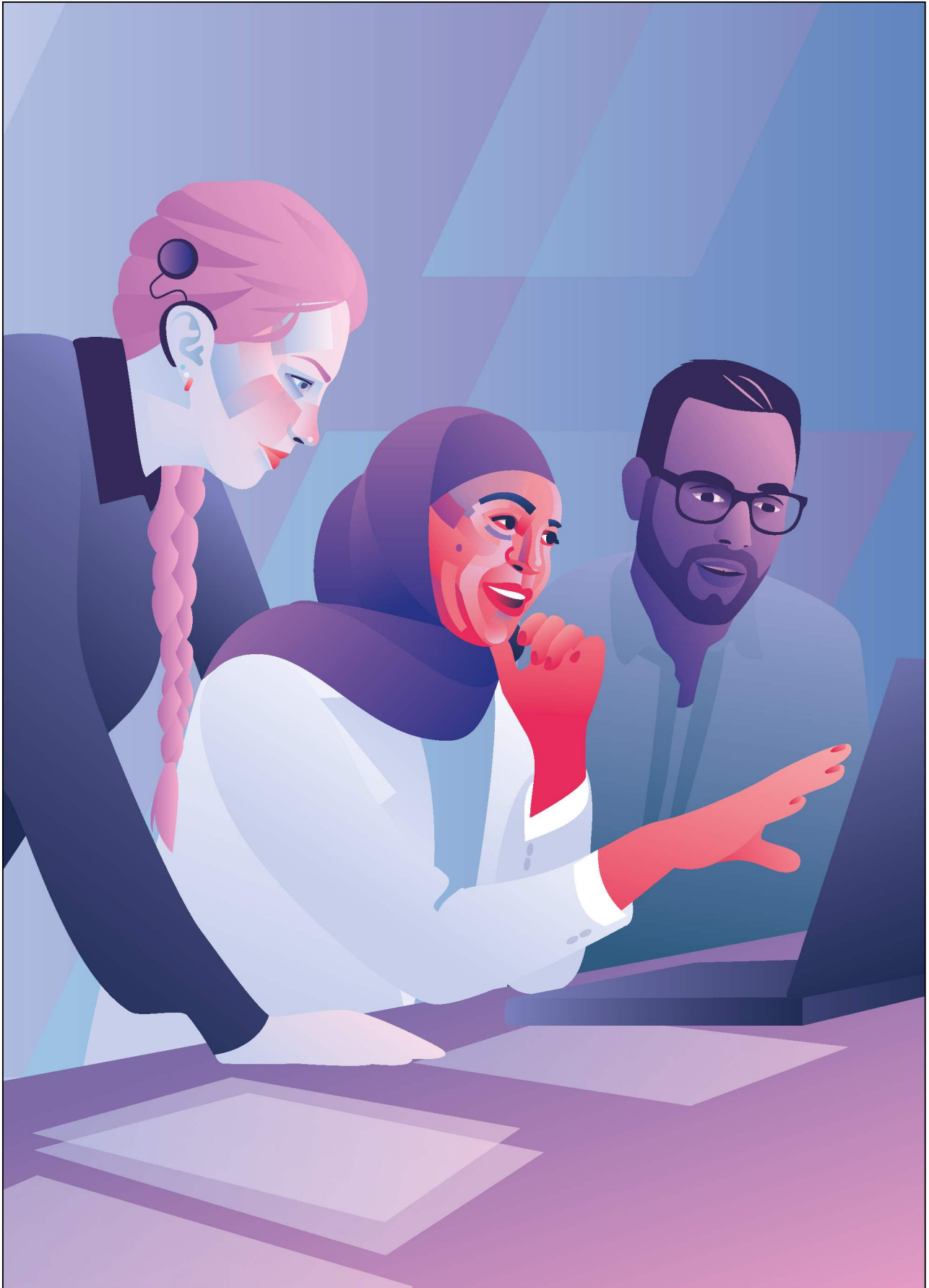
I likestillingsmeldingen fra 2015 framheves det at det er en utfordring å få kjønnsperspektivet bedre integrert i beslutningsprosessene og i den praktiske helsetjenesteutøvelsen. Det pekes på at kjønnsperspektivet ikke er integrert i samme grad som i sammenliknbare land. Utvalget deler dette inntrykket. Blant annet er det vanskelig å spore systematisk omtale av og styringssignaler knyttet til kjønnsperspektiv og kvinners helse i budsjettproposisjoner og andre styringsdokumenter. Vi ser at kvinnehelsestrategien fra 2003 viste til konkret oppfølging av tiltak etter 1999; både gjennomførte og påbegynte prosesser. I dag finner vi ikke samme systematikk og oppfølging igjen i proposisjoner og styringsdokumenter.

Utvalget mener at det fortsatt er behov for strukturer og bedre verktøy som sikrer at kjønnsperspektivet inkluderes blant beslutningstakere, i

forskning og i helsepraksis. Det er behov for en mer grunnleggende prioritering av kvinners helseutfordringer i forskning, utdanning og utforming av tjenestene. Føringer må inn i retningslinjer, tildelingsbrev og i utdanningsløpet. En større andel av forskningsmidlene bør prioriteres til ny kunnskap om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Det er behov for en helhetlig tilnærming og oppfølging der arbeidet dokumenteres og evalueres jevnlig. Tiltakene og oppfølgingen må ses i sammenheng, og det bør lages en plan for oppfølging og rapportering over tid. Utvalget anser dette som en forutsetning for å komme videre og iverksette tiltak som skaper endring.

I kapittel 7 går utvalget mer systematisk gjennom hvordan kjønnsperspektiv og kjønnsforskjeller i helse håndteres i helse- og omsorgspolitikken, i folkehelsearbeidet, helsefaglig forskning og utdanning.

Del II
Kjønn og helse



Figur 4.1

Kapittel 4

Kjønn – den store forskjellen

4.1 Innledning

For å nå målet om likeverdige helsetjenester, må vi anerkjenne at kjønn har betydning for helse. Gjennom et samspill av biologiske, genetiske, hormonelle og sosiale faktorer påvirker kjønn ulikhet i symptomer, i sykdomsforløpet, hvordan legemidler virker og helse- og omsorgstjenester brukes.

I dette kapitlet går utvalget nærmere inn på hvorfor og hvordan sosialt og biologisk kjønn utgjør sentrale faktorer for helse. Utvalget beskriver hvordan biologiske kjønnsforskjeller spiller en rolle for en rekke sykdommer, som for eksempel demens, muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdommer, autoimmune sykdommer og psykiske lidelser.

Utvalget peker på fire områder der manglende anerkjennelse av kjønns betydning for helse er særlig framtrepende. Utvalget viser hvordan kvinnehelsens lave status, manglende samordning, en sviktende kunnskapsbro, kombinert med at kvinners stemmer får for lite gjennomslag, står i veien for likeverdige helsetjenester og får konsekvenser for kvinners helse. Disse fire områdene danner det utfordringsbildet utvalget har brukt som grunnlag for sine vurderinger og anbefalinger.

Utvalget vil understreke at det er en ikke-ubetydelig ulikhet i helse i befolkningen. Dette gjelder også innad i kvinnepopulasjonen. Både sosial ulikhet og andre forskjellsskapende dimensjoner påvirker helsen vår. Utvalgets hensikt er ikke å vekte slike faktorer opp mot kjønn, men å understreke at kjønn i mange tilfeller vil samvirke med andre faktorer som yrke, utdanning og inntekt. Seksuell orientering, etnisk minoritetsbakgrunn og funksjonsevne har også betydning for helse. Utvalget omtaler dette nærmere i kapittel 5 og kapittel 6.

4.2 Hvorfor kjønn har betydning for helse

Kjønn spiller en stor rolle i vår biologi gjennom genetiske, epigenetiske¹ og hormonelle meka-

nismer (57). Disse forskjellene er viktige i et helseperspektiv, og påvirker risiko for og opplevelse av sykdom. Betydningen av kjønn for sykdom er gjennomgående i hele sykdomsforløpet. Genetiske og hormonelle forskjeller gir ulikheter i biologisk sårbarhet for å utvikle sykdom (57). Kvinner er for eksempel betydelig mer utsatt for autoimmune sykdommer på grunn av et mer følsomt immunsystem, sammenliknet med menn. Dette kan antakelig spores til X-kromosomet (124). Dette gjør imidlertid også at kvinner har et mer robust immunsystem, og blant annet er mindre utsatt for infeksjonssykdommer (125). Andre sykdomsgrupper med betydelige kjønnsforskjeller i forekomst, er blant annet ulike typer kreft, psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, og kroniske smertelidelser (126–129).

Det er også kjønnsforskjeller i hvordan sykdommer arter seg hos menn og kvinner. Hjerte- og karsykdommer er et eksempel på dette, som har fått mye oppmerksomhet de senere årene. Ny kunnskap om kvinnehjertet har vist at forløpet for en kvinnelig hjertepasient er ulikt forløpet for en mannlig pasient, og at kvinner trenger tilpasset oppfølging og retningslinjer for behandling. For eksempel medfører risikofaktorer som røyking og høyt blodtrykk til høyere risiko for hjerte- og karsykdom for kvinner sammenliknet med menn, og dette bør tas hensyn til i utredning og oppfølging (130). I tillegg kan manglende bevissthet blant helsepersonell om kjønnsforskjeller i symptom-bildet føre til at kvinner går for lenge med uoppdaget hjertesykdom (131, 132). Blærekreft er et annet eksempel på en sykdom der kjønnsforskjeller har fått mindre oppmerksomhet. Her viser forskning at kvinner får diagnosen senere enn menn, og oftere har spredning ved diagnosetidspunktet (133). Disse eksemplene understreker behovet for tilstrekkelig kjønns-spesifikk kunnskap om symptomer, utredning, forløp og risikofaktorer for alvorlig sykdom.

¹ Prosessen hvor genuttrykk endrer seg i respons til atferd og miljø.

Kvinner og menn responderer ofte ulikt på legemiddelbehandling, og det er flere årsaker til dette. På grunn av ulik aktivitet i enzymer er det kjønnsforskjeller i omsetning og nedbryting av legemidler (134). Kvinner veier ofte mindre og har mer kroppsfett og mindre vann i kroppen enn menn. Derfor får de ulik konsentrasjon av legemidler i blodet sammenliknet med menn ved lik dosering. I tillegg er det kjønnsforskjeller i følsomhet for legemidler, noe som påvirker effekten av legemidlet og opplevelsen av bivirkninger. Kvinner har høyere bivirkningsfølsomhet enn menn, noe som gir utslag i hyppigere bivirkninger (134). I Legemiddelverkets årsrapport om bivirkninger fra 2020 var to av tre bivirkninger rapportert av kvinner (135). Til tross for slike fakta, er det ingen legemidler i Norge som kommer med en anbefaling om ulik dosering for menn og kvinner, og legemidler er heller ikke kjønnsmerket.

Biologiske kjønnsforskjeller er ikke bare viktige for enkeltindividet, men gir også utslag på befolkningsnivå. Biologien vår medfører kjønnsforskjeller i sykdomsforekomst og ulike behov for mengde og type helsetjenester. Det er viktig at helsetjenesten har nødvendig kompetanse både om kvinnespesifikke sykdommer og kjønnsforskjeller i sykdommer som rammer begge kjønn, for å møte dette behovet. Det er også nødvendig at helseforskning tar disse kjønnsforskjellene på alvor, og at ny kunnskap som utarbeides, er kjønnsspesifikk.

Sosiale normer knyttet til kjønn er også med på å påvirke helsen vår. Kjønnsnormer har betydning for hvordan vi forholder oss til helsetjenesten, til egen helse og sykdom, og hvordan vi forholder oss i sosiale relasjoner til de rundt oss (57). Dette spiller inn på både fysisk og psykisk helse. Kvinner går hyppigere til legen, og de oppsøker helsetjenesten tidligere enn menn etter symptomstart (136, 137). Kvinner er ofte bedre til å bruke støttesystemet sitt og oppsøke støtte fra sine nærmeste, noe som gir bedre forutsetninger for god psykisk helse (138). Kjønn har også innflytelse på levevaner og livsstil, som treningsvaner, kosthold, psykisk og fysisk stress og andre miljøfaktorer. Dette medfører behov for kjønnsspesifikke tiltak for å forebygge sykdom og sykdomsfremkallende levevaner i befolkningen.

Levevaner påvirker også biologien vår gjennom epigenetikk, altså hvordan gennuttrykk endrer seg som respons på atferd og miljø, ofte beskrevet som at gener «skruer seg av og på» (139). Slik er biologi og sosiale kjønnsnormer i samspill.

4.3 Biologiske kjønnsforskjeller påvirker sykdom

Biologiske ulikheter hos kvinner og menn bidrar til ulik helse og sykdomsutvikling i et livsløpsperspektiv. Det er viktige kjønnsforskjeller i menneskets anatomi og biologiske prosesser. Nyere forskning har vist at dette ikke bare er et resultat av ulike kjønns hormoner, men at det er forskjeller mellom kjønnene helt ned på cellenivå (140). Det er kjønnsbaserte forskjeller i celler som både kvinner og menn har, og kjønnsforskjeller i vev og organer (140, 141). Også de fleste ikke-reproduktive organer er ulike på tvers av kjønnene. Vi har ufullstendig kunnskap om de mange kjønnsbetingede biologiske ulikhetene, og vi vet derfor lite om implikasjoner av disse ulikhetene i et helse- og sykdomsperspektiv. Vi vet imidlertid at det er betydelige kjønnsforskjeller både når det gjelder biologi, epidemiologi (utbredelse, risikofaktorer, årsaker), patofysiologi (hvordan en sykdom fungerer i kroppen), symptomer, diagnostikk, sykdomsprogresjon, behandlingsrespons og bivirkninger.

For noen sykdommer har vi ny og kjønnsspesifikk kunnskap. Dette gjelder blant annet nevrodegenerative, autoimmune og hjerte- og karsykdommer. Muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er andre eksempler på sykdommer der kjønn er en viktig faktor. Utvalget har valgt å beskrive disse nærmere under.

4.3.1 Nevrodegenerative sykdommer

Nevrodegenerative sykdommer som demens, Parkinsons sykdom, Huntingtons sykdom, og multippel sklerose (MS) innebærer at kognitive og motoriske evner svekkes over tid, på grunn av sykdom som rammer hjernen og sentralnervesystemet (142). Dette er sykdommer hvor det ikke finnes kurativ behandling og hvor byrden av sykdommen er svært stor både for pasient og for pårørende. Det er flere viktige kjønnsforskjeller i forekomst, sykdomsforløp og symptombylde for nevrodegenerative sykdommer.

For demens er kjønnsdelte anslag av forekomst høyere hos kvinner enn hos menn (16 prosent av kvinner og 13 prosent av menn over 70 år i 2020) (143). Det er også kjønnsbetingede forskjeller i risikofaktorer for å utvikle demens. Det vil si at risikofaktorer som er delt for begge kjønn, rammer ulikt. For eksempel er det å ha en eller to kopi(er) av APOE e4-genvarianten en betydelig større risikofaktor hos kvinner enn hos menn (144). Det er enda større kjønnsforskjeller i sår-

barhet for å utvikle Parkinsons sykdom, der menn har dobbelt så høy risiko for å få sykdommen sammenliknet med kvinner (142). Symptombilde og forløp er også varierende på tvers av kjønn. Kvinner utvikler sykdommen senere i livet og har i større grad symptomer som skjelvinger, depresjon og reduksjon i utførelse av gjøremål (145). For menn med Parkinsons sykdom er talevansker og redusert ansiktsmimikk vanligere symptomer enn hos kvinner (145). Kvinner med Huntingtons sykdom, en arvelig tilstand som angriper sentralnervesystemet, opplever ofte raskere forverring av sykdommen enn menn (142). Det er altså store og viktige kjønnsbetingede forskjeller i hvordan nevrodegenerative sykdommer utvikler seg og arter seg i befolkningen. Årsakene er trolig sammensatte, og er et resultat av gener og miljø i samspill gjennom hele livsløpet. Forskjeller i hjernens struktur og prosesser som påvirkes av kjønnshormoner, kan være viktige årsaksmekanismer.

4.3.2 Muskel- og skjelettlidelser

Muskel- og skjelettlidelser forekommer hyppigere hos kvinner enn hos menn. Tilstander og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet er blant de viktigste årsakene til redusert helse og nedsatt livskvalitet samt sykefravær i Norge (146). Dette kommer blant annet av den svært høye forekomsten av slike lidelser i befolkningen. Om lag 30 prosent av kvinner har til enhver tid langvarige plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet (146). Kvinner er spesielt utsatt for beinskjørhet (osteoporose) og hoftebrudd, samt inflammatoriske lidelser som rammer muskel- og skjelettsystemet. Kjønnsforskjeller i anatomi og fysiologi kan være med på å forklare ulikheter i forekomst og hvordan kroppens organer påvirkes av sykdom og behandling (patofysiologi). Beinskjørhet er en svært vanlig tilstand hos eldre kvinner, mens menn er mindre utsatt fordi de har større beinmasse. Det kan derfor være gunstig med kjønns-spesifikke tiltak for forebygging av slike lidelser og plager.

4.3.3 Hjerter- og karsykdommer

Hjerter- og karsykdom er den vanligste dødsårsaken blant kvinner og menn over 60 år i Norge (147). De vanligste hjertesykdommene hos eldre kvinner er akutt eller kronisk iskemisk hjertesykdom (hjerteinfarkt og angina pectoris), hjertesvikt, atrieflimmer og aortastenose (forsnevring i en hjerterklaff) (148). Det er kjønnsfor-

skjeller i hjertets ledningssystem som styrer hjerteslagene helt ned på cellenivå. Kjønnskromosomer, kjønnshormoner, blodtrykk, blodfettstoffer, betennelsesstoffer og livsstilsfaktorer har ulik effekt på hjerte- og karsystemet hos menn og kvinner. Kvinner har mindre hjerter og mindre kranspulsårer enn menn. I tillegg er det flere helt kvinnespesifikke risikofaktorer for hjertesykdom (149). Psykososiale traumer og lav sosioøkonomisk status betyr muligens mer hos kvinner enn hos menn (150). Slike biologiske og psykologiske kjønnsforskjeller bidrar til at hjerte- og karsykdommer kan arte seg forskjellig hos kvinner og menn. Det er fortsatt flere menn som dør tidlig (under 60 år) av hjerteinfarkt. Gjennomsnittlig rammer hjerteinfarkt omlag ti år senere hos kvinner enn hos menn (151). Årsaken til kjønnsforskjellen i alder for når sykdommen rammer er ikke kjent. Eldre kvinner med akutt hjerteinfarkt har en tendens til å ankomme sykehus senere enn like gamle menn, noe som forsinker diagnose og behandling og kan forverre prognosen. Sen ankomst kan skyldes kvinnens egen vurdering, uklare symptomer og manglende forståelse blant helsepersonell (130, 152).

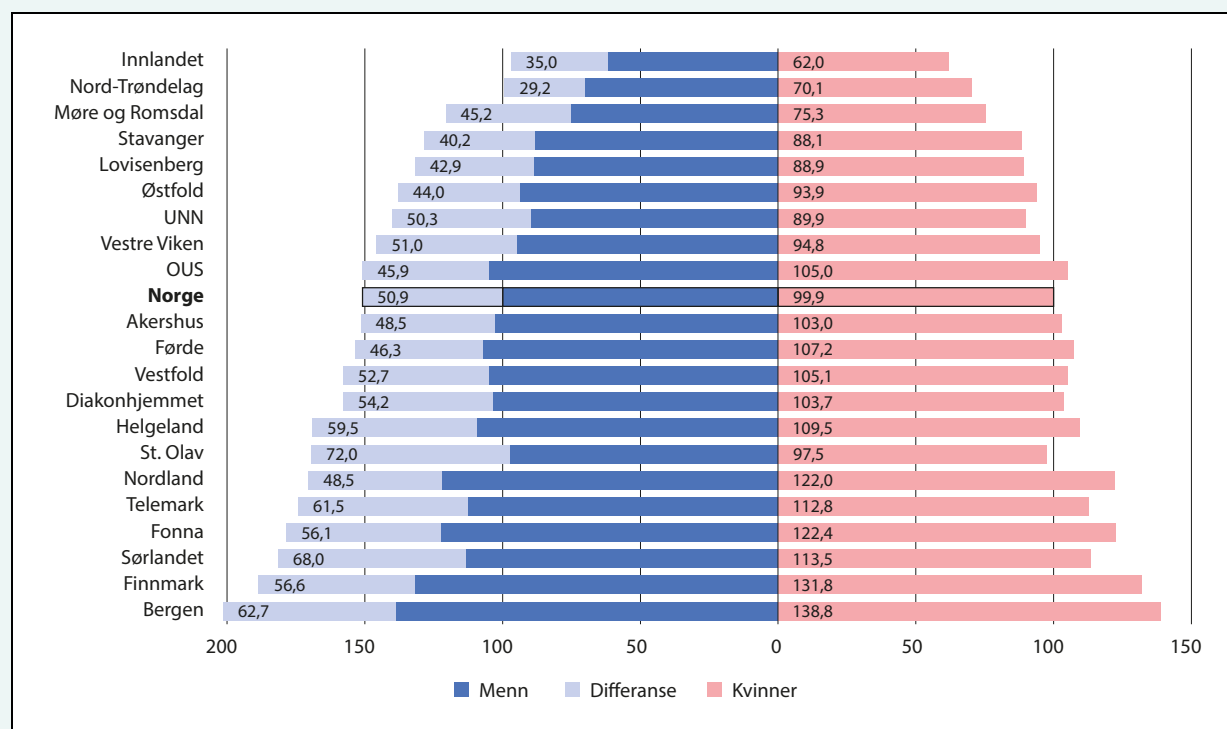
Hjertesvikt er en hyppig årsak til innleggelse på sykehus for eldre kvinner, og hjertesvikt med normal pumpefunksjon og stiv hjertervegg er mye vanligere hos eldre kvinner enn hos menn. Dette er en sykdom med alvorlig prognose og mye plager, men det er ikke så gode behandlingsmuligheter som for den mer typiske mannlige varianten av hjertesvikt, som har nedsatt hjerterpumpefunksjon.

Vi ser også viktige kjønnsforskjeller for hjerneslag. Kvinner kan ha andre symptomer enn de klassiske hjerneslagsymptomene med vansker med å prate, smile eller løfte armene (17). To metaanalyser beskriver at kvinner i større grad opplever symptomer som generell sykdomsfølelse, angst, kvalme, hodepine og påvirket bevissthet (154, 155). Symptomer på hjerneslag stammer fra området i hjernen som er rammet av redusert blodtilførsel, og studier tyder på at det kan være forskjell i hvordan hjernen rammes hos kvinner og menn (156). Manglende kunnskap om dette kan gi underbehandling av slagpasienter som ikke har de typiske slagsymptomene. Det er behov for mer forskning om kjønns-spesifikke symptomer og konsekvenser av slag, i tillegg til økt oppmerksomhet på kjønnsforskjeller i slagsymptomer, både i befolkningen generelt og hos helsepersonell i og utenfor sykehus.

Boks 4.1 Kjønnsskjeller i behandling av hjertesykdommer

Selv om det er like mange kvinner og menn som lever med hjertesvikt i Norge, viser analyser fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering både geografisk variasjon og kjønnsskjeller

på flere områder innen hjertemedisin. Analysene viser betydelige kjønnsskjeller med hensyn til bruk av polikliniske undersøkelser for eldre med hjertesvikt (se figur 4.2).



Figur 4.2 Bruk av polikliniske undersøkelser for eldre med hjertesvikt (153)

Antall pasienter med poliklinisk kontakt for hjertesvikt pr. 1000 kvinner/menn (i alderen 75 år og eldre) bosatt i helseforetakenes opptaksområder for perioden 2019–2021, fordelt på kvinner og menn. Raten for kvinner er angitt på de røde søylene. Den mørkeblå delen av søylen for menn viser hvor mye større (i antall pr. 1000) raten var for menn enn for kvinner. Kolonnene til høyre viser antall kontakter per pasient.

Også når det gjelder konsultasjoner med ekkokardiologi¹ blant eldre (75 år eller eldre) finner vi store forskjeller. Raten for bruk av ekkokardiologi var 51 prosent høyere for menn enn for kvinner i hele landet.

¹ En ultralydundersøkelse som blant annet gir informasjon om hjertets størrelse, struktur og funksjon, og hvor raskt blodet strømmer gjennom ulike deler av hjertet. Dette er sentralt ved diagnostisering og oppfølging av pasienter med hjertesvikt og arterieflimmer

4.3.4 Autoimmune sykdommer

Autoimmune sykdommer er en sykdomsgruppe hvor det er store kjønnsskjeller i forekomst. Det finnes over 100 autoimmune sykdommer som i betydelig større grad rammer kvinner enn menn, slik som revmatoid artritt, Sjögrens syndrom, systemisk lupus erythematosus (SLE), primær biliær cholangitt, autoimmun thyreoideasykdom og systemisk sklerose (124). Om lag 80 prosent av

alle som har en autoimmun sykdom, er kvinner, og sykdommene rammer til sammen 5–10 prosent av befolkningen (125). Dette er kroniske og ofte belastende sykdommer som forårsakes av en immunologisk reaksjon som fører til nedbrytning av eget vev. Kjønnskromosomgener og kjønnshormoner, inkludert østrogen, progesteron og androgener, bidrar til ulik regulering av immunresponser på tvers av kjønnene. Kvinner har to X-kromosomer, og mange av de X-bundne genene er

immunrelaterte. Kjønnforskjeller i immunrespons resulterer i ulik sårbarhet hos menn og kvinner for å utvikle autoimmune sykdommer og infeksjonssykdommer. Kjønnforskjeller medfører også ulikheter i immunrespons til vaksinasjon (125). Selv om det er mangfoldige årsaksmekanismer som fører til autoimmune sykdommer, er X-kromosomet trolig en viktig faktor (157). Også miljøfaktorer som ernæringsstatus og stress påvirker immunforsvaret i ulik grad på tvers av kjønn (157). Mange autoimmune sykdommer oppstår eller forverres av fysiske påkjenninger som graviditet eller perioder med store hormonelle endringer, som overgangsalder (124).

4.3.5 Psykiske lidelser

Noen psykologiske kjønnforskjeller kan bidra til ulikheter i forekomst av psykiske lidelser. Kvinner skårer i gjennomsnitt høyere på personlighetstrekkene omgjengelighet og nevrotisisme (158). Nevrotisisme er tendensen til å føle på psykisk ubehag og negative følelser, som viser seg i psykiske lidelser som angstlidelser og depresjon. Mens menn viser mer risikoatferd og har høyere forekomst av avhengighet og selvmord, har kvinner høyere grad av depresjon og generalisert angstlidelse (127, 159, 160). Jenter har også betydelig høyere forekomst av spiseforstyrrelser (127). Det er viktig å kunne noe om både normalpsykologiske kjønnforskjeller og kjønnforskjeller i psykiske plager og lidelser for å bedre kunne ivareta kvinners spesifikke psykologiske behov, og tilpasse behandling og forebygging av kjønnsdifferensierte psykiske lidelser.

4.4 Kjønn, helse og status

Likeverdige helse- og omsorgstjenester står sterkt i Norge som prinsipp, rettighet og verdi. Samtidig opplever noen kvinner at de ikke blir godt nok ivaretatt i møte med helse- og omsorgstjenesten. En del kvinner opplever at det tar svært lang tid å få riktig diagnose, og noen erfarer at de må kjempe for å få riktig helsehjelp og omsorg. Utvalget mener dette må ses i lys av at kvinner tradisjonelt har hatt lav status både i medisinsk forskning og i samfunnet.

Status er ikke et statisk fenomen. Etter forrige offentlige utredning om kvinners helse i 1999 (Sundby-utvalget), så man flere initiativer for å følge opp anbefalingen om å innlemme kjønnsperspektivet i helse tidlig på 2000-tallet. Engasje-

mentet avtok imidlertid i løpet av et par år. Til tross for at kvinnehelse som begrep og fenomen har fått økt offentlig oppmerksomhet de siste årene, er det utvalgets vurdering at kvinnehelse har relativt lav status og at dette fremdeles preger kvinners møte med helsetjenesten og kunnskap om kvinners helse.

4.4.1 Økonomiske incentiver og ressurser

At noe har høy status, kan si noe om hvor høyt det er verdsatt i samfunnet. I helsesammenheng kan det sies å dreie seg om åpenhet rundt symptomer og forløp, og høy grad av bevissthet rundt sykdommen. Det er ikke nødvendigvis slik at status får konsekvenser for hvordan man prioriterer i helse- og omsorgstjenesten. Formelle prioriteringer gjøres med utgangspunkt i prioriteringsregelverket for helsetjenesten og på bakgrunn av faglige vurderinger. Det er i tilfeller hvor det gjøres uformelle prioriteringer, som kanskje ikke anses som en prioritering, at prestisje kan tenkes å få konsekvenser (4). I helse- og omsorgstjenester som er preget av ressursknapphet, kan slike ikke-formelle prioriteringer få betydning.

Utvalget finner grunn til å påpeke at kvinnehelsens lave status er særlig synlig i finansieringsmodeller i helsesektoren. Utvalget mener modellene er konstruert slik at det mangler økonomiske incentiver til å prioritere kvinnehelse. Dette gjenspeiles i innretningen på finansieringssystemene både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten er dette særlig relevant i forbindelse med finansiering av fødselsomsorgen. Dagens finansieringssystemer for spesialisthelsetjenesten er utviklet for kurativ behandling av somatiske sykdommer. Fødselsomsorgen passer ikke inn i den logikken som dagens finansieringssystemer er utviklet fra. Fødselsomsorgen likner mer på akuttberedskap enn på elektiv sykehusbehandling. Dette fører til usikker finansiering, fordi det er vanskelig å planlegge hvor stort behovet vil være til enhver tid. Systemet tar heller ikke godt nok hensyn til at det blir stadig flere kompliserte svangerskap og fødselsforløp som følge av endringer i fødepopulasjonen. Forebyggingsdimensjonen er heller ikke godt ivaretatt i dagens ordning. Dette omtales nærmere i kapittel 10.

Mangel på økonomiske incentiver til å prioritere kvinnehelse ser man også i kommunehelsetjenesten. Det dreier seg om hvilke takster som finnes for helsepersonell, herunder for allmennpraktiserende leger og jordmødre. Det finnes for eksempel ingen takster for oppfølgingssamtale i

forbindelse med abort (spontan eller provosert) eller takst for å ta i bruk samtaleverktøy i møte med pasienter med sammensatte lidelser. En annen utfordring er hvem som kan bruke taksten. Takst for utredning og behandling av pasienter med kroniske underlivssmerter, kan i dag ikke benyttes av allmennpraktiserende leger, kun av spesialist i gynekologi. Det er en gjennomgående utfordring at takstene ikke reflekterer symptomer og forløp for flere kvinnetypiske lidelser godt nok.

4.4.2 Forskning og fagutvikling

Status og kunnskapsutvikling henger tett sammen. Forskning viser at leger ved universitetssykehus også vurderer sykdommers prestisje ut fra omfanget og arten av forskning om sykdommen. Sykdommer og lidelser som anses som forskningsaktuelle, og som kan gi grunnlag for publisering i anerkjente tidsskrifter, blir oftere høyt ansett (4). Et nærliggende eksempel er lipødem. Lipødem er en sjelden, kronisk sykdom som kjennetegnes av en uvanlig (disproporsjonal) og smertefull opphopning av fettceller. Sykdommen opptrer nesten utelukkende hos kvinner, som ofte går gjennom behandling som ikke virker. Det kan være flere grunner til feildiagnostisering, men det er nærliggende at det ofte dreier seg om manglende kunnskap om sykdommen (161). Utvalget ser grunn til å peke på mangelen på forskning og kunnskapsutvikling om kvinnerelaterte lidelser som en gjen-

nomgående utfordring som får konsekvenser for kvinners mulighet til likeverdig og god helse. Det skal nevnes at det er gjort forskningspolitiske grep for å bidra til å løfte kjønnsperspektiver i helseforskning siden Sundby-utvalgets utredning, og det er laget egne satsinger på kvinnehelse, herunder etableringen av Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning. Omfanget av forskning må likevel kunne sies å være begrenset. Dette omtales nærmere i kapittel 7.

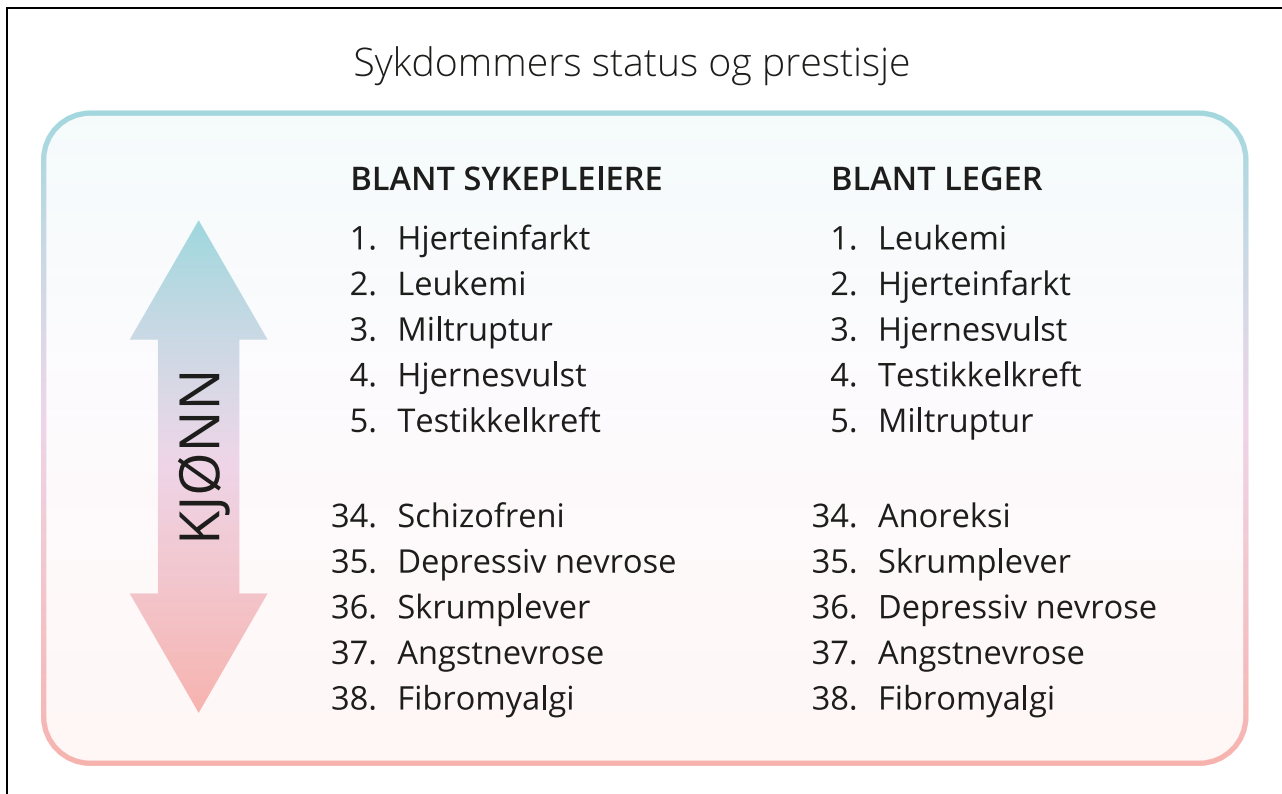
4.4.3 Kvinnelidelser langt nede i helsehierarkiet

Statusvurderinger ser en på flere nivåer i helse- og omsorgstjenesten. En rekke studier viser at helsepersonell rangerer ulike diagnoser og sykdommer i et prestisjehierarki (2, 3, 5, 6, 162). I dette hierarkiet er lidelser som særlig rammer kvinner rangert blant de aller laveste. Det er verdt å understreke at prestisje ikke nødvendigvis representerer enkeltpersoners holdninger eller tanker om en sykdom eller lidelse. Prestisje handler i større grad om hva folk oppfatter som mer eller mindre verdsatt i samfunnet (4). Toneangivende forskning på helsestatus peker på at ulike forhold spiller inn i legers vurdering av en sykdoms prestisje (1). Det handler om det *typiske sykdomsforløpet*, hvor akutte sykdommer som rammer hjernen eller hjertet, som lar seg påvise gjennom klare tegn og med kjente årsaker, ofte har høy prestisje. Hva som er den *typiske behandlingen*, virker også inn på prestisjevurderingen. Sykdommer hvor leger tar i bruk høyteknologisk utstyr, der intervensjonen i sykdomsforløpet anses som effektiv, har ofte høy anseelse. Det siste forholdet forskerne trekker fram, er hvem som er sykdommens *typiske pasient*. Sykdommer som rammer flest unge, ofte flest menn, der det er samsvar mellom pasientens egen forståelse av sykdommen og legens vurdering, har også høy prestisje (1).

Som det framgår av figur 4.3 havner sykdommer som i særlig grad rammer kvinner, langt nede i helsehierarkiet. Fibromyalgi, som kjenne- tegnes ved kroniske smerter i muskler og sene- fester i armer, bein, nakke og rygg, har lavest status (1, 2, 6, 162). Kvinner utgjør om lag 90 prosent av pasienter med fibromyalgi (164). Angst- nevrose og depressiv nevrose rangeres også lavt i prestisjehierarkiet blant helsepersonell. Det er flere kvinner enn menn som oppsøker både kom- mune- og spesialisthelsetjenesten for psykiske plager og lidelser (7). Studier viser at prestisje- vurderingene er relativt konsistente, og de har

Boks 4.2 Takster i kommunehelsetjenesten

Leger i allmennlegetjenesten får i hovedsak sin inntjening gjennom basistilskudd, pasien- tens egenandeler og trygderefusjon. Leger som har fastlegeavtale med kommunen, har rett til et basistilskudd. Pasienten betaler egenanden for konsultasjon og for materiell og medisiner. Trygderefusjonen betales av Helfo og gjelder for en rekke av tjenestene legene utfører. Hva legene refunderes for, reguleres av det som kalles normaltariffen. Dette er en forskrift som inneholder takster som Lege- foreningen og staten forhandler fram årlig. Det er også takstsystem for jordmødre. Systemet skiller mellom jordmødre som er ansatt i kommunen, jordmødre som har avtale om kommunalt driftstilskudd og jordmødre med privat praksis.



Figur 4.3 Sykdommers prestisje etter sykepleieres og legers vurderinger. Figuren viser fem sykdommer med høyest og fem sykdommer med lavest status. Basert på Johannessen (163).

vært stabile over tid (5). Sykepleieres vurderinger samsvarer i høy grad med legers prestisjevurderinger (163).

Pasienter med enkelte sykdommer med lav prestisje kan oppleve stigmatisering (165). Også det å oppleve helsetilstander hvor det ikke finnes noen objektive diagnosekriterier som slår fast at tilstanden er en sykdom, kan oppleves som stigmatiserende. Stigmatisering rundt helseutfordringer kan være en barriere for å søke hjelp (166, 167). Det er rimelig å hevde at det har vært en viss grad av stigmatisering og skam knyttet til sykdommer og helsetilstander som i særlig grad rammer kvinner. Studier peker for eksempel på at kvinner opplever stigma og skamfølelse knyttet til vulvodyni (smerter og ubehag i kvinners ytre kjønnsorgan) (168) og overgangsalder (8). Utvalget mener det er riktig å løfte at en rekke enkeltkvinner som har stått fram i nasjonale medier og fortalt om sine sykdomshistorier og møte med helsetjenesten, har bidratt til bevisstgjøring og til å bygge ned skam og stigma.

Utvalget ser grunn til å være oppmerksom på at sykdommer som i særlig grad rammer de aller

eldste, ofte har lav status. Geriatri er læren om sykdommer som oppstår i alderdommen, og ivaretagelsen av eldre pasienter. Studier viser at de geriatrike pasientene ofte anses som komplekse, og at lav status fører til liten interesse blant studenter for å spesialisere seg på feltet (169).

4.5 Samordning av tjenester

God samordning er en utfordring for hele helse- og omsorgstjenesten. Målet er å lage gode systemer slik at det kan samarbeides på tvers av tjenester, tjenestenivåer og fagmiljøer, for å sikre sømløshet i pasientforløpene og tilgang på gode og likeverdige helsetjenester. Utvalget mener det er betydelige utfordringer med samordning i helse- og omsorgstjenestene, og at dette får konsekvenser for kvinners helse. Mangler ved samordning i helse- og omsorgssektoren går ikke bare utover kvinners helse, men det fører etter utvalgets vurdering til noen særlige utfordringer i situasjoner eller ved noen typer lidelser, som rammer kvinner i særlig grad.

Boks 4.3 Kvinnehelse – et historisk tilbakeblikk

Hva vet vi om historien til kvinners helse? Kunnskap er til enhver tid preget av hvem som hadde makt til å dokumentere historien. De historiske kildene som kan si noe om hvordan kvinners helse artet seg før i tiden, er for det meste bøker og brev skrevet av menn. Og som alle mennesker, var de og deres kunnskap preget av den tid de levde i og det rådende kvinnesynet som omga dem.

Før 1800-tallet var det mange som mente at kvinnen og mannen ikke var unikt biologisk forskjellige, det var mer et spørsmål om grader: kvinnekroppen var en mindre fullkommen utgave av mannekroppen (170). Kvinnens skjede og eggstokker ble oppfattet som ufullstendige utgaver av mannens penis og testikler. Kvinner kunne være mannlige, menn kunne være kvinnelige, og menn kunne menstruere (171). Forskjellsbehandling mellom menn og kvinner ble begrunnet i sosiale, ikke biologiske forskjeller. Kanskje var det også enklere for samfunnet å akseptere at noen følte seg som et annet kjønn enn det de var tildelt ved fødselen (172).

Fra slutten av 1700-tallet derimot, ble både forskere og leger i økende grad besatt av å identifisere biologiske forskjeller mellom kjønnene, og i samfunnet ble forskjellene mellom kjønnene i økende grad begrunnet i naturlige, ikke sosiale forskjeller. Det kvinnelige egget ble påvist i 1827, og selv om ikke kjønnshormonene ble oppdaget før hundre år senere (173), ble kvinnene identifisert med svangerskap og fødsel, og kvinnekroppen som skjør og svakelig. På 1880-tallet mente det medisinske fakultet i Oslo bestemt at kvinner ikke burde studere medisin. Begrunnelsen var at de var ansett som uegnet til det fra naturens side (174–178).

Overgangen mot 1900-tallet var preget av de såkalte «kvinnesykdommene». Stadig flere kvinner oppsøkte leger på grunn av tilstander som klorose (blodfattighet), nevrasteni (en form for utmattethet), og det som ble omtalt som hysteri (179, 180). Ingen av disse diagnosene er i bruk i dag. Men kvinnesykdommer har vært en del av det 20. og 21. århundres vokabular – og har ofte blitt forstått som sykdommer som er uspesifikke, uklare og utypiske.

Siden det var desidert flest menn som var leger og forskere, har mannen utgjort normen for produksjon av kunnskap. Sykdommer som har vært vanligst hos menn, har blitt mest studert og vært gjenstand for mest prestisje (1, 3), og kjønnsspesifikke symptomer på sykdommer har ikke blitt anerkjent. Da jeg studerte medisin på 1990-tallet ble vi undervist om de «vanlige» versus de «uspesifikke» symptomene på hjerteinfarkt. Vi ble ikke fortalt at halvparten av pasientene hadde de «uspesifikke» symptomene – nemlig kvinnene.

Kunnskapen om kjønnsforskjeller har også vært skjev. Det amerikanske legemiddelbyrået FDA (Food and Drug Administration) forbød å inkludere kvinner i forskning i 1977 for å beskytte et eventuelt foster mot skader. Resultatet ble at vi fikk kunnskap om hvordan legemidler virker på menn, ikke nødvendigvis på kvinner.

Selv om kvinnelige leger etablerte nye kliniske felt da de først begynte å praktisere på begynnelsen av 1900-tallet (181), var kunnskapen om kvinnekroppen fremdeles dominert av mannlige eksperter på 1970-tallet. I Europa og USA organiserte kvinner seg for å ta kunnskapen om kroppen tilbake. Her hjemme startet det som skulle bli den landsomfattende organisasjonen Ammehjelpen på den måten (182).

På 1980-tallet tiltok oppmerksomheten rundt kjønns betydning for helse og kvinnehelse, og forskere samlet seg i den såkalte kvinnehelsegeriljaen. Dette flyttet grensene for hva kvinnehelse handlet om. Mange av disse kvinnene gikk senere inn i akademiske stillinger. Dette ga kvinnehelsen en akademisk forankring. Dermed så man en kunnskapsutvikling om kvinner med medisinsk uforklarte symptomer, om vold og overgrep mot kvinner og forskning på kvinnehelse i en mer internasjonal sammenheng. Med andre ord var det ikke lenger bare underlivet – men også andre aspekter ved kjønn og helse som fikk oppmerksomhet.

Av Anne Helene Kveim Lie, førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo.

4.5.1 Svak nasjonal samordning

Utvalget finner grunn til å peke på en mangelfull administrativ forankring når det gjelder kvinnehelse og kjønns betydning for helse. Utvalgets vurdering er at det er en stor utfordring at ingen har særskilt eller overordnet ansvar for å sikre faglig samordning, kontinuitet eller systematikk i dette arbeidet, hverken på departements- eller direktoratsnivå.

I offentlig forvaltning er sektoransvarsprinsippet en viktig rammebetingelse. Det overordnede ansvaret for likestillings- og diskrimineringsfeltet, inkludert diskriminering på grunnlag av kjønn, er plassert i Kultur- og likestillingsdepartementet. For det daglige arbeidet med å sikre kjønnslikestilling og å hindre diskriminering, ligger sektoransvarsprinsippet til grunn. Dette innebærer at ulike fagmyndigheter og sektordepartement, som Helse- og omsorgsdepartementet, har ansvar for å sikre likeverdig tilgang til tjenestetilbudet på sine områder (183). Sektoransvaret kombineres med det som kalles likestillingsintegrering (*gender mainstreaming*) som er det rådende styringsverktøyet på likestillingsfeltet, og som innebærer å iverksette et likestillingsperspektiv i alle styringsledd på tvers av sektorer (184, 185). Forskere har pekt på at kombinasjonen av sektoransvar og likestillingsintegrering fragmenterer hvem som har implementeringsansvar. Manglende kunnskap i systemene om forståelse av både kjønn og likestilling begrenser integreringsstrategien (183). At hver sektor har ansvar for likeverdighet og likestilling på sine områder, kan også bidra til at slike tiltak taper i møte med andre konkurrerende hensyn innenfor det aktuelle området (186).

Utvalget mener manglende kunnskap om kjønn kombinert med konkurrerende hensyn er særlig aktuelt for helsetjenesten, som i stor grad er preget av kjønnsnøytrale tilnærminger og ressursprioritering. Enkelte kvinnehelseområder fordrer også sektorovergripende samarbeid. Her viser forskning at samarbeid på tvers av ulike fag- og sektormyndigheter kan være utfordrende i seg selv (187). Håndtering av kjønn og kjønnsforskjeller i helse- og omsorgspolitikken omtales grundig i kapittel 7.

4.5.2 Mangelfull samordning mellom tjenester og tjenestenivåer

Det er etter utvalgets vurdering også et stort forbedringspotensial når det gjelder samordning på

tjenestenivå. Dette gjelder både innad i tjenestene og mellom ulike tjenestenivåer. Utvalget vurderer at mangelfull samordning får konsekvenser for kvinners helse. Flere plager og lidelser som i særlig grad rammer kvinner, krever tverrfaglig samarbeid og tjenesteleverandører som samhandler. Pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) er et eksempel på dette. Sammensatte lidelser omfatter tilstander med betydelige somatiske symptomer, der anerkjente diagnoser ikke fullt ut kan forklare symptomene (12). Denne gruppen kjennetegnes av delvis overlappende symptomer, høyt helsetjenesteforbruk og fare for å bli utsatt for unyttig og potensielt skadelig utredning og behandling. Mange har negative personlige erfaringer i møte med helsetjenesten (13). Middelaldrende kvinner som tilhører lavere sosioøkonomiske klasser, og som har økt forekomst av negative livserfaringer, er overrepresentert blant pasientene i denne gruppen (13). I møte med pasienter med medisinsk uforklarte plager og lidelser er det behov for at tjenestene både evner og har kapasitet til å behandle lidelser som krysser fagområder og spesialiteter.

Det kan også være økonomiske barrierer for samordning på tjenestenivå. En norsk studie som så på utprøving av en samarbeidsmodell med psykologer lokalisert på fastlegekontoret, pekte på svært gode erfaringer både blant fastlegene, psykologspesialistene og pasientene. Informasjonsflyten gikk lettere, og pasientene fikk raskere hjelp. Hovedutfordringen lå imidlertid i finansiering av slik samhandling og at samhandlings-takster ikke dekket behovet. Psykologene kunne for eksempel ikke kreve refusjon for konsultasjon som ikke var gitt ved et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) (14).

Forbedringspotensialet som ligger i samordning, dreier seg etter utvalgets vurdering ikke bare om organiseringen av tjenester til innbyggerne, men også om strukturen for å samordne kunnskap og kompetanse. På en rekke kvinnehelserelaterte områder er det behov for å styrke samordningen av kompetanse knyttet til utredning og behandling av flere lidelser. Utvalget mener dette er sentralt for å utvikle felles forståelse, og for å sikre kvalitet i behandlingen. At det verken på departements- eller direktoratsnivå arbeides systematisk med å sikre faglig samordning på kvinnehelserelaterte områder, bidrar etter utvalgets vurdering til at det blir utfordrende å sikre et relevant kunnskapsgrunnlag for politikkutforming.

4.5.3 Samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet

En kommunehelsetjeneste som fungerer godt og som er tilgjengelig for befolkningen, er en forutsetning for god samordning mellom tjenestenivåene. God tilgang til kommunehelsetjenester bidrar til bedre helse i hele befolkningen (188). Både de «skjulte» og de mer kjente kvinnehelse-sykdommene utredes og behandles i stor grad i kommunehelsetjenesten og er avhengig av at det finnes både kapasitet og kompetanse til å håndtere disse tilstandene. Fastlegekrise og mangel på både sykepleiere og jordmødre rammer derfor kvinner særlig hardt. Norske studier har vist at kontinuitet i relasjonen mellom behandler og pasient reduserer behovet for bruk av legevakst og sykehusinnleggelser, og gir lavere dødelighet (15).

Utvalget er opptatt av å understreke tidsdimensjonen i samordningen av helse- og omsorgstjenestene. Kvinner utgjør som nevnt flertallet blant pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer, og mange opplever symptomer og tilstander der det kan ta lang tid å avklare helsetilstanden. Særlig sårbare kvinner, for eksempel kvinner med rusmiddellidelser, har ofte sammensatte utfordringer som gjør at de har behov for tjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten over tid. Også eldre kvinner kan ha behov for flere tjenester over tid. I dag har kvinner høyere forventet levealder, men kan forvente færre friske leveår enn menn. Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå viser at kvinner vil fortsette å leve lenger enn menn i framtiden. Det er derfor et økende behov for gode tjenester som ivaretar kvinners helse gjennom hele livsløpet.

4.6 Sviktende kunnskapsbro

I dag har vi mer kunnskap om kvinnetypiske lidelser og kjønnsforskjeller i helse enn vi hadde for 20 år siden. Vi vet at kjønn har betydning for ulikhet i symptomer, sykdomsforløp og virkning av legemidler. Forskning på hjertesykdommer er et forskningsområde som har kommet relativt langt i å anerkjenne og utforske kjønns betydning for helse. I dag vet flere at kvinner som rammes av hjerteinfarkt, opplever andre symptomer enn brystmerter med utstråling til hals og arm. For kvinner er symptomene ofte mer diffuse, som for eksempel avmaktsfølelse, uvelhet, kvalme og følelse av å skulle besvime (130, 189). Som nevnt i kapittel 1, vet man for eksempel at det er en sammenheng mellom svangerskapsforgiftning og

forhøyet risiko for hjerte- og karsykdommer senere i livet. Dermed kan svangerskapet ses som et viktig mulighetsvindu for å forebygge senere sykdom. Likevel tyder mye på at dette er relativt dårlig kjent ute i tjenestene, og at det er lite systematikk i arbeidet med å følge opp kvinner som har gjennomgått svangerskapsforgiftning, til tross for et viktig forebyggingspotensial (16).

Et større tilfang av kunnskap om kvinners helse er positivt. Samtidig er det uheldig at det fortsatt synes å være svært lang vei fra forskning til kunnskapsbasert praksis. Dagens situasjon vitner etter utvalgets vurdering om en svikende kunnskapsbro. Kunnskapsbroen svikter i flere ledd, fra forskning til undervisning, ut i tjenestene og ut til allmennheten. Utvalget legger til grunn at helsepersonell ønsker ny og oppdatert kunnskap, men er prisgitt å få tid og ressurser til å holde seg faglig oppdatert. Utvalgets vurdering av den sviktende kunnskapsbroen handler om strukturene som skal sikre kvalitet og kunnskap i tjenestene.

4.6.1 Nasjonale faglige retningslinjer

Helsepolitisk har det vært viktig å legge til rette for kunnskapsbasert praksis og tjenesteutøvelse (190–192). Det innebærer at faglige avgjørelser skal gjøres på bakgrunn av systematisk innhentet forskning, erfaringer fra praksis og brukerens egne ønsker og behov (193). Faglige retningslinjer og veiledere er viktige virkemidler for å sikre dette. De skal bidra til at tjenestene har god kvalitet, og motvirke uønsket variasjon. Helsedirektoratet er den eneste aktøren som kan utarbeide slike normerende retningslinjer i helsesektoren.

Utvalget merker seg at flere av Helsedirektoratets retningslinjer for sykdommer som i særlig grad rammer kvinner, ikke har vært oppdatert på lang tid. For eksempel er de nasjonale retningslinjene for behandling av osteoporose (beinskjørhet) fra 2005. For flere sykdommer som i hovedsak rammer kvinner, finnes det ikke retningslinjer. Dette gjelder for eksempel endometriose og adenomyose, som omtales nærmere i kapittel 9. Tall fra Helseatlas for gynekologi fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) viser dessuten at det er stor og uberettiget variasjon i tilbudet om kirurgiske inngrep til kvinner med endometriose som ikke kan forklares av naturlige forskjeller eller svingninger i behov (194). Utvalget mener det er grunn til å peke på at mangler ved dagens oppdatering av faglige retningslinjer bidrar til at kunnskapen ikke når ut i tjenestene. Når det gjelder kvinnehelse og kjønns betydning

for helse, tyder mye på at retningslinjene ikke er dekkende. Det mangler også systemer for å sikre oppfølging. Som virkemiddel for kunnskapsbaserte tjenester er de nasjonale faglige retningslinjene mangelfulle når det kommer til kjønn.

Helseutdanningene, og særskilt profesjonsutdanningene, setter rammene for kompetansen om kjønn og helse i helsetjenesten. I dag innlemmes ikke kjønnsperspektiver og kvinnehelse systematisk i helseprofesjonsutdanningene, og mye tyder på at ny kunnskap om kjønn og helse heller ikke når ut til utdanningsinstitusjonene i tilstrekkelig grad. Det er *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene* (RETHOS) som legger føringer for helse- og sosialfagutdanningene på nasjonalt nivå. De definerer også sluttkompetansen som forventes av kandidaten for hver utdanning (120, §2). Det stilles ingen krav om kunnskap om kjønn i RETHOS. Dette vitner om at kunnskap heller ikke når ut til utdanningsinstitusjonene, og om en kunnskapsbro som svikter i flere ledd.

4.6.2 Liten grad av faglig forankring

Selv på områder hvor det foreligger faglige retningslinjer, er det mye som tyder på at man sliter med å få kunnskap til å nå ut til helse- og omsorgstjenestene. En rapport fra tidligere Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, viste at helsepersonell ønsker å ta i bruk verktøy for å få en mer kunnskapsbasert praksis, men at dette forutsetter målrettet undervisning, ildsjeler og forankring hos ledelsen (195).

Oppdatert kunnskap om kjønns betydning for helse er etter utvalgets vurdering i liten grad lagt til grunn for organisering, planlegging og drift av helse- og omsorgstjenestene. De regionale helseforetakene utarbeider jevnlig utviklingsplaner. Disse gir en oversikt over nå-situasjonen, utfordringsområder og foretakenes strategiske retning. En gjennomgang av utviklingsplanene til Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst, viser at kjønns betydning for helse ikke er tematisert i noen av disse. Alle utviklingsplanene peker på spesialisthelse-tjenestens visjon om gode og likeverdige helse-tjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Dette vitner etter utvalgets vurdering om en generell bevissthet rundt retten til likeverdige tjenester, men liten oppmerksomhet rundt hvordan nåværende og påtenkte endringer kan få ulike konsekvenser for ulike kjønn.

4.6.3 Folkeopplysning om kjønn og helse mangler

Implementering av oppdatert kunnskap må skje sentralt, men også lokalt, i kommuner og på fastlegekontor. Befolkningens helsekompetanse er også viktig. Helsekompetanse handler om evnen til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse (196). Helsekompetanse i befolkningen er sentralt i folkehelsearbeidet, det kan bety mye for forebygging og kan være avgjørende i akutte situasjoner. Det er særlig relevant å vise til hvordan nyere forskning har påpekt at yngre kvinner kan vise andre symptomer på hjerneslag enn menn. Selv om symptomene er de samme hos de fleste pasienter med hjerneslag, som problemer med taleevnen, kan kvinner også vise andre symptomer, eller presentere sykdommene annerledes enn menn. Det kan for eksempel være mer generell sykdomsfølelse, angst, slapphet, hodepine og forvirring (17). Helsedirektoratets kampanje «Prate, smile, løfte», som skal styrke befolkningens kompetanse til å kjenne igjen hjerneslag, er sannsynligvis ikke dekkende for det bildet av symptomer mange kvinner har. Utvalget vil understreke viktigheten av at slik folkeopplysning når ut til befolkningen som helhet.

4.7 Kvinners stemmer får for lite gjennomslag

Den fjerde delen av utfordringsbildet som utvalget har identifisert, dreier seg om hvordan kvinners stemmer får for lite gjennomslag. Utvalget vil påpeke at dette kan ses som et resultat av kvinnehelsens lave status, sviktende samordning og en sviktende kunnskapsbro. At kvinner ikke blir lyttet til i møte med helse- og omsorgstjenesten, er et gjennomgående tema i flere innspill utvalget har mottatt. Kvinner melder om ikke å bli trodd, at sterke smerter og blødninger bagatelliseres, og at det tar lang tid før diagnoser stilles og behandling igangsettes. Utvalget ser med stor bekymring på disse historiene og tar dem på alvor.

Brukermedvirkning er et sentralt mål i helse- og omsorgstjenesten i dag. Det dreier seg om at brukere skal ha innflytelse på innretningen av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning er også en forutsetning for å kunne jobbe kunnskapsbasert (197). Utvalget finner imidlertid at det foreligger lite systematisert kunnskap om hvordan kvinner møtes i helse- og omsorgstjenesten. En kunn-

skapsoversikt fra 1998 viste at kvinners møter med helsetjenesten oftere beskrives som problematiske, konfliktfylte eller lite konstruktive (198). En rapport fra 2003 viser at personer med fibromyalgi følte seg utsatt i møte med allmennlegen (199). Kvinner med fibromyalgi beskriver også i kvalitative studier at de ikke blir tatt på alvor som syke, og at deres somatiske sykdom blir avvist med psykologiserende termer (200).

4.7.1 Kvinners møte med helsetjenesten som pasient og som pårørende

Utvalget mener det er nødvendig å anerkjenne at både kvinnehelsens lave status, mangelfull samordning og lite kunnskap om kjønn og helse i tjenestene i sum kan gjøre det vanskeligere for pasienter å navigere i et komplekst helsesystem. Det kan gjøre at det stilles særlig høye krav til pasienten om presist å formidle symptomer og plager, og det kan også gjøre det vanskeligere å gjøre krav på pasientrettigheter. Manglende bevissthet rundt sykdommen og dens kjennetegn kan også føre til at mange pasienter må gjennom mange konsultasjoner uten at sykdommen identifiseres, og uten at det iverksettes målrettet behandling. Det er også rimelig å spørre om belastningen av å ha en sykdom med lav status kombinert med at det er lite kunnskap om sykdommen i tjenestene, gjør at kvinners stemmer ikke blir tatt hensyn til i tilstrekkelig grad. Dette kan igjen føre til ytterligere helseproblemer. Studier har vist at sykdommer som endometriose ofte opptrer samtidig med andre lidelser som også har lav status, herunder fibromyalgi og kronisk utmattelsessyndrom (201).

Kvinner kan også oppleve at smerter og kroppslige symptomer tilskrives psykologiske årsaker i møte med helsetjenesten. Det er relativt nylig man har fått økt kjennskap til plageomfanget av for eksempel ulike underlivsplager og lidelser. Slike plager har vært karakterisert som overreaksjon på vanlige menstruasjonsplager (202). Forestillinger om at kvinner stresser seg syke har også vært relativt utbredt. At kvinner har opplevd å bli «psykologisert» i møte med helsetjenesten kan ses i sammenheng med mangel på kunnskap om kvinners helse og kvinnespesifikke lidelser ((203).

Svært mange kvinner møter helse- og omsorgstjenesten også som pårørende. Mange opplever at de ikke blir sett, hørt eller anerkjent som pårørende. Nasjonale pårørendeundersøkelser viser at en del pårørende opplever at deres kjennskap til bruker eller pasient i liten

grad anerkjennes, og at det er lite rom for brukermedvirkning. De etterlyser også mer tilgjengelig informasjon og veiledning fra helsepersonell, og de har behov for å møte og snakke med andre mennesker i samme situasjon (20, 21).

4.7.2 Likeverdige tjenester for alle kvinner

Utvalget ser med stor bekymring på at kvinner med urfolks- og minoritetsbakgrunn opplever særlige utfordringer i møte med helsetjenesten. Dette kan ha sammensatte årsaker, men dreier seg ofte om språkbarrierer, lav helsekompetanse, fordommer og stereotype forestillinger som kan stå i veien for reell brukermedvirkning. For eksempel viser forskning at kvinner med minoritetsbakgrunn kan møte særlige utfordringer i svangerskap, fødsel og barsel. Studier fra Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning viser at en betydelig andel innvandrerkvinner ikke forstår informasjonen som blir gitt, eller ikke får dekket behovet for tolk i svangerskaps- og fødselsomsorgen (18, 19). Å forstå informasjonen som blir gitt må sies å være en forutsetning for brukermedvirkning i møte med helse- og omsorgstjenesten. Dette perspektivet mener utvalget må løftes betydelig for å utforme likeverdige og gode helsetjenester for hele befolkningen i tiden som kommer.

4.8 Utvalgets vurdering

Utvalget legger til grunn at kjønn har betydning for helse. I dette kapitlet viser utvalget til kjønns betydning for risiko, sykdom og behandling. Utvalget har lagt vekt på forskjeller i biologiske mekanismer, men også hvordan sosiale normer knyttet til kjønn er med på å påvirke helsen vår. Utvalget mener at hvordan samfunnet bør forholde seg til kjønnsforskjeller i helse, avhenger av om det påvirker individets likeverdige muligheter til god helse. Utvalget oppfatter at det må balanse-res mellom likebehandling og forskjellsbehandling for at alle kjønn med ulike biologiske, psykologiske og sosiale forutsetninger skal få likeverdige muligheter til god helse. Utvalget mener det sentrale er at likeverdighet av og til fordrer forskjellsbehandling, og at dette er særlig relevant for kvinnehelse.

Historisk har det vært manglende kjønns-spesifikk kunnskap i forskningen på helse og medisin (204). Dermed har leger for eksempel ikke vært bevisst på at kvinner og menn har ulike symptomer og ulike forløp ved akutt hjerteinfarkt

Boks 4.4 Kvinnestemme

«I 2017 ble jeg syk, og oppsøkte fastlegen. Jeg var så utmattet at jeg ikke klarte å jobbe. Min fastlege kjente meg, og tvilte aldri på meg. Hun mistenkte hjerteproblematikk, og henviste meg videre til utredning på sykehus. På sykehuset gjorde de sine undersøkelser, men kunne ikke finne noe. Jeg fortalte at min mor var bypassoperert da hun var rundt 50 år, og at min far hadde blokkerte blodårer. Sykehuset henviste meg videre til et opptreningssenter hvor jeg måtte jogge. Jeg fikk en følelse av at de så på meg som en sliten kvinne i overgangsalderen, og at det ikke var noe som feilte meg.

Jeg hadde gitt opp å få svar, helt til sommeren 2021 da jeg etter en liten tur ut ble så sliten at jeg hev etter pusten. Det gikk to timer før jeg klarte å puste normalt igjen. Først da begynte det å skje ting. I september 2022 ble jeg hjerteoperert, og jeg gjennomgikk en bypassoperasjon som varte i seks timer. Jeg hadde sju tette blodårer rundt hjertet. Det tok fire år og nesten

livet av meg før helsetjenesten oppdaget hva som feilte meg.

I dag er jeg 58 år gammel, og mine kognitive evner er nedsatt. Jeg holder fortsatt på med medisinsjusteringer og opptrening. Det gikk så lang tid fra jeg ble syk til helsetjenesten fant ut hva som feilet meg at jeg hadde mistet mye muskelmasse og måtte starte på bunnen. Jeg har alltid vært aktiv, gått på fjellet, og stortrivedes med jobb. I dag sliter jeg med hjerteflimmer og blir utslått ved konsentrasjon.

Jeg er skuffet over behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Jeg skulle ønske jeg fikk de samme symptomene som menn får. Da hadde jeg fått hjelp med en gang, blitt tatt på alvor og vært i jobb igjen. Det var med stor sorg jeg måtte avslutte min yrkeskarriere og søke uføretrygd. Dette er ikke rettferdig. Vi må kunne forvente at kvinners hjerter blir tatt på alvor.»

Kvinne, 58 år

(189). På grunn av manglende kunnskap har en altså behandlet kjønnene likt, selv om tilpasset behandling ville gitt best resultat. Utvalget mener det er nærliggende å tro at en sterk tradisjon for likhetstenkning og likebehandlingsprinsipp kan ha ført til at en har vært mindre opptatt av å vektlegge forskjeller mellom kjønn, for eksempel i helse. Dette oppfatter utvalget som problematisk for alle kjønn.

Utvalget mener at kvinnehelsens lave status, manglende samordning, at kunnskap om kjønn og kvinnehelse ikke når fram til tjenestene, kombinert med at kvinners stemmer ikke får gjennomslag, står i veien for likeverdige helsetjenester og får konsekvenser for kvinners helse. Dette sammensatte utfordringsbildet danner grunnlaget for utvalgets vurderinger. Utvalget har derfor også utformet egne tiltak innenfor disse fire områdene.

4.8.1 Øke status for kvinners helse

Kvinnehelsens lave status reflekteres etter utvalgets vurdering i at kvinnerelaterte lidelser ligger langt nede i prestisjehierarkiet, og at enkelte sykdommer og lidelser fremdeles er forbundet med stigmatisering og lite kunnskap i tjenestene.

Status spiller etter utvalgets vurdering inn på prioriteringer av ressurser i dagens helsetjeneste og i forskning og fagutvikling. Utvalget ser det som nødvendig å sikre økonomiske insentiver for at kvinnehelse skal prioriteres i helse- og omsorgstjenesten, og at det tas initiativ til et nasjonalt strategisk forskningsløft for kvinnehelse og i helse i et kjønnsperspektiv.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 1 Etablere en nasjonal komité for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv; 2 Prioritere arbeidet med å innføre ny finansieringsmodell for fødselsomsorgen; 3 Gjennomgå dagens diagnoserelaterte grupper (DRG) for å sikre at finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten legger til rette for prioritering av kvinnehelse; 4 Gjennomgå og endre takster i kommunehelsetjenesten for å sikre at prioritering av kvinnehelse belønnes økonomisk; 5 Innføre krav om kjønnsperspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning; 6 Øke finansiering av forskning knyttet til kvinners helse; 7 Styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning; 8 Lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv; og 9 Øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmennmedisinske forskningsenhetene.

4.8.2 Sikre samordning som fungerer

Sektoransvarsprinsippet sørger for at ulike fagmyndigheter og sektorer har ansvar for å sikre likeverdig tilgang til tjenestetilbudet på sine områder, men per i dag er det ingen i sentrale helsemyndigheter som har et overordnet eller koordinerende ansvar for problemstillinger knyttet til kvinnehelse eller kjønns betydning for helse. Det er også betydelige utfordringer med samordning både innad i tjenestene og mellom ulike tjenestenivåer. Utvalget mener det er behov for tiltak som bidrar til å styrke samordningen både nasjonalt og på tjenestenivå.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 10 Etablere en tverrdepartemental arbeidsgruppe for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv; 11 Opprette en sentral fagenhet for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv; 12 Sikre befolkningen tilgang til gode helse-tjenester uavhengig av bosted og økonomi; og 13 Utrede nye finansieringsordninger for samhandling.

4.8.3 Styrke kunnskapsbroen

Utvalgets utgangspunkt er at helsepersonell ønsker å være faglig oppdatert. Utfordringen ligger i at det er for lang vei fra forskning til kunnskapsbasert praksis. Utvalgets vurdering er at dette skyldes mangler ved strukturene som skal sikre kvalitet og kunnskap i tjenestene, herunder faglige retningslinjer og faglig forankring. Utvalget ser også store utfordringer ved at ny og oppdatert kunnskap bruker for lang tid på å nå ut til befolkningen. Utvalget mener kunnskapsbroen har en sentral funksjon i et folkehelseperspektiv, der folkeopplysning rundt kjønnsforskjeller i helse bør stå sentralt.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 14 Etablere systemer for å ivareta et kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet; 15 Gjennomgå og oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer og helsetilstander som rammer kvinner; 16 Innlemme kjønn og hvordan kjønn påvirker helse, sykdom og behandling i Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger; 17 Sikre at opp-

datert kunnskap om medisinsk forskning på kjønnsforskjeller i helse og kjønns betydning for helse er et nasjonalt krav i nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS); 18 Etablere et samarbeidsnettverk for kjønn, helse og teknologi; 19 Tilrettelegge for bedre utnyttelse av helsedata i arbeidet med kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse; 20 Etablere bedre systemer for kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern; 21 Oppdatere nåværende og gi ny kjønns spesifikk informasjon på helsenorge.no; 22 Etablere en digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap om kvinnehelse; og 23 Øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper.

4.8.4 Kvinners stemmer

Mange kvinner har de siste årene stått fram offentlig med personlige sykdomshistorier. Utvalget har også mottatt en rekke innspill fra kvinner som forteller at de må kjempe for å bli trodd, og for å få riktig behandling i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget mener det er grunn til å være oppmerksom på at dette i seg selv er en belastning, som også kan få negative helsekonsekvenser. Utvalget mener at slike historier har bidratt til økt bevissthet, bidratt betydelig mer kunnskap og mindre stigma rundt kvinners helse. Det er imidlertid tankevekkende, all den likeverdige helse- og omsorgstjenester er et sentralt prinsipp i Norge.

Utvalget vil understreke viktigheten av at kvinners stemmer i større grad enn i dag får gjennomslag i møte med helse- og omsorgstjenestene.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 24 Etablere et brukerutvalg for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv; 25 Iverksette forskning på hvordan kvinner med kvinnelidelser blir behandlet i tjenestene; 26 Utrede muligheten for et nasjonalt kvalitetsregister for kvinnehelselidelser; og 27 Nasjonal brukerundersøkelse om kjønnsforskjeller i pasienters møte med helsetjenesten.

Utvalgets anbefalte tiltak knyttet til pårørendeomsorg og kvinnehelse er også av relevans med hensyn til kvinners stemmer.

Kapittel 5

Kvinneliv og kvinnehelse

5.1 Innledning

Kvinneliv og kvinnehelse er tett forbundet. Det betydelige ansvaret kvinner tar i familien og andre relasjoner påvirker den enkeltes liv og helse. Mange kvinner sjonglerer en rekke ulike roller, som elev, student, arbeidstaker, partner, mor, datter og venninne. Mange kvinner er også omsorgsgiver og støtteperson for personer i og utenfor egen husholdning (22).

I dette kapitlet ser utvalget på noen faktorer i kvinnelivet som særlig påvirker helse og livskvalitet. Arbeid, inntekt og utdanning er alle faktorer som har betydning for helse. Vold og overgrep er også alvorlige samfunns- og folkehelseproblemer som preger mange kvinner gjennom livet. Relasjoner, familie og sosialt nettverk er viktige deler av et kvinneliv og bidrar som regel til god fysisk og psykisk helse. Samtidig ser vi at mange kvinner påtar seg omsorgsoppgaver gjennom disse relasjonene, som igjen kan få helsekonsekvenser.

Kapitlet ser videre på hvordan kvinners levevaner påvirker helsen. Spesielt gjelder det kosthold, fysisk aktivitet og bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler. Utvalget drøfter hvordan

«skjønnhetstyranniet» påvirker kvinners helse. Helseatferd og sosial ulikhet er tett forbundet. Ulikhet i helseatferd bidrar til at det fortsatt er store forskjeller i hvordan sykdom rammer kvinner, avhengig av blant annet utdanning og inntekt. Dette er et viktig perspektiv å ha med når en vurderer tiltak for å bedre kvinners helse.

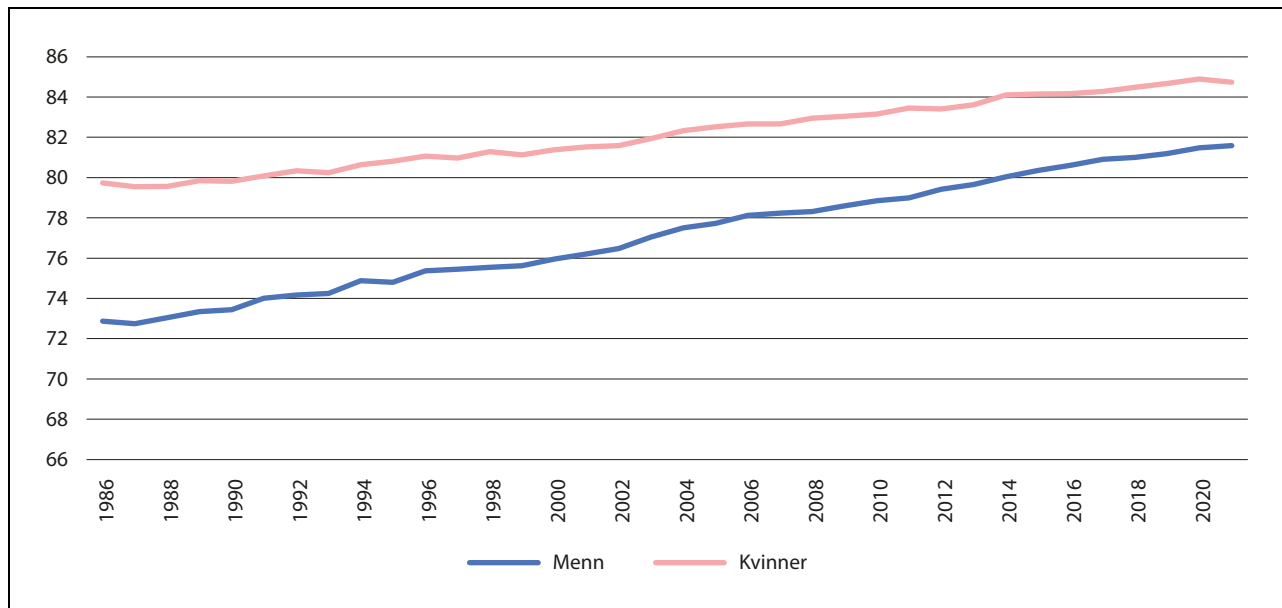
5.2 Levealder

Forventet levealder er et mål på hvor lenge en person som er født i et bestemt år, kan forvente å leve, og trekkes ofte fram som en pekepinn på folkehelsen (211). Forventet levealder for kvinner er rett i underkant av 85 år, mens den for menn er 81,5 år. Siden forrige utredning om kvinners helse i 1999, har forventet levealder for både kvinner og menn økt. Som vist i figur 5.1 har kvinner fortsatt lengst forventet levealder, men forventet levealder de siste 30 årene har økt mindre for kvinner enn for menn. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at forventet levealder ved fødsel økte med 0,2 år for kvinner og 0,3 år for menn fra 2019 til 2020 (212).

Boks 5.1 Sosial ulikhet og helse

Det er betydelig sosial ulikhet i helse i befolkningen, også innad i kvinnepopulasjonen. Helsedirektoratet beskriver sosiale ulikheter i helse som systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier, særlig utdanning, arbeid og inntekt. Mennesker med høy utdanning og god økonomi lever lenger og har mindre helseproblemer enn grupper med lavere utdanning og dårligere økonomi (205). Forskjeller i helseatferd i lys av utdanningsnivå kan gjenspeile at de med høyere utdanning har mer ressurser, samt bedre muligheter og forutsetninger for å ta til seg helseinformasjon (206).

Tilgang til for eksempel arbeid, skole og idrettsanlegg kan virke direkte inn på folks helse. Folk med høy utdanning kan ofte ha mer ressurser i form av tid og tilgang til fritidsaktiviteter og trening. Utdanning kan også gjøre mennesker mer mottakelige for helseopplysninger og bruk av tjenester. Utslagene av sosiale forskjeller gjelder for nesten alle sykdommer og plager (205). Sosiale forskjeller i helse er blant de viktigste folkehelseutfordringene Norge står overfor i dag (207–210). Disse helseforskjellene er imidlertid sosialt skapt og mulig å gjøre noe med.



Figur 5.1 Forventet levealder ved fødsel i perioden 1986–2021 (213).

Et langt liv er imidlertid ikke det samme som et friskt liv. Tall fra 2018 viser at norske menn kan forvente 71,2 friske leveår, mens kvinner kan regne med få 68,1 år uten funksjonsvansker (214). Med andre ord; kvinner lever lenger enn menn, men har færre friske leveår.

5.3 Utdanning, arbeid og inntekt

Utdanning, arbeid og inntekt henger sammen, og har stor betydning for helse. Det har vært store endringer i kvinners deltagelse i utdanning og arbeidsliv de siste 20 årene (22).

5.3.1 Utdanning

I Norge har det vært en markant økning i befolkningens utdanningsnivå. I dag er det langt færre med lav utdanning enn det var for noen tiår siden (22). Det er et klart flertall av kvinner som uteksamineres fra universitet og høyskoler. Andelen kvinner som bare har grunnskoleutdanning, har sunket fra 36 prosent i 2000 til 24 prosent i 2020. Samtidig har andelen kvinner med universitets- eller høyskoleutdanning økt fra 22 til 42 prosent i samme periode, viser figur 5.2 (22).

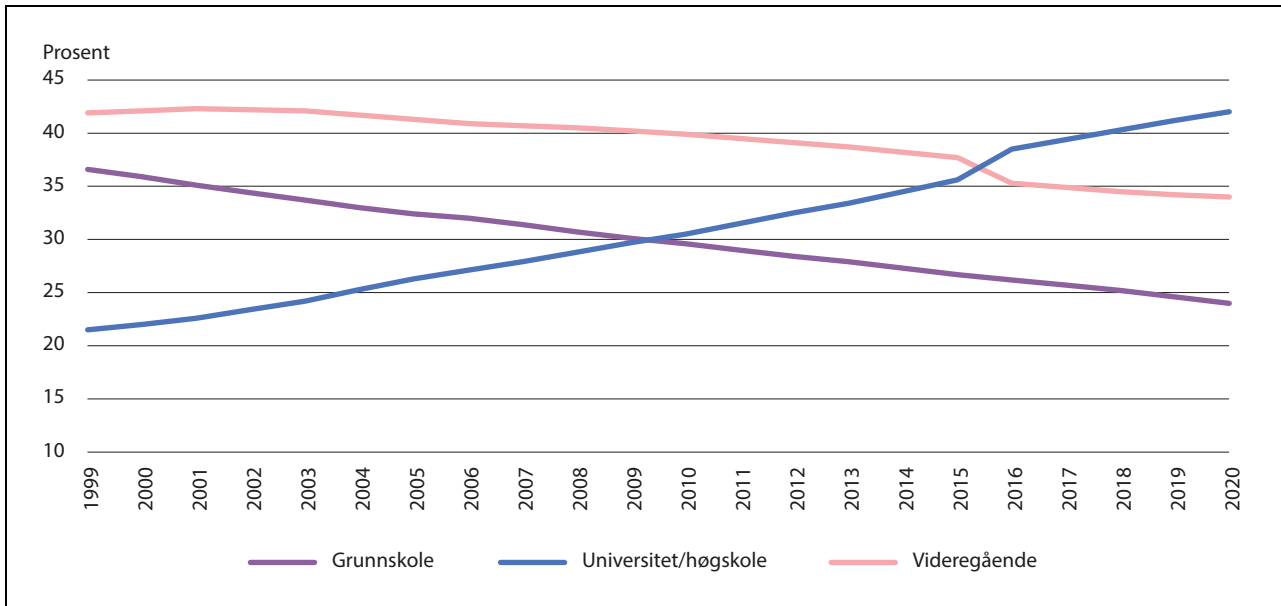
Blant personer under 60 år er det nå langt flere kvinner enn menn som har høyere utdanning. Særlig stor er forskjellen i aldersgruppen 25–29 år. I denne gruppen har 60 prosent av kvinnene høyere utdanning og 38 prosent av mennene.

Blant de eldste er det imidlertid fortsatt menn som har lengst utdanning (22).

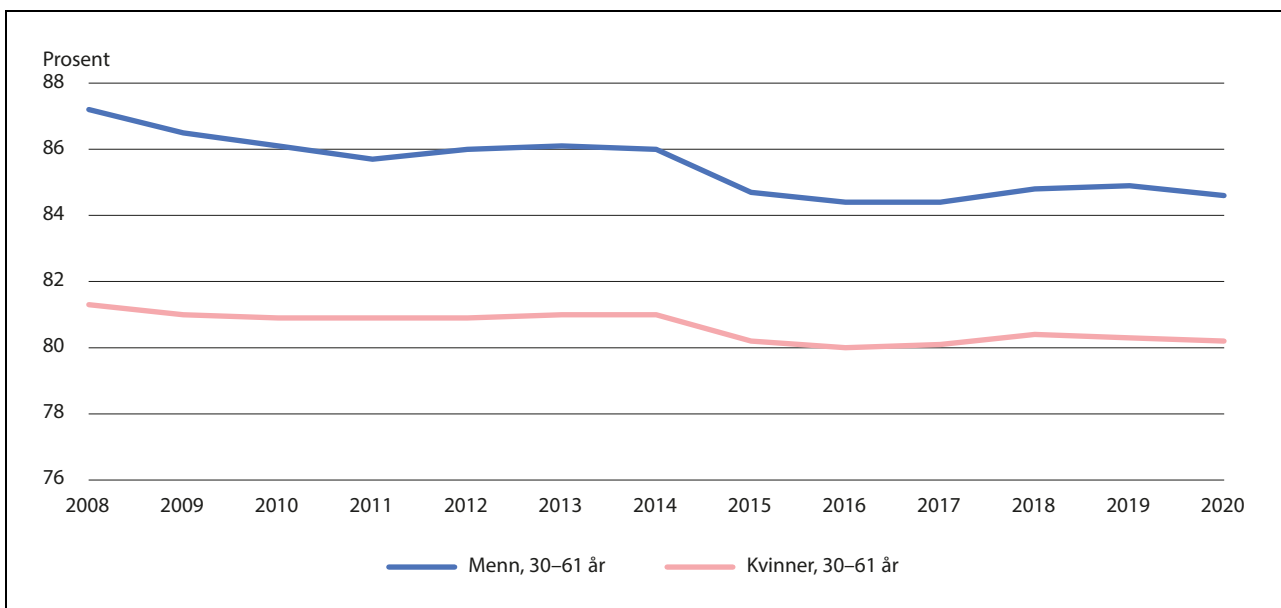
5.3.2 Arbeid

God helse vil ofte medføre god arbeidsevne. Samtidig er det å være i arbeid helsefremmende i seg selv (215). I 2020 var det 2,8 millioner personer i arbeidsstyrken, tilsvarende drøyt 70 prosent av befolkningen i alderen 15–74 år. Dette utgjorde 67 prosent av alle kvinner og 73 prosent av alle menn. I 2002 var de tilsvarende tallene 2,3 millioner (73 prosent av befolkningen), det vil si 70 prosent av kvinnene og 77 prosent av mennene (22). På begge tidspunktene utgjorde kvinnene omtrent 47 prosent av arbeidsstyrken.

Figur 5.3 viser andelen kvinner og menn i arbeidsstyrken fra 2008 fram til i dag i aldersgruppen 30–61 år. Det er fortsatt en større andel menn enn kvinner i arbeidsstyrken, men relativt sett har gruppene nærmet seg hverandre over tid. Dette skyldes primært at menns deltagelse har falt noe, mens kvinners andel har holdt seg relativt stabil. Samtidig er det flere kvinner som arbeider heltid enn tidligere, selv om en relativt høy andel fortsatt jobber deltid, enten frivillig eller ufrivillig (22). Som for 20 år siden er vel én av tre sysselsatte kvinner i deltidsarbeid. I perioden 2006 til 2016 økte andelen mødre i fulltidsjobb med 11 prosentpoeng. I 2016 var om lag 80 prosent av mødre med barn i alderen 1–5 år i jobb, og de jobbet i gjennomsnitt 32 timer i uken (22).



Figur 5.2 Høyeste utdanningsnivå for kvinner, 16 år og eldre, 1999–2020 (22).



Figur 5.3 Andel sysselsatte kvinner og menn, 2008–2020 (22).

De tjenesteytende næringene har vokst kraftig og sysselsetter i dag rundt 2,2 millioner personer, noe som utgjør hele 78 prosent av alle sysselsatte i Norge. Helse- og omsorgssektoren dominerer med over 600 000 sysselsatte i 2021. Det tilsvarende tallet i 1995 var rundt 365 000. Mer enn en av fem av alle sysselsatte jobber med helse- og omsorgsrelatert tjenesteyting, og 83 prosent er kvinner. I 2000 var kvinneandelen 85 prosent.

Kvinner med lengre utdanning er oftere sysselsatt enn kvinner med kortere utdanning. Det er færrest i arbeid blant dem som bare har grunnskole eller uoppgitt/ingen fullført utdanning. Innvandrerkvinner utgjør en betydelig andel av sistnevnte gruppe (22). Både kvinner og menn med lav utdanning har langt høyere sykefravær enn de som har høyere utdanning (213).

5.3.3 Inntekt

I gjennomsnitt var månedslønnen for kvinner og menn i 2020 henholdsvis 45 200 og 51 600 kroner brutto (22). Kvinners månedslønn utgjør altså knapt 88 prosent av menns månedslønn. Det er stor forskjell mellom ulike næringer. I finanssektoren er forholdstallet 74 prosent mens det er 95 prosent i undervisningssektoren. Det er også store forskjeller mellom ulike yrker. Kvinner har oftere lavtlønte yrker, mens det motsatte er tilfelle for menn. Samtidig har økningen i gjennomsnittlig bruttoinntekt fra 2008 til 2020 vært større for kvinner (52 prosent) enn for menn, selv om andelen kvinner som jobber deltid, har holdt seg stabilt på 36–37 prosent. I samme tidsrom har andelen kvinner som har en lederstilling steget fra 32 til 37 prosent (22).

Til tross for en generell forbedring av inntektsnivået i befolkningen, har andelen som lever i vedvarende fattigdom, økt fra 8 til 10 prosent de siste 20 årene (22). I den samme perioden har det vært en forskyvning i hvilke aldersgrupper som er fattige. Andelen barn som lever i vedvarende fattigdom, er tredoblet, og det er en tydelig økning også blant unge voksne. Andelen eldre som opplever dette, har falt betydelig, fra rundt en tredel til under 20 prosent (22).

5.3.4 Betydningen av arbeid, utdanning og inntekt for helse

Personer med høyere utdanning rapporterer i økende grad om flere år med god helse, sammenliknet med de som kun har grunnskole eller videregående opplæring (216). Kvinner og menn med lengst utdanning lever i dag 5–6 år lenger og har bedre helse enn de som har kortest utdanning. Disse forskjellene er økende. Ser vi på forventet levealder ved 35 år i 2015, kan menn med universitets- eller høyskoleutdanning forvente 6,4 år lengre levetid enn menn med bare grunnskole. For kvinner er forskjellen 5 år (210).

Høyere utdanningsnivå er assosiert med høyere sysselsetting og bedre betalte stillinger. Det er også assosiert med det å ha en partner og det å tilhøre majoritetsbefolkningen. Lavere utdanning er assosiert med lavere sysselsettingsgrad, lavere inntekt, og bruk av velferdsytelser samt å tilhøre minoritetsbefolkningen. Innvandrerkvinner i Norge har i gjennomsnitt lavere utdanning og sysselsetting enn øvrige kvinner i befolkningen (22).

Det er liten tvil om at det er sosiale forskjeller i helse som følger utdannings- og inntektsnivå.

Boks 5.2 Likeverdige helsetjenester?

Ulike sosioøkonomiske grupper blir ikke alltid behandlet likt i helsetjenesten. Et eksempel er at kreftpasienter med høy utdanning og inntekt gjennomgående har bedre overlevelse for de vanligste kreftformene, sammenliknet med pasienter med lavere utdanning (22). Årsakene er ikke kjent, men det er funnet at grupper med lav sosioøkonomisk status i mindre grad enn grupper med høy status får intensivert behandling, slik som kirurgi, og at de med lav utdanning sjeldnere henvises til mer spesialisert behandling (22).

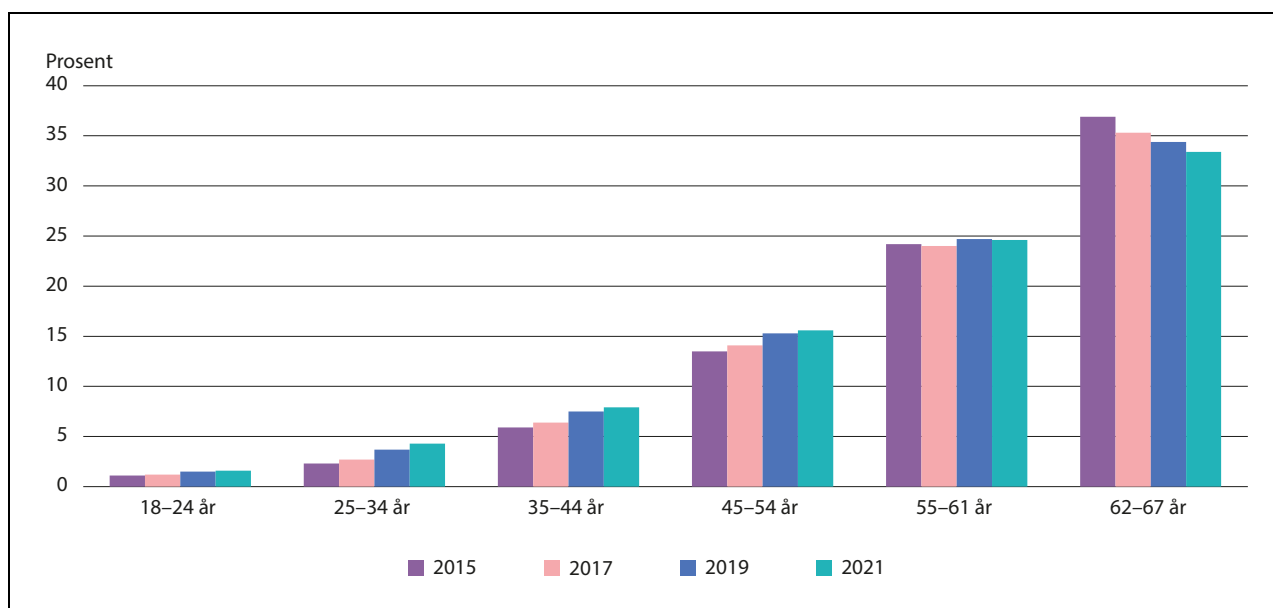
Det er også forskjeller i helsetjenestebruk. Slik var det for 20 år siden, og slik er det i dag. Med noen få unntak er helseproblemer vanligere blant kvinner med lav utdanning enn blant dem med høy utdanning. For eksempel er det vist at foreldre med kortere utdanning oftere opplever høyere spedbarnsdødelighet, lavere fødselsvekt og høyere risiko for tidlig fødsel (22).

5.3.5 Bruk av velferdsytelser

Antall sosialhjelpsmottakere har sunket de siste 20 årene, fra nær 140 000 i 2000 til 125 000 i dag. Gjennomsnittlig stønadstid i 2020 var 5,5 måneder, og gjennomsnittlig stønadsbeløp var nær 10 000 kroner per måned. Andelen sosialhjelpsmottakere er særlig stor blant unge, enslige (særlig menn) og enslige forsørgere (særlig kvinner).

Rundt år 2000 var antall uføretrygdete omtrent 280 000, og flertallet var kvinner (57 prosent). I 2021 var det 361 000 uføretrygdete, hvorav 211 000 kvinner (58 prosent). Dette er rundt 10 prosent av den kvinnelige befolkningen i alderen 18–67 år. Historisk sett har det vært noe flere menn enn kvinner som mottar uføretrygd, fram til de er i 30-årene. Med økende alder øker antall kvinner blant uføretrygdete, og de kommer i flertall. I 2021 var det for første gang overvekt av kvinner blant de uføretrygdete fra midten av 20-årene (22).

Antallet uføretrygdete kvinner øker kraftig med alderen. Det har imidlertid vært en trend de siste årene at andel eldre kvinner (62 til 67 år) på uføretrygd går ned, mens andelen yngre uføre-



Figur 5.4 Andel kvinner på uføretrygd (18–67 år) etter ulike aldersgrupper, 2017–2021 (22).

trygdete kvinner går opp. Denne trenden fortsatte i 2021. Andelen kvinner i alderen 25–34 år på uføretrygd var 2,3 prosent i 2015. I 2021 var andelen 4,3 prosent, nær en dobling på kun seks år (se figur 5.4) (22).

Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser er de vanligste årsakene til uførhet. Omtrent en av tre kvinner på uføretrygd i 2016 hadde en muskel- og skjelettlidelse. De mest vanlige underkategoriene er ryggliedelser og fibromyalgi som står for rundt 10 prosent hver.

Bildet er til dels tilsvarende for andre helse-relaterte ytelser som sykepenger og arbeidsavklaringspenger. Også for disse ytelsene er det flere kvinnelige enn mannlige mottakere, og flere eldre enn yngre mottakere (22). Det forventes at antallet kvinner – og menn – som mottar uføretrygd eller øvrige helse-relaterte ytelser, vil fortsette å stige framover fordi vi lever lenger, og flere blir eldre.

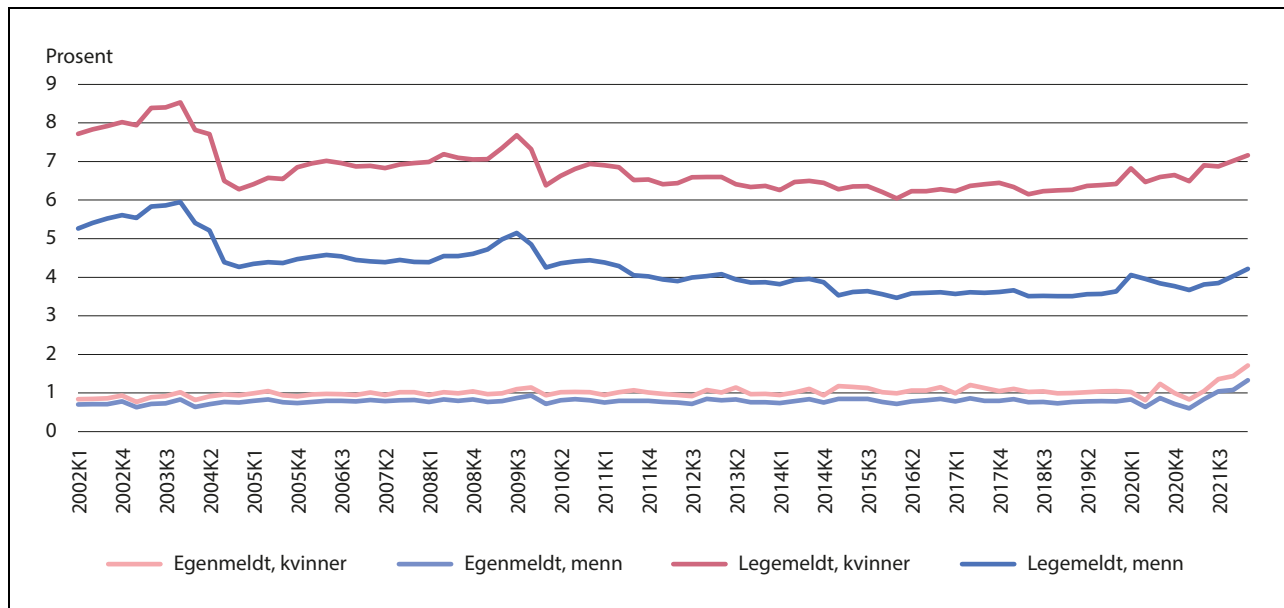
Det er klare forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder sannsynligheten for å få tildelt yrkesskade- og uføretrygd. Kvinner rammes oftere av yrkesrelaterte sykdommer som ikke dekkes av yrkesskadeordningen. Videre har ansatte i den kvinneedominerte helse- og omsorgssektoren lavest sannsynlighet for å få innvilget yrkesskade- og uføretrygd (217). Det kan se ut som at kriteriene for å få yrkesskadeerstatning favoriserer ansatte i mannsdominerte yrker (218). Se videre omtale i boks 5.3.

5.3.6 Sykefravær

Dårlig helse, sykdom og skader kan medføre egenmeldt eller legemeldt sykefravær fra jobb. De siste 20 årene har kvinner jevnt over hatt rundt 2–3 prosentpoeng høyere sykefravær enn menn.

Kvinner har høyere legemeldt sykefravær enn menn over tid, og i alle aldersgrupper. Dette gjelder også internasjonalt. Differansen i det legemeldte sykefraværet mellom kjønnene ligger som regel på rundt 3 prosentpoeng. Noen av forskjellene i legemeldt sykefravær mellom kvinner og menn i aldersgruppen 20–40 år skyldes helseplager i forbindelse med svangerskap og fødsel. Graviditet kan forklare rundt 18 prosent av kjønnsforskjellene samlet sett for legemeldt sykefravær (22). For kvinner i alderen 20 til 39 år, som er alderen da de fleste kvinner får barn, forklarer sykefraværet for gravide 38 prosent av kjønnsforskjellene i denne aldersgruppen. Det er særlig svangerskapsrelaterte plager som fører til sykmelding. Sykefraværet er lavest blant førstegangsfødende i alle aldre og stiger med antall barn den gravide har fra før. Figur 5.5 viser forskjell i sesongjustert egenmeldt og legemeldt sykefravær blant kvinner og menn.

Kvinner med barn har et høyere legemeldt sykefravær enn kvinner uten barn, spesielt i aldersgruppen 25–35 år. Sykefraværet øker for både menn og kvinner etter at de har blitt foreldre, men det øker mer for kvinner (22). Kjønnforskjellen er størst 2–5 år etter fødsel og avtar deretter noe. For kvinner som får to barn, øker sykefraværet ytterligere, men avtar igjen rundt 4–5 år etter siste fød-



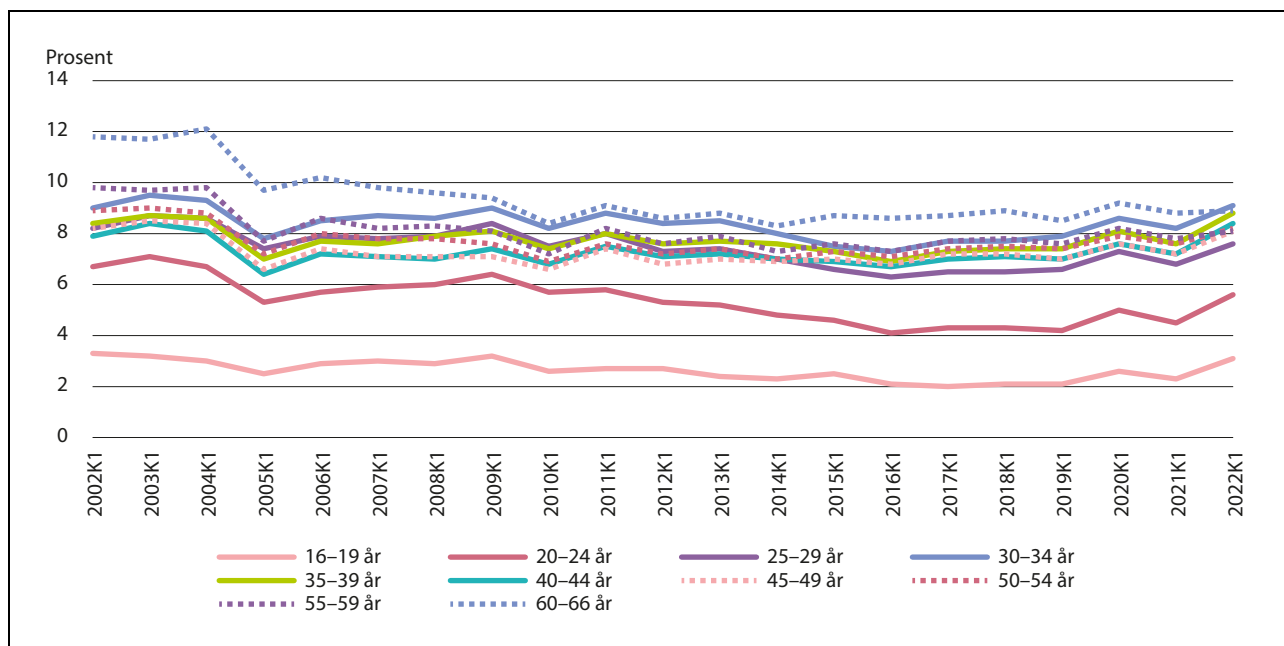
Figur 5.5 Sesongjustert sykefravær for lønnstakere etter kjønn og type sykefravær (22).

sel. En grunn til at mødrenes fravær øker mer enn fedrenes, er blant annet depressive lidelser, andre psykiske lidelser, ryggplager og symptomer som utslitthet og trøtthet. Enkelte mødre har lange sykefravær. Det er få mødre som ikke har noe sykefravær (22).

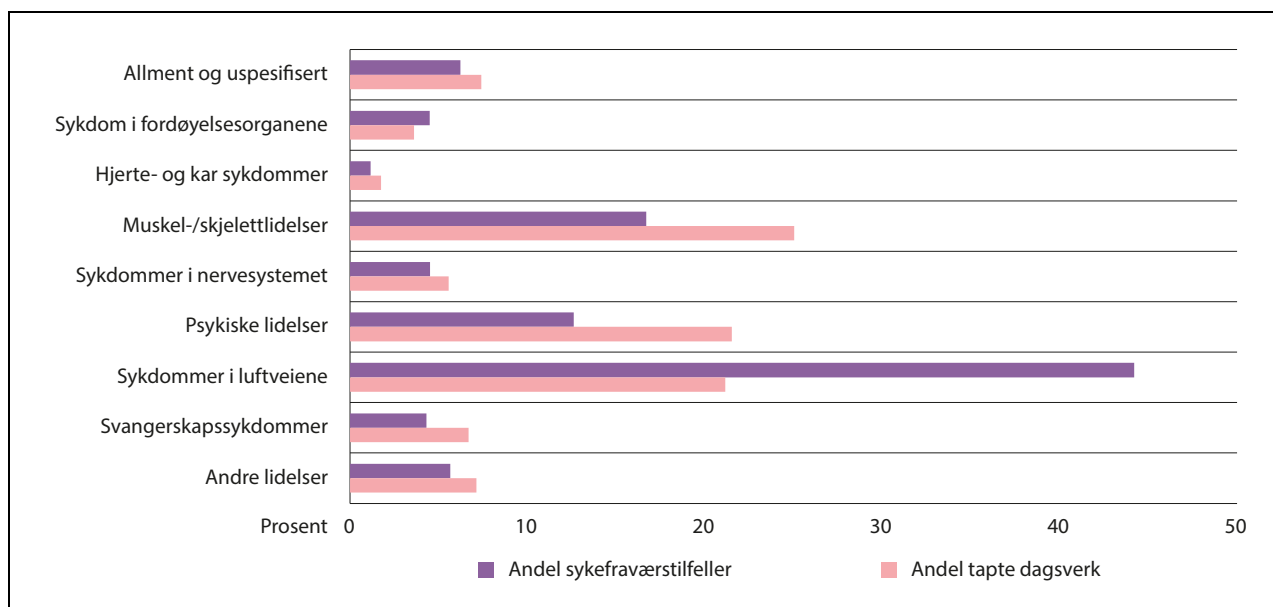
Også kvinner uten barn og kvinner med voksne barn sykmeldes. I en artikkel fra 2018 ses det nærmere på forskjellene i sykefravær mellom kvinner og menn ved å justere for helsetilstand, jobb-

utfordringer, foreldre-barn-konflikter og seksuelle overgrep (22). Likevel klarte ikke forskerne å forklare de største forskjellene i sykefravær mellom kvinner og menn. Kvinner rapporterer om noe dårligere helse enn menn, og de melder om flere plager og symptomer i hverdagen (22). Dette vil også kunne påvirke i hvilken grad kvinnene trenger sykmelding, og hvor lenge den varer.

Legemeldt sykefravær øker med alderen. Figur 5.6 viser ujustert legemeldt fravær i 1. kvar-



Figur 5.6 Ujustert legemeldt sykefravær for kvinnelige lønnstakere i perioden 1. kvartal 2002 til 1. kvartal 2022, etter aldersgrupper (22).



Figur 5.7 Andel tapte dagsverk og andel sykefraværstilfeller blant kvinner, etter utvalgte ICPC-2 kapitler, 1. kvartal 2022 (alle kontakter hos allmennlege registreres med ICPC-2 diagnosekode) (22).

tal hvert år tilbake til 2002. Sykefraværet blant kvinnene i alderen 16 til 19 år er ganske lavt og varierer mellom 2 og 3 prosent i løpet av 20-årsperioden. I denne gruppen er det få lønnstakere sammenliknet med de andre aldersgruppene fordi mange er skoleelever på fulltid.

Det er verdt å merke seg at selv om sykefraværspersenten øker med alderen, skiller kvinnene i aldersgruppen 30 til 34 år seg ut. De har en høyere andel sykefravær enn de andre aldersgruppene i 1. kvartal 2022, med 9,1 prosent. Som nevnt er dette en aldersgruppe hvor mange kvinner er gravide og får barn (22).

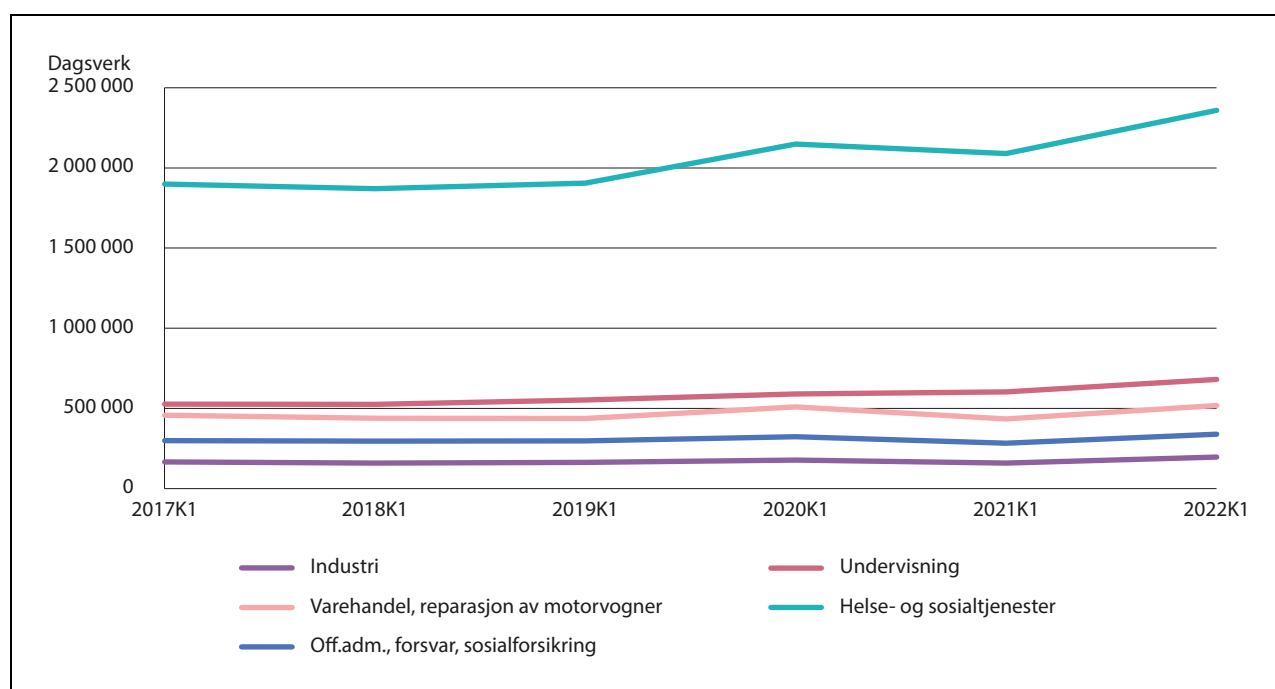
Figur 5.7 viser andel tapte dagsverk og andel sykefraværstilfeller blant kvinner, etter utvalgte diagnoser for 1. kvartal 2022. Selv om sykdommer i luftveiene står for nesten halvparten (44 prosent) av alle sykefraværstilfellene, står de ikke for like mange tapte dagsverk (21 prosent). Vanligvis er det særlig muskel- og skjelettlidelser som gir opphav til mange tapte dagsverk, men også psykiske lidelser medfører mange tapte dagsverk blant kvinner, henholdsvis 25 og 22 prosent. Svangerskapsrelaterte sykdommer er opphavet til 4 prosent av sykefraværstilfellene blant kvinner, og de utgjør 7 prosent av tapte dagsverk i 1. kvartal 2022. Fordelingen av sykefravær etter diagnose i starten av 2022 er annerledes enn i et normalår på grunn av koronapandemien. Andelen sykmeldinger på grunn av sykdom i luftveiene økte fra 20,6 prosent i 1. kvartal 2019 til 44,2 prosent i 1. kvartal 2022 (22).

Sykefraværet varierer ikke bare etter kjønn og alder, men også etter yrke og næring. For alle yrker totalt sett ligger det legemeldte fraværet på 8,1 prosent for kvinner i 1. kvartal 2022. Det varierer mellom 5,6 prosent blant ledere til 10 prosent blant kvinner som jobber innenfor salgs- og serviceyrker. Også kvinner som jobber som prosess- og maskinoperatører og med transportarbeid, har forholdsvis høyt legemeldt fravær (9,9 prosent). For renholdere og hjelpearbeidere ligger det på 9,4 prosent (22).

Yrkene med høyest legemeldt fravær er yrker hvor det ofte vil være vanskelig eller umulig å ha hjemmekontor. Det kan være mulig for en leder å jobbe hjemmefra med forkjølelse eller en mild variant av covid-19, men jobber man i butikk, kan det være vanskeligere å stille syk på jobben. Det gjaldt særlig under pandemien da det tidvis var strenge regler for når man måtte holde seg hjemme ved luftveissymptomer.

Variasjoner mellom næringene kan skyldes spesifikke forhold for næringene og forskjeller i sammensetning av arbeidsstyrken. Det kan være forskjeller i arbeidstid, fysisk og psykisk arbeidsbelastning, utdanningsnivå og alders- og kjønns-sammensetning. Dette vil også gjelde for ulike yrker.

I første kvartal 2022 ble det registrert omtrent 8,95 millioner sykefraværsgagsverk totalt for alle næringene. Det var flere tapte dagsverk blant kvinner enn blant menn, henholdsvis 5,3 millioner og 3,6 millioner dagsverk. Næringsgruppene med



Figur 5.8 Antall tapte dagsverk ved legemeldt sykefravær for kvinnelige lønnstakere 1. kvartal 2017–2022, etter utvalgte næringer (22).

flest tapte dagsverk er helse- og sosialtjenestene, undervisning og varehandel. Andelen kvinnelige ansatte dominerer i de to første næringene i 1. kvartal 2022 med henholdsvis 65 og 79 prosent av jobbene. Kvinnene stod for godt over halvparten (57 prosent) av de tapte dagsverkene i disse to næringene i 1. kvartal 2022.

Figur 5.8 viser at antallet tapte dagsverk for kvinner har økt de siste årene. Særlig innenfor helse- og sosialtjenester og undervisning ser vi en større økning. Dette må igjen ses i sammenheng med koronapandemien som har påvirket disse næringene i særlig stor grad (22).

Pandemien og smitteverntiltak har påvirket sykefraværet svært forskjellig i ulike deler av arbeidslivet og gjennom året. På slutten av 2021 var koronapandemien særlig merkbar, noe som medførte at sykefraværet var på det høyeste nivået på over ti år. Økningen i sykefravær fortsatte i 1. kvartal 2022, særlig for egenmeldt fravær som økte med 21,1 prosent fra kvartalet før. Men når sykefraværsprosenten justeres for influensa- og koronadiagnoser, synker sykefraværet til bare 4,9 prosent (3,88 for menn og 6,04 for kvinner), noe som er den laveste sykefraværsprosenten siden 2000 (22).

Ansatte i helse- og sosialsektoren er gruppen med høyest sykefravær, sammenliknet med andre sektorer. 30 prosent av menn og 44 prosent av kvinner som jobber i helse- og sosialtjenester,

føler seg fysisk utmattet når de kommer hjem fra arbeid. 23 prosent av kvinnene og 12 prosent av mennene i samme sektor har hatt sammenhengende sykefravær i mer enn 14 dager det siste året (219). Forskjellene mellom ulike grupper ansatte er også betydelige. Blant annet oppgir helsefagarbeidere i større grad jobbrelevante helseplager enn andre helsepersonellgrupper. Å være helsefagarbeider innebærer i stor grad tunge løft og utfordrende ergonomiske arbeidsforhold (220, 221). Kvinner i helse- og omsorgstjenesten er også ofte utsatt for vold, trusler og trakassering. Omfanget av seksuell trakassering varierer mellom ulike yrkesgrupper – fra rundt 1 prosent blant ingeniører til rundt 20 prosent blant sykepleiere. Kvinner er mer utsatt for seksuell trakassering enn menn både i utdanning og arbeidslivet (222).

5.3.7 Kvinnehelsens betydning i arbeidslivet – hva vet vi, og hva vet vi ikke?

I tillegg til generelle yrkes- og arbeidsmessige forskjeller mellom kjønn, har kvinner og menn også ulik biologi. Kvinner og menn får ulike sykdommer og plager, noe som slår ulikt ut og som kan påvirke arbeidsdeltakelse (226). Dette har tidligere fått lite plass i samfunnsdebatten og samfunnsforskningen (227). I dette delkapitlet spør vi hvordan de biologiske kjønnsforskjellene kan

Boks 5.3 Kjønnsperspektiv på arbeidsmiljøutfordringer og HMS-arbeid

Retningslinjer for helse, miljø og sikkerhet (HMS) har tradisjonelt vært rettet mot utfordringer på mannsdominerte arbeidsplasser, hvor det fysiske arbeidsmiljøet og risikoen for skader har fått mest oppmerksomhet (223, 224). De typiske kvinneyrkene har en annen belastning i forhold til de tradisjonelle mannsyrkene, og de har større fare for slitasje enn for skader.

Forskning viser at nattarbeid, som gjelder mange kvinner som jobber i turnus, kan føre til økt risiko for brystkreft og at både arbeid om natten, lange skift og fysisk krevende arbeid kan føre til menstruasjonsforstyrrelser (225). Videre

løfter en rapport fra Fafo (78) fram tre forhold som kan være spesielt relevante når det gjelder kvinners arbeidsmiljø: vold og trusler, rollekonflikter samt relasjonelt og emosjonelt krevende arbeidsoppgaver. Først de senere årene har psykososialt- og organisatorisk arbeidsmiljø fått mer oppmerksomhet i HMS-arbeidet. Dette er mer tilpasset utfordringene på kvinnearbeidsplassene, men kjønnsforskjeller adresseres likevel sjelden direkte. Dette til tross for at kvinner har nesten dobbelt så høy sykefraværspersent som menn, og kjønnsforskjellen i sykefravær er stor i alle yrker og for alle aldre.

påvirke kvinners deltakelse i arbeidslivet, både for den enkelte kvinne og i et samfunnsperspektiv.

Historisk har biologiske kjønnsforskjeller vært brukt som argument for å holde kvinner borte fra deltakelse i sentrale samfunnsinstitusjoner, som utdanning og arbeid (228). Kanskje er dette noe av grunnen til at likestillingsarbeidet har lagt vekt på at kvinner og menn skal kunne utføre de samme arbeidsoppgavene, og på denne måten ha like rettigheter. Men dersom vi ikke vet når de biologiske kjønnsforskjellene faktisk betyr noe i arbeidslivet, risikerer vi å diskriminere kvinner fra en annen vinkel: Hvis rettighetene er tilsynelatende like, men forutsetningene er forskjellige, vil kvinner fremdeles komme svakere ut.

Menstruasjon har tradisjonelt ikke hatt noen plass i den norske tilnærmingen til HMS-arbeid, selv om plagene det kan medføre berører store deler av arbeidsstyrken, og i noen sektorer nesten alle ansatte. Dermed vet vi heller ikke mye om hvordan menstruasjon påvirker arbeidsevne og sykefravær. Internasjonal forskning på spesielle sykdommer og tilstander viser imidlertid at det både kan innvirke på arbeidsevne og føre til økt sykefravær, eksempelvis ved premenstruelt syndrom (PMS) (229, 230), smertefull menstruasjon (dysmenoré) (231, 232) og endometriose (233–235). Resultater fra blant annet disse studiene viser at mulighet for fleksibilitet i arbeidssituasjonen, godt arbeidsmiljø og god tilgang til fasiliteter er viktig for å opprettholde arbeidskapasiteten. Plagene kan starte tidlig og påvirke unge kvinners skole- og utdanningsløp (236) og tas videre med inn i arbeidslivet. Kunnskapen om hvordan menstruasjonsplager og smerter påvirker

arbeidsevne og sykefravær for kvinner i Norge er i dag så godt som fraværende.

Kvinnens fertile periode strekker seg gjennom en stor del av yrkesaktiv alder, og graviditet utgjør den største faktoren for kjønnsforskjell i sykefravær (237). Å være gravid er ikke en sykdom, men kan medføre både plager og sykdom. Graviditet og arbeid har også fått mye oppmerksomhet gjennom de siste 20 årene, både med risikovurdering av arbeidsmiljø og individuell tilrettelegging (238–240). Mange arbeidsplasser har utarbeidet rutiner for oppfølging av gravide ansatte i samråd med jordmødre eller bedriftshelsetjeneste. Forskning viser at god dialog og felles forståelse med leder, et positivt innstilt arbeidsmiljø og tilstrekkelige ressurser til å gjennomføre nødvendig tilrettelegging er viktig for å holde gravide i arbeid (241, 242).

Også behov for «ammefri» er aktuelt for kvinner som ønsker å fortsette med amming når de er tilbake på jobb etter endt permisjon. Tilbakekomsten vil ofte være innenfor nasjonale anbefalinger for amming tidsmessig (243), og fri til å amme er en lovfestet rettighet både i arbeidsmiljøloven og gjennom lokale avtaler. Nattamming kan også gjøre kvinner mindre uthvilte til andre oppgaver på dagtid. Likevel kan arbeidsorganisering og tidspress utfordre rettighetene i praksis, og sprik mellom ønsker om fortsatt amming og reelle muligheter fra arbeidsgiversiden kan øke kvinners opplevelse av rollekonflikt.

Kvinnene bærer den fysiologiske byrden av reproduksjon. En gravid kvinne vil i mange tilfeller ikke kunne utføre de samme arbeidsoppgavene som når hun ikke er gravid, og arbeidsgivers muligheter for tilrettelegging av arbeidsoppgaver

spiller en avgjørende rolle. I tillegg er det store individuelle forskjeller hos gravide, avhengig av helse før graviditeten og svangerskapsforløpet hos den enkelte. Å redusere sykefraværet blant gravide forutsetter å styrke kvinners evne til arbeid og mestring gjennom svangerskapet.

Det er grunn til å merke seg at det er en stor økning i andelen kvinner som tar ulønnet permisjon i forlengelse av foreldrepermisjonen. Tall fra 2021 viser at 48 prosent av kvinnene velger å være hjemme uten lønn (244). I tillegg til tapt inntekt mister kvinner i ulønnet permisjon rettigheter i folketrygden.

Det antas i dag at 10 prosent av par trenger assistanse for å bli gravide (245), og medisinsk behandling for infertilitet kan gi plagsomme fysiske og psykiske bivirkninger. Behandlingen gir ikke sykmeldingsgrunnlag, og det forventes at kvinner skal fungere som vanlig på jobb mens de forsøker å bli gravide. Internasjonal forskning viser at halvparten av kvinner og menn opplever at infertilitetsbehandling har negativ innvirkning på arbeidskapasiteten, og kvinner er klart mest påvirket (246, 247). Dette gir grunn til å tro at nedsatt arbeidsevne grunnet fertilitetsbehandling skjules bak andre sykmeldingskoder. Også spontanabort kan oppleves som en stor påkjenning (248), og spesielt gjentatte spontanaborter kan gi bekymring for aktivitetsnivå og fysisk og psykisk stress på jobb. Vi mangler imidlertid kunnskap om dette (226).

De fleste kvinner kommer i overgangsalderen i løpet av alderen 45–55 år, og overgangsalderen kan strekke seg over flere år. Aldersmessig sammenfaller denne tiden med når mange yrkesaktive skal ta sine siste karrieresteg. Det har ikke vært tradisjon for å inkludere overgangsalderen i norsk HMS-tenkning, og følgelig vet vi lite konkret om hvordan symptomene i denne fasen påvirker arbeidshelsen for norske kvinner. Internasjonal forskning viser at overgangsalderen innvirker på kvinners arbeidsevne og på sykefravær, men at det er individuelt hvordan symptomene oppleves og i hvilken grad det påvirker arbeidsevnen og sykefraværet (249, 250). En studie fra Nederland (251) rapporterer at tre firedeler av kvinner med symptomer angir at de har problemer med å møte fysiske og psykiske krav på jobb, og at dette har sammenheng med forlenget sykefravær. Både fysisk arbeidsmiljø, som ventilasjon og temperaturkontroll, og organisatorisk arbeidsmiljø, som nattevakter eller tunge løft, har betydning for hvordan kvinner med ulike symptomer kan stå i jobb gjennom overgangsalderen og videre mot pensjonsalderen (250). Åpenhet med leder og kolleger er også viktig for å kunne motta

nødvendig støtte, men dette fordrer at ledere har nødvendig kunnskap, og at kulturen tillater åpenhet rundt temaet (252–254). Overgangsalderen bør ses i sammenheng med arbeidsgiveres livsfasepolitikk og integreres i arbeidet med likestilling, inkludering og mangfold (255). Se videre omtale av overgangsalder og arbeid i del 11.6.

Oppsummert viser internasjonal og nasjonal forskning at kvinners biologi gir belastninger som kan påvirke arbeidsdeltakelse. Vi vet imidlertid lite om hvordan dette påvirker kjønnsforskjeller i arbeidslivet og betydning for folkehelse og levekår (226).

5.4 «Det tredje skiftet»

Det store ansvaret kvinner belastes med i familien, omtales ofte som «det tredje skiftet» (256). Tidsbruksundersøkelser viser at kvinners timer med husarbeid har gått ned, og menns bidrag i hjemmet har økt noe over tid. Likevel bruker mødre fortsatt rundt én time mer enn fedre på hus- og omsorgsarbeid i dag, og i overkant av én time mindre per dag til yrkesaktivitet. Kvinner tar i større grad ansvaret for, og belastes med, familiens «tredje skift». Det handler om planlegging og det administrative arbeidet i hjemmet på kveldstid. De tar ansvar for at jobb og familie lar seg kombinere. Noen forskere beskriver kvinners merbelastning og tidsklemme ved hjelp av begreper som intensiverte eller grenseløse normer for foreldreskap. De viser til at dagens krav til tilstedeværelse med barna er større enn før, og belaster mødre i større grad enn fedre (22).

Flere studier viser at den utfordrende balansen mellom arbeid og barneomsorg kan få konsekvenser for kvinners helse, i form av belastninger, stress, utbrenthet og depresjon. Det er rimelig å tenke seg at kvinner som jobber i belastende yrker, og som har barn, kanskje opplever en trippel belastning (22). Det store ansvaret kvinner belastes med i familien, vedvarer gjennom livsløpet, enten det er ansvar knyttet til småbarnsfasen, omsorg for syke partnere eller gamle foreldre i eldre år. Kombinasjonen av høye krav både på jobb og hjemmebane løftes tidvis fram som en mulig forklaring på kvinners sykefravær, blant annet knyttet til psykiske lidelser. Det er mulig kvinners dobbeltarbeid har betydning for sykefravær, men det trengs mer forskning på området. Samtidig er mange kvinneyrker typiske relasjonsyrker, som i mindre grad enn andre yrker har hatt nytte av den teknologiske utviklingen når det gjelder å redusere helseplager (22).

Boks 5.4 Pårørendearbeid påvirker kvinners arbeidskapasitet

Tilgjengelighet i form av tid har betydning for det å utføre pårørende- og omsorgsarbeid. For kvinner er det avgjørende hvorvidt de jobber heltid eller deltid. Deltidsarbeidende kvinner stiller i større grad jevnlig opp for foreldre enn kvinner som jobber fulltid. Småbarnsmødre stiller i vesentlig mindre grad opp for foreldre enn kvinner som har eldre barn, eller er barnløse. Dette er trolig fordi en hektisk hverdag med barn og ofte fulltidsjobb kan være vanskelig å kombinere med omsorg for foreldre. Forskerne konkluderer med at det å hjelpe foreldre er knyttet til lavere innsats på andre områder – arbeid ute for kvinner og arbeid hjemme for menn (257). Pårørendeomsorg og kvinnehelse omtales i kapittel 14.

Kort oppsummert handler de ulike «skiftene» om belastningen kvinner opplever på hjemmebane, i arbeidslivet og i lokalsamfunnet. I tråd med dette, og kanskje som en følge av en relativt høy totalbelastning med stort ansvar i arbeidslivet og hjemme, er mange helseplager hos kvinner uspesifikke. Det bør derfor legges mer vekt på det problematiske knyttet til at et av særtrekkene ved kvinnehelse er uspesifikke lidelser og symptomer som vanskeliggjør arbeidsdeltakelse, god helsebehandling og også spesifikke tiltak (22).

5.5 Vold og overgrep

Vold og overgrep er et folkehelseproblem som har store konsekvenser for individ og samfunn. Det er kjønnsforskjeller både i utsatthet for vold og i konsekvenser av vold (258–261). Forekomststudier av vold og overgrep i befolkningen viser at kvinner i større grad enn menn utsettes for seksuell vold og vold i nære relasjoner. Kvinner blir også oftere utsatt for flere former for vold gjennom livet (261–263).

5.5.1 Forekomst av vold

5.5.1.1 Vold mot barn

Norske forekomststudier viser at en betydelig andel av befolkningen har blitt utsatt for vold i

barndommen. Flere studier finner også kjønnede mønstre ved barndomsvold (263, 264). I en nasjonal undersøkelse blant 12–16-åringer rapporterte dobbelt så mange jenter (8 prosent) som gutter (4 prosent) om seksuelle overgrep fra voksne (262). De fleste overgrepene ble utøvd av voksne utenfor hjemmet, men om lag en av fire av dem som opplevde seksuelle overgrep oppga en forelder, som oftest far, som utøver av overgrepet (262).

Jentene rapporterte også å ha opplevd mer psykisk vold fra foreldre enn guttene hadde opplevd (20 prosent versus 15 prosent). Jenter og gutter hadde i like stor grad opplevd fysisk vold (19 prosent) og omsorgssvikt (14 prosent). 28 prosent av jentene og 16 prosent av guttene opplevde seksuelle krenkelser og overgrep fra jevn gamle. Det var omtrent like mange gutter og jenter som hadde vært utsatt for én type vold eller overgrep, men deretter var jentene overrepresentert. Den totale voldsbelastningen ser derfor ut til å være større for jentene.

Barn som utsettes for overgrep, har økt risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep også senere i livet. En norsk undersøkelse viser at så mange som en av tre av de som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, rapporterer å bli utsatt for seksuell vold og/eller voldtekt også senere i livet (265). Dette samsvarer med andre studier som viser at kvinner som er utsatt for overgrep i barndommen, har dobbelt så høy risiko for å bli utsatt for voldtekt i ungdomstiden eller som voksen, sammenliknet med kvinner som ikke har opplevd overgrep (266).

Kjønnslemlestelse, som er omtalt i kapittel 6.3, er definert som barnemishandling og vold mot kvinner (267).

5.5.1.2 Vold mot voksne

Den samlede voldsbelastningen er større for kvinner enn for menn, i betydningen antall voldskategorier opplevd i voksen alder. I den siste nasjonale forekomststudien av vold og voldtekt i Norge¹, rapporterer kvinner i større grad enn menn å ha opplevd voldtekt (9,4 prosent og 1,1 prosent), andre seksuelle overgrep (25,4 prosent og 8,8 prosent), og alvorlig vold fra partner (9,2 prosent og 1,9 prosent) (261). Menn rapporterer hyppigere enn kvinner om alvorlig fysisk vold utenfor hjemmet, henholdsvis 45,5 prosent og 22,5 prosent.

¹ NKVTS har innhentet nye landsomfattende data av kvinner og menns utsatthet av vold og overgrep der hovedfunn offentliggjøres i februar 2023.

Totalt 7 prosent av kvinnene rapporterte å ha opplevd minst to av voldskategoriene voldtekt, alvorlig fysisk vold og alvorlig partnervold, mot 0,8 prosent av mennene. Kjønnsmønsteret i utsatthet opprettholdes om man kun ser på tilfellene som førte til fysiske skader (260). Derimot har enda flere kvinner enn menn blitt utsatt for alvorlig vold og overgrep dersom man kun inkluderer tilfellene der den utsatte fryktet for å bli skadet eller drept. Dette kan også ses i sammenheng med at kvinner har større sjanse for å bli drept av partneren. I perioden 2010–2019 var 88 prosent av partnerdrapsofrene i Norge kvinner (268).

Forskere peker på at mødre utsettes for vold fra partner, både i samlivet og i særlig utsatte situasjoner som i forbindelse med fødsel og ved samlivsbrudd (269). Forskning fra Norge viser at fedre som har utøvd vold mot barnas mor, ofte fortsatt ønsker å ha kontakt med barna etter samlivsbrudd (270). Foreldresamarbeidet etter samlivsbruddet kan dermed bli en arena for fortsatt vold og kontroll (269).

5.5.1.3 Vold mot eldre

En nasjonal forekomststudie av eldre hjemmeboende personer (66–90 år) beregnet en samlet forekomst av vold og overgrep til mellom ca. 7 og 9 prosent etter fylte 65 år. Blant disse var det ikke signifikante forskjeller mellom kjønnene. Totalt 12,7 prosent oppga at de hadde opplevd alvorlig fysisk vold før de fylte 65 år. For alvorlige seksuelle overgrep var tallet 5,6 prosent. Flest menn hadde opplevd fysisk vold, mens flest kvinner hadde opplevd seksuelle overgrep. Respondentene som hadde opplevd både alvorlig fysisk vold og alvorlige seksuelle overgrep før de var 65 år, hadde åtte ganger større risiko for å bli utsatt for én eller flere typer vold eller overgrep etter at de fylte 65 år, sammenliknet med den gruppen som ikke rapporterte slike opplevelser tidligere i livet (263).

5.5.2 Helsekonsekvenser av vold

Både norske og internasjonale studier viser at vold og overgrep i barndommen er en vesentlig risikofaktor for helseplager senere i livet. Det foreligger betydelig empiri som viser at seksuelle overgrep i barndommen medfører økt livstidsrisiko for et vidt spekter av psykiske og somatiske helseproblemer (271).

En nasjonal undersøkelse blant 12–16-åringer viste at jo flere belastninger ungdommene hadde vært utsatt for, desto flere kroppslige plager, som

smerter, kvalme og slitenhet, rapporterte de (262). Utsatt ungdom rapporterte betydelig mer skolefravær, søvnvansker, svekket livskvalitet² og mer angst, depresjon og symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Selvmordsforsøk og selvskading forekom hyppigere hos de som var utsatt for barndomsvold, sammenliknet med ikke-utsatte. Utsatthet for psykisk vold og følelsesmessig omsorgssvikt viste tilsynelatende en like sterk sammenheng med psykisk helse som fysiske og seksuelle overgrep (264). Jo flere typer vold man hadde opplevd i barndommen, jo høyere var nivået av psykiske helseproblemer i voksen alder (265).

Også internasjonal forskning finner at barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, har høyere risiko for selvmord og selvmordsforsøk, posttraumatisk stress, angstlidelser, depresjon, søvnproblemer, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, seksuelle problemer, lav selvfølelse, mellommenneskelige problemer, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (272–274), psykose (275), funksjonelle mage- og tarmsykdommer, kroniske bekkensmerter, uspesifikke kroniske smertetilstander, fedme og generell høy komorbiditet av ulike lidelser (276–279). Seksuelle overgrep i barndommen utgjør en særlig risikofaktor for arbeidsuførhet som voksen, og risikoen er større når overgrepene skjer tidlig i livet (271).

Å være vitne til fysisk vold mellom foreldre har alvorlige konsekvenser for barn. Å se at en omsorgsperson blir utsatt for vold, kan være like skadelig for barnet som at det selv blir utsatt for alvorlig fysisk vold (280).

Helsekonsekvensene vedvarer også inn i voksenlivet. Kunnskapsgrunnlaget er særlig sterkt når det gjelder sammenheng mellom det å være utsatt for flere former for barnemishandling, og angst og depresjonstilstander i voksen alder (281). En omfangsundersøkelse fra 2013 fant tydelige sammenhenger mellom utsatthet for alvorlig vold og/eller overgrep og sterkere symptomer på angst og depresjon og posttraumatiske reaksjoner (261). Det var også en klar sammenheng mellom samlet voldsbelastning (antall voldskategorier) og psykiske helseproblemer. Sammenhengene gjaldt både kvinner og menn, men ettersom kvinner i større grad var utsatt og hadde større voldsbelastning, er flere kvinner rammet. At helseplagene øker med antall voldstyper, er viktig i et kvinne-

² Livskvalitet handler for eksempel om hvorvidt man har følt seg ensom, hatt det gøy med venner, følt seg frisk, følt seg rettferdig behandlet hjemme og følt at man får det til på skolen.

helseperspektiv fordi kvinner oftere enn menn blir utsatt for mer enn én type vold, både som barn og voksne (261, 262). Fysisk og seksuell vold ser også ut til å kunne gi utslag i mer konkrete fysiske tilstander, som kroniske smertetilstander og underlivsplager (281).

Også i alderdommen setter volden dype spor. De som hadde blitt voldsutsatt etter fylte 65 år, vurderte sin egen helse som langt dårligere enn de som ikke oppga noen voldserfaring. Flere voldsutsatte rapporterte også at fysisk helse og følelsesmessige problemer begrenset deres aktiviteter, gjøremål og sosiale fungering. Både menn og kvinner som hadde vært voldsutsatt, hadde flere psykiske lidelser. De som hadde vært utsatt for vold, hadde færre fortrolige som de kunne snakke med, enn personer som ikke hadde vært utsatt for vold. Hvis den voldsutsatte fortalte om sin situasjon til andre, var det først og fremst til noen i familien (263).

Skam og skyldfølelse er ofte en konsekvens av vold og overgrep og forekommer oftere hos kvinner enn hos menn (265). Skam har også sammenheng med helseplager, og en betydelig del av sammenhengen ser ut til å kunne forklares med ensomhet (265). I verste fall kan skammen forverre personers sosiale relasjoner, innskrenke nettverk og forhindre at folk søker hjelp etter vold og overgrep.

5.6 Helseatferd

På mange områder lever kvinner sunnere liv enn menn. De mosjonerer mer, de spiser sunnere mat, og de drikker mindre alkohol enn menn. Dette har positive forebyggende effekter på forekomsten av en rekke sykdommer, blant annet hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes, psykiske lidelser og rus- og alkoholrelaterte skader. Samtidig er mange kvinners helseatferd preget av ideen om «kroppen som et prosjekt», der man gjennom trening, matvaner og i noen tilfeller kirurgi kan oppnå den ideelle kroppen. Som også Sundbyutvalget viste til, ligger det både helsegevinster og helsefarer i kvinners helseatferd.

5.6.1 Kosthold

Et sunt og variert kosthold bidrar til god fysisk og psykisk helse. Det gir flere gode leveår, forebygger sykdom og gir samfunnsgevinster ved at vi lever lenger og har bedre helse gjennom livet (282). Kvinner i Norge har et sunnere kosthold enn menn, men vi ser at noen kvinner har under-

Boks 5.5 Noen er mer utsatt for overvekt enn andre

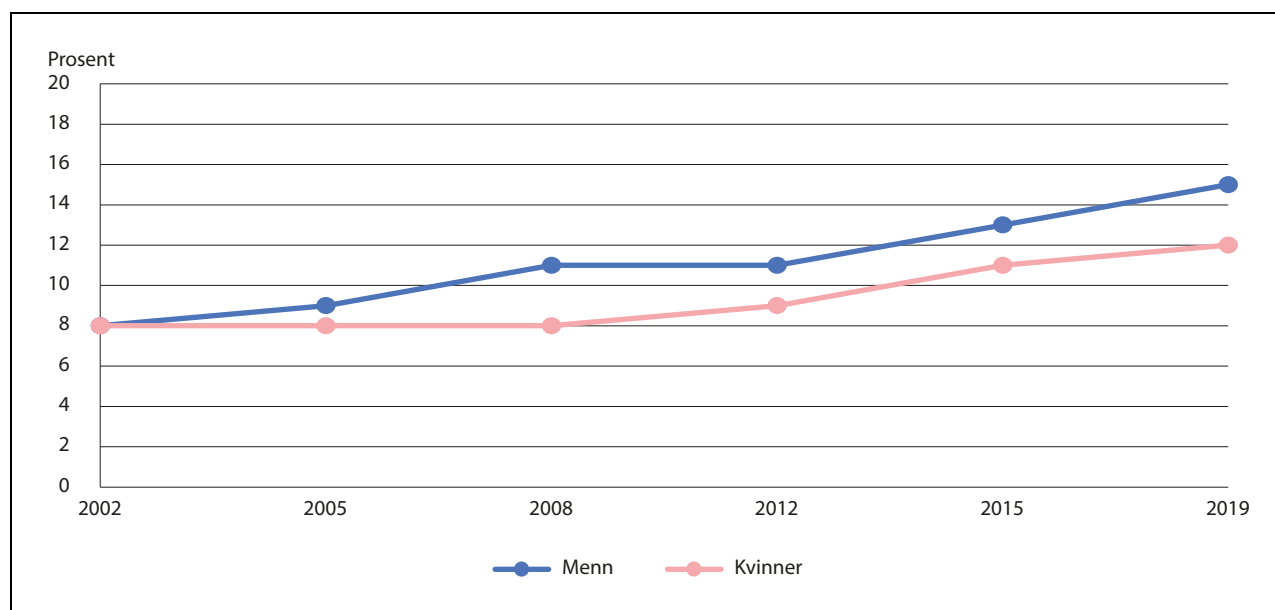
Overvekt og fedme skyldes ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk over tid, og studier viser at noen mennesker er mer utsatt enn andre. Fedme og overvekt kan henge sammen med genetiske faktorer, biologisk ubalanse i appetittreguleringen, medikamenter og ulike sykdommer. Psykiske og sosiale forhold kan også være medvirkende faktorer (288, 289). Flere studier (290–292) viser at stress hos kvinner kan ha en negativ påvirkning på inntaket av fete, salte og søte matvarer med lav ernæringskvalitet. Det er derfor mulig at forebygging av stress blant jenter og kvinner kan bidra til et sunnere kosthold.

skudd på enkelte næringsstoffer, blant annet jod, D-vitamin og jern (283). Videre er det flere kvinner enn menn som deltar i husholdningens matlaging, og kvinner bruker i snitt mer tid på matlaging enn menn. Dermed kan det tenkes at kvinner påvirker familiens kosthold i større grad enn menn (282, 284).

Sosial ulikhet slår også ut på kostholdet. Grupper med lavere utdanning og yrkesposisjon har høyere inntak av salt mat og sukkerholdig drikke og lavere inntak av frukt, bær og grønnsaker (282, 285). En oppsummering av studier som omfatter innvandrere fra India, Pakistan, Bangladesh og Sri Lanka, viser at mange innvandrere som kommer til Norge, etablerer et mer usunt kosthold i Norge enn de hadde i hjemlandet, og de har dermed økt risiko for overvekt og sykdom (286). Vi ser at overvekt og fedme er en alvorlig helseutfordring for mange kvinner, og dette har ofte sammenheng med kostholdet (287).

5.6.2 Vekt

Fedme øker risikoen for mange helseproblemer, blant annet høyt blodtrykk, hjerteinfarkt, hjerne- slag, flere kreftformer, diabetes type 2, gallestein, muskel- og skjelettlidelser og psykososiale plager (288, 293). Per i dag er fedme mest utbredt blant menn, men er økende også blant kvinner. Figur 5.9 viser hvordan andelen kvinner med fedme har økt over tid, fra 8 prosent i 2002 til 12 prosent i 2019 (22).



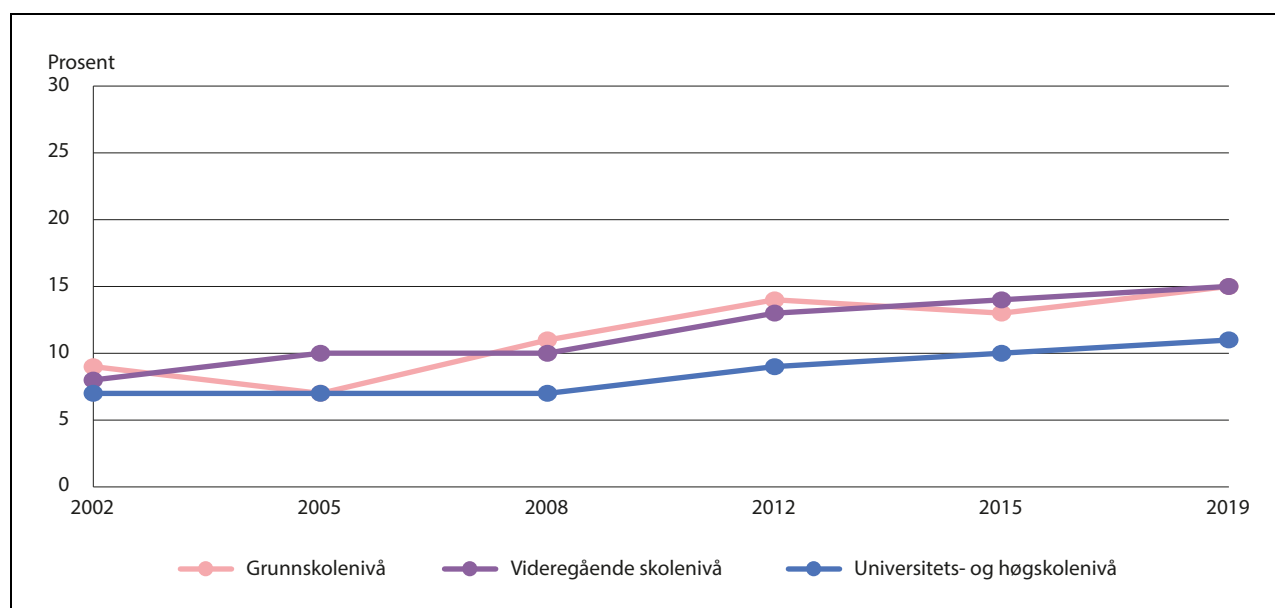
Figur 5.9 Andel med fedme i utvalgte år. Menn og kvinner 16 år og eldre (22).

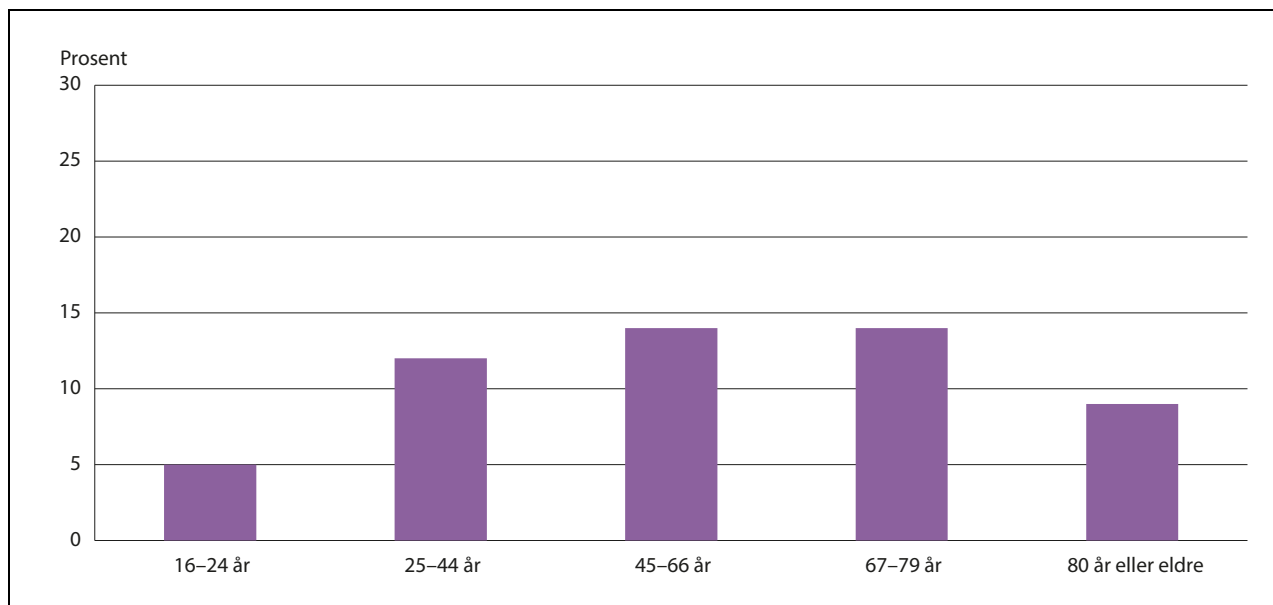
Det har vært en økning i fedme i alle utdanningsgrupper over tid, men mest i lavere utdanningsgrupper (22).

Om lag 15 prosent av unge kvinner (16–24 år) er overvektige. Av disse har 5 prosent fedme ($KMI \geq 30$) i 2019, se figur 5.10. Tidlig på 2000-tallet var det kun 1 prosent av unge jenter som hadde fedme (22). En norsk studie fra 2018 finner betydelige ulikheter mellom jenters og gutters fedme. Ifølge studien har gutter med fedme mer livsstilsrelaterte risikofaktorer for hjerte- og karssykdom enn jenter. Videre viser studien at jenter i

aldersgruppen 12–18 år drikker mindre sukkerholdig brus, spiser mer grønnsaker og oftere hopper over frokost enn gutter gjør (294).

Figur 5.11 viser forekomst av fedme i ulike aldergrupper blant kvinner i 2019. Det er særlig voksne kvinner som har fedme. 14 prosent av kvinner 45–79 år hadde fedme i 2019. Siden 2002 er andelen kvinner 25–44 år med fedme nesten doblet. Fedme er mer utbredt blant kvinner som bor alene. Det samme mønsteret finner vi for inaktivitet. På spørsmål om hvor ofte man mosjonerer sier flere med lav utdanning at de aldri

Figur 5.10 Andel kvinner 16 år og over med fedme ($KMI \geq 30$) etter utdanningsnivå, 2002–2019 (22).



Figur 5.11 Fedme (KMI ≥ 30) i ulike aldersgrupper. Kvinner. 2019 (22).

Boks 5.6 Kroppsmasseindeks (KMI)

Overvekt og fedme blir vanligvis definert ved hjelp av kroppsmasseindeks (kroppsmasseindeks (KMI)/body mass index (BMI)). Dette til tross for at metoden som benyttes for å regne ut KMI (vekt/kroppshøyde²), blir kritisert (295, 296). Kritikken går ut på at metoden ikke fanger opp en persons kroppssammensetning, og at den derfor kan kategorisere flere som overvektige uansett forholdet mellom muskelmasse og fettprosent. Likevel er det grunn til å tro at KMI kan benyttes som et verktøy for vektovervåkning av større populasjoner (297). Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert grenser for normal vekt og ulike grader av overvekt:

- KMI under 18,5 defineres som undervekt
- KMI 18,5–24,9 defineres som normalvekt
- KMI 25,0–29,9 defineres som overvekt
- KMI 30,0–34,9 defineres som fedme grad I
- KMI 35,0–39,9 defineres som fedme grad II
- KMI 40 eller mer defineres som fedme grad III

Kilde (298)

mosjonerer. 7 prosent av kvinner med høyere utdanning sier at de ikke mosjonerer regelmessig. Blant kvinner med grunnskole er andelen tre ganger så høy. Uføretrygdte har særlig høye verdier for fedme (22 prosent) og inaktivitet (19 prosent) (22).

Fedme (KMI ≥ 30) har en negativ innvirkning på sykkelighet og dødelighet blant eldre. 9 prosent av kvinner 80 år og over hadde fedme i 2019. Undervekt er også utbredt blant de eldste. Ifølge levekårsundersøkelsen om helse var 6 prosent av kvinnene som var 80 år og eldre, undervektige i 2015 og 4 prosent i 2019. Her er det snakk om selvrapportert vekt og høyde (22).

5.6.3 Fysisk aktivitet

Forskning antyder at de som er fysisk aktive, har langt bedre fysisk og psykisk helse enn de som er fysisk inaktive (307). Regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til å forebygge over 30 ulike sykdommer og tilstander (308). At mange kvinner er inaktive, er en utfordring for kvinnehelsen. Beregninger viser at i et livsløpsperspektiv kan en inaktiv person spare drøyt åtte kvalitetsjusterte leveår gjennom å øke sitt fysiske aktivitetsnivå fra inaktiv til aktiv (309).

Hele en av tre kvinner som er 80 år og over, mosjonerer aldri. Nå er mosjon et litt ullent begrep, og mest sannsynlig vil ulike aldersgrupper oppfatte og tolke begrepet forskjellig i en intervjuundersøkelse. Figur 5.12 viser et annet mål på fysisk aktivitet. Der ser vi på andelen som

Boks 5.7 Lipødem

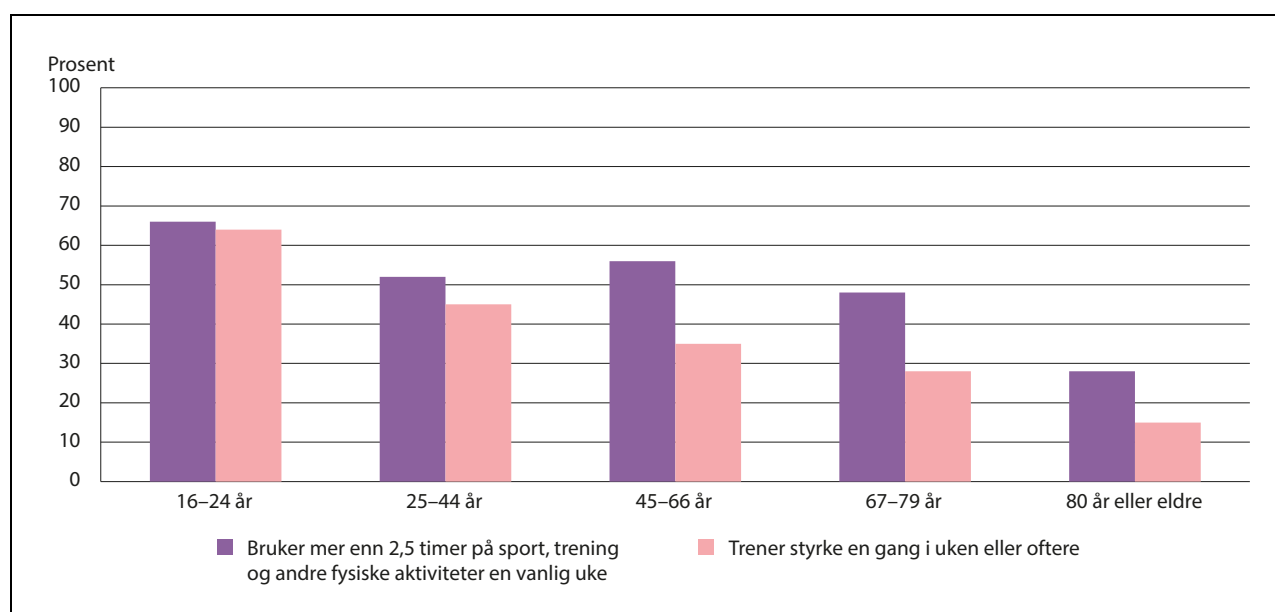
Lipødem kjennetegnes av sykelig fettansamling avgrenset til beina og av og til armene, og tilstanden forverres ofte over tid. Det er for mange en smertefull tilstand som kan medføre redusert funksjonsnivå og gå utover livskvalitet. Tilstanden rammer i all hovedsak kvinner, og svært få tilfeller er påvist hos menn (299). Selv om nøyaktig forekomst i Norge er ukjent, viser flere internasjonale studier en forekomst på 7–10 prosent av alle kvinner, selv om lavere estimater også er rapportert (300–302). Årsaken til tilstanden er ukjent, men den ser ut til å være arvelig (303, 304). Det finnes ikke diagnostiske tester som kan påvise tilstanden, og den diagnostiseres ved klinisk undersøkelse.

Grunnet helsepersonells manglende kunnskap om lipødem og mangel på diagnostiske tester for å utrede tilstanden forblir kvinner med tilstanden ofte udiagnostisert (299, 301, 305). Ettersom tilstanden likner på overvekt og fedme, er feiltolkningen av tilstanden og misdiagnosti-

sering en utfordring (299). Det finnes per i dag ikke nasjonale retningslinjer for behandling av lipødem. Pasienter anbefales å holde seg innenfor normalvekt (300). Fettansamlingen som kjennetegner tilstanden, responderer imidlertid ikke like godt på behandlingsstrategier som typisk iverksettes for overvekt og fedme (305). Metoder som kostholdsendringer og fysisk aktivitet er derfor ikke ansett som effektive behandlingsstrategier for å redusere sykelig fett, men er fortsatt viktige tiltak for å unngå overvekt og fedme som kan forverre symptomer og plager (306). Kompresjonsbehandling ved bruk av for eksempel strømper kan redusere smerte og ubehag (161, 300). Fysioterapi kan også være et alternativ for symptomreduserende behandling av plager (306). Den mest effektive behandlingsmetoden for å redusere fettansamlingen er kirurgisk fettfjerning, men det er usikkert hvor effektiv denne metoden er i et langtidsperspektiv (302).

bruker 2,5 timer på sport, trening og andre fysiske aktiviteter, og andelen som trener styrke. Figur 5.12 viser at aktiviteten reduseres med økende alder. Så mange som 72 prosent av de eldste kvinnene trener ikke. Tidsbruk i denne

aldersgruppen er mer preget av passive aktiviteter. Det som øker mest med alderen, er tiden man ser på TV, leser og slapper av. Samtidig øker tiden til nattesøvn og personlige behov generelt (22).



Figur 5.12 Andel kvinner som bruker mer enn 2,5 timer på sport, trening og andre fysiske aktiviteter en vanlig uke og andel som trener styrke en gang i uken eller oftere. 2019 (22).

Boks 5.8 Trygg i offentlige rom?

At flere personer går og sykler, har positive effekter for klimautslipp, lokal forurensning og ikke minst folkehelsen. En forutsetning for at folk skal velge å gå hele eller deler av en reise, er at de opplever gange som en trygg transportform. Studier viser at det er en klar sammenheng mellom det fysiske miljøet i offentlige rom og utrygghet, særlig for kvinner. Kommuner kan skape trygge byrom blant annet ved å forbedre belysning og fjerne vegetasjon som hindrer god sikt. Men det trengs en mer bevisst holdning og systematisk gjennomgang av trygghetstiltak om ulike gruppers behov i samfunns- og arealplanlegging (312).

Fysisk aktivitet i ulike livsfaser forebygger hoftebrudd. Sju av ti hoftebrudd rammer kvinner, og kvinner har nesten dobbelt så stor hoftebrudd-risiko som menn. Fallskader utgjør nesten halvparten av alle ulykkesdødsfall og er en viktigere bidragsfaktor til helsetap enn både kreft og hjerte- og karsykdommer. Spesielt rammes eldre mennesker av fallulykker, ofte med bruddskader. Ved hoftebrudd og underarmsbrudd er redusert beinmasse en vanlig medvirkende faktor (310). Risikoen for hoftebrudd er redusert hos personer som trener regelmessig (311).

Fysisk aktivitet og trening er i de fleste tilfeller helsefremmende, men trening kan i enkelte tilfeller overdrives og bli helseskadelig. Helseskadelig trening oppstår ofte sammen med en overdreven fokusering på kroppskontroll, sunnhet og kosthold. Dette omtales nærmere i kapittel 5.6.4 og 9.4.4.

5.6.4 «Skjønnhetstyranniet»

For mange kvinner er trening, kosthold, kropp, skjønnhet og utseende viktig. Som vi har sett tidligere i dette kapitlet, er fysisk aktivitet og sunt kosthold i de fleste tilfeller helsefremmende. I enkelte tilfeller kan imidlertid overdreven fokusering på sunnhet, kroppskontroll, og skjønnhet bli helseskadelig.

Kroppspress kan oppstå når ulike faktorer påvirker tankemønster og selvfølelse slik at personen som opplever kroppspress, føler at ens eget

utseende ikke er godt nok (313). Det som ofte omtales som kroppspress, kan forstås som en konsekvens av en kulturs sterke bevissthet om kroppens utseende og kulturens idealisering av visse typer kropp (314). Mat, trening, kroppsfasong, vekt og mål kan bli svært viktig i hverdagen for den som opplever kroppspress.

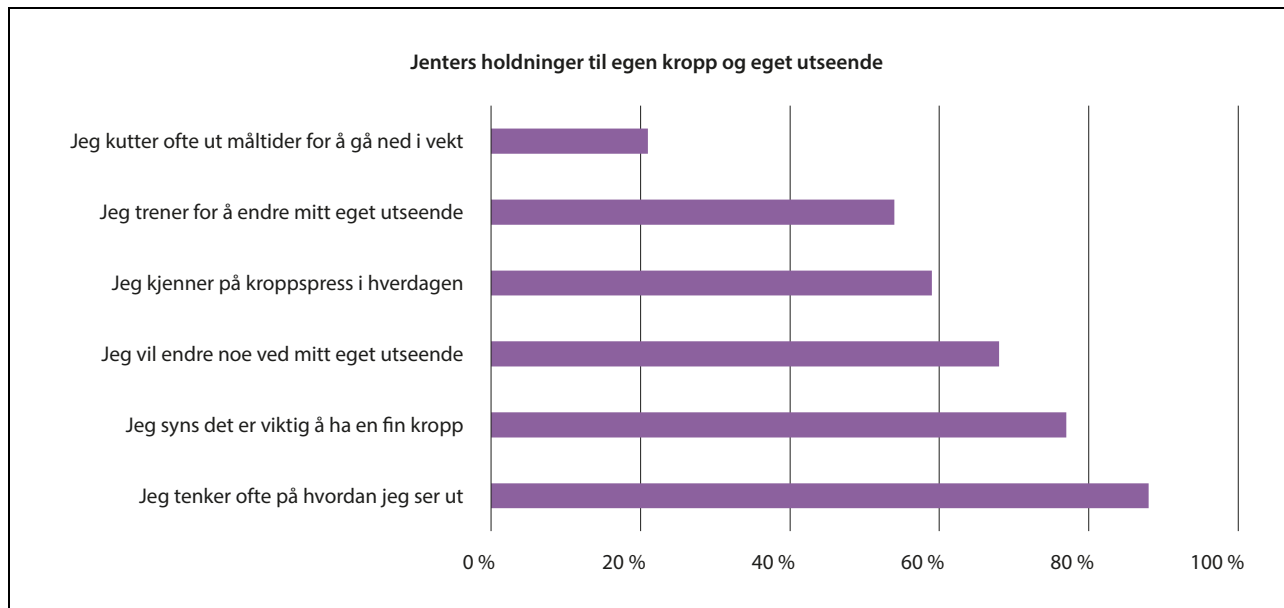
Misnøye med eget utseende kan oppstå tidlig i barndommen. Barn kan bli oppmerksomme på kroppsidealer og eget utseende i ung alder. Det skjer imidlertid tydelige endringer i kropp og utseende i puberteten, og misnøye med eget utseende øker kraftig i ungdomsårene. Jo eldre ungdommene blir desto oftere opplever de kroppspress. Tidligere har negativt kroppspress ofte vært koblet til overvekt, men i dag påvirkes mange normalvektige ungdommer i like stor grad som de overvektige (313).

Kroppspress kan fortsette inn i voksenlivet. Mange kvinner ser på kroppen som et prosjekt for selvutvikling, der egen og andres oppfatning av kroppens utseende blir helt sentral for opplevd egenverdi. Dette prosjektet er evigvarende. Idet trening trappes ned eller kostholdet endres, mister man idealfasongen eller muligheten til å nå den (314).

Grunnene til opplevd kroppspress er mange. Sosiale medier er en arena som kan bidra til et mer negativt selvilde og forhold til kropp og utseende. Dette ser vi nærmere på i kapittel 15. Også mediene, reklame, kritikk og kommentarer fra venner og familie kan føre til kroppspress. Det er en tydelig sammenheng mellom samfunnets idealiserte kropp og negativt kroppsbilde. Til tider har sykkelig undervekt vært trukket fram som vakkert. I dag beskriver ungdom det kvinnelige skjønnhetsidealet som at man skal ha former på de riktige stedene (stor rumpe og store pupper), men samtidig skal man ha et smalt liv, flat mage og definerte muskler som ikke er altfor synlige (313).

De fleste jenter og unge kvinner ønsker ikke å ty til drastiske grep for å endre eget utseende, men mange opplever generell misnøye og et vedvarende press som de ikke blir kvitt (se figur 5.13) (313). Noen kvinner velger likevel å gjøre kosmetiske inngrep.

Kosmetisk medisin, også kalt estetisk medisin, brukes om medisinske behandlinger der formålet er å oppnå en kosmetisk gevinst for pasienten. Kosmetisk medisin inkluderer blant annet injeksjoner av Botox og «fillere» (en romoppfyllende gel) mens kosmetisk kirurgi blant annet inkluderer ansiktsløftninger og brystforstørrelser (315). En del kosmetisk kirurgi er rekon-



Figur 5.13 Andelen jenter i ungdoms- og videregående skole som har ulike holdninger til egen kropp og eget utseende i 2018. Basert på Nylander (313).

struktiv, for eksempel leppe-kjeve-gane-operasjoner (316).

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 8 prosent av kvinner i alderen 18-65 år hadde tatt en kosmetisk operasjon i 2019, sammenliknet med 1 prosent av menn i aldersgruppen. Blant menn er de vanligste inngrepene fjerning av føflekker, vorter, kuler og liknende. Blant kvinner er de vanligste inngrepene brystkirurgi (forstørrelse/forminsking), fett-suging av mage, rumpe og lår, og øyelokkplastikk.

Andelen kvinner som har fått utført et inngrep, øker med økt alder og med økt inntekt. Dette er ikke uventet, da kosmetiske inngrep som fett-suging og brystforstørrelser som regel koster fra 15–20 000 kroner og oppover. Blant menn er det ingen sammenheng mellom kosmetiske inngrep og økt alder eller inntekt (317).

I 2016 ble det utført til sammen 517 inngrep som kan regnes som intimkirurgi, fordelt på 416 kvinner. Forminsking av de indre kjønns-

Boks 5.9 Er kosmetisk medisin kvinnehelse?

Det siste året har mange engasjert seg i debatten om hva kvinnehelse er, og hva det ikke er. Noen argumenterer for at kosmetisk medisin er viktig for kvinners helse, mens andre stiller spørsmål ved om noe som retter seg mot friske og normale kroppar i det hele tatt kan kalles for «medisin». Er kosmetisk medisin en praksis som forbedrer eller forringer kvinnehelsen? Forskningen på nytte, skade og kostnader av kosmetisk medisin er generelt mangelfull og preget av motstridende funn. Det finnes imidlertid enkelthistorier og noen studier som tyder på at kvinner kan få bedre trivsel og selvbylde, iallfall på kort sikt (320, 321).

Samtidig er kosmetisk medisin en sentral driver av «skjønnhetstyranniet» ved å bekrefte

for kvinner at deres utseende ikke er bra nok. Kosmetisk medisin bidrar også til å bryte ned normalitetsbegrepet og heve normer for hva som er vakkert og bra nok. Dermed skaper kosmetisk medisin et marked av uhelse som kun kosmetisk medisin selv kan fylle (320). Som en debattant skrev i Aftenposten i 2016 (322): «Når du velger en plastisk operasjon for å få større pupper eller ryddigere kjønnsorgan, øker kravene for hvordan alle andre skal se ut». Med andre ord kan kosmetisk medisin utgjøre et folkehelseproblem, og siden kvinner er de største forbrukerne av kosmetisk medisin, kan det være et kvinnehelseproblem.

leppene, også kalt labiaplastikk, stod for 67 prosent av alle inngrepene, men også fettsuging, fjerning av hud rundt klitoris og ulike oppstramninger av vaginalkanalen ble utført. 76 prosent av kvinnene ble behandlet utenfor den offentlige helsetjenesten. I det offentlige utgjorde labiaplastikk 87 prosent av inngrepene. Kvinner i alderen 31–50 år utgjorde den største pasientgruppen med 40 prosent, men hele 36 prosent var i alderen 23–30 år (318). En spørreundersøkelse gjennomført blant kvinner i alderen 18–30 år i 2017, viste at én av seks kvinner er misfornøyd med utseendet på underlivet sitt, og én av åtte har vurdert intimkirurgi (319). I 2017 ble det solgt mer enn 18 000 pakninger botulinumtoksin A (Botox) fra norske apotek. Det er nesten en tredobling siden 2010, og mye av økningen er trolig knyttet til estetisk medisin (315).

5.6.5 Dagligrøyking, snusbruk og alkoholbruk

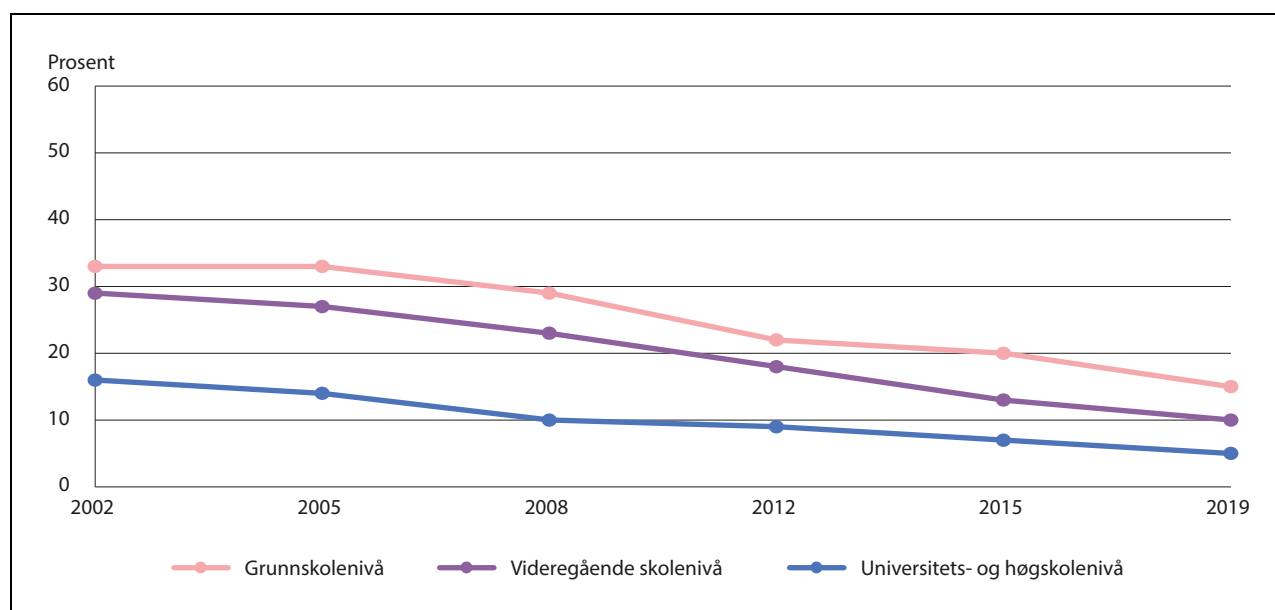
Bruk av tobakk og alkohol påvirker helsen negativt. Daglig røyking er en svært viktig faktor for utvikling av livsstilsrelaterte sykdommer. I 2021 var 7 prosent av menn og 10 prosent av kvinner i alderen 25–74 år dagligrøykere. Blant ungdom og i de yngste aldersgruppene av voksne er det imidlertid svært få som røyker daglig. I dag røyker kun 2 prosent av unge kvinner daglig, mens 9 prosent av kvinner i alderen 25–44 år røyker daglig. Dagligrøyking er også redusert blant innvandrerkvinner. Det har vært en nedgang på 20 prosentpoeng siden 2005/2006 (22).

Parallelt har bruk av snus blitt langt vanligere blant unge kvinner (22). Andelen kvinner som snuser, har økt fra 1 prosent i 2008 til 8 prosent i 2021 (323). Snusbruken er mest vanlig blant unge voksne. I gruppen 16–24 år er det 15 prosent av kvinnene som bruker snus daglig. Til sammenlikning er tallet 25 prosent av menn.

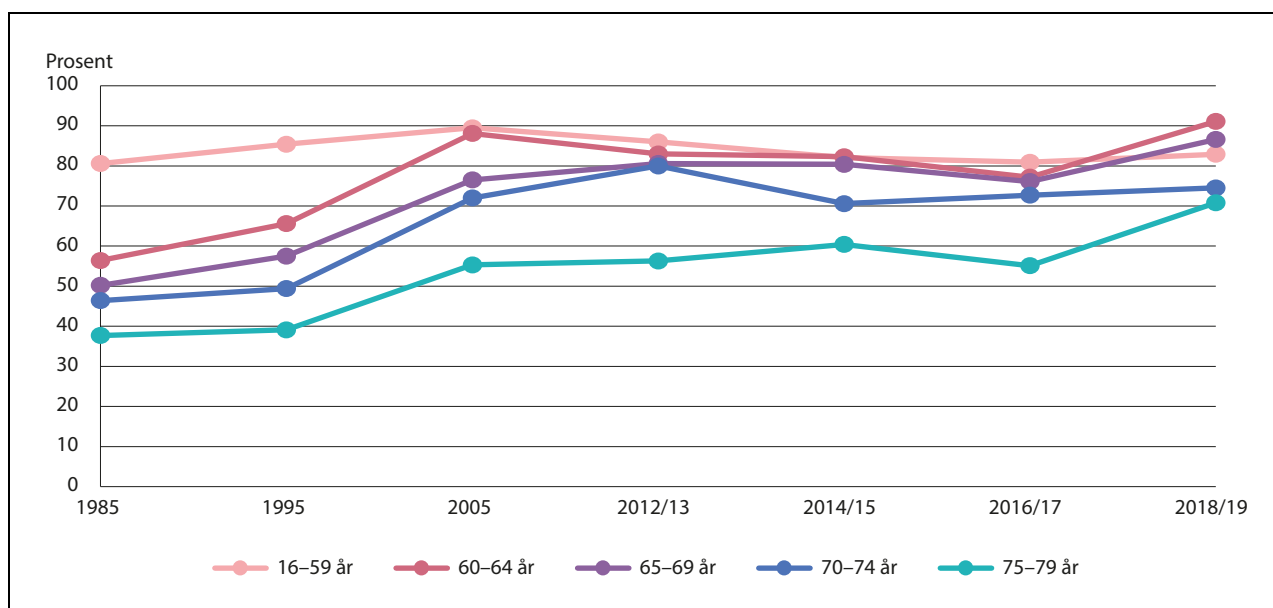
Det er markante forskjeller i røykeatferd etter utdanningsnivå. Det er seks ganger mer vanlig å røyke daglig blant kvinner med grunnskoleutdanning sammenliknet med grupper med høyere utdanning.

Figur 5.14 viser at andelen dagligrøykere har vært høyest blant dem med minst utdanning og lavest blant dem med mest utdanning fra 2002 til 2019. Mens 5 prosent av kvinner med høyere utdanning var dagligrøykere i 2019, er andelen tre ganger så høy blant kvinner med grunnskoleutdanning. Det er noe høyere andeler som røyker blant kvinner som bor alene. Kvinner i 50- og 60-årene henger etter når det gjelder røykeslutt. Blant voksne kvinner mellom 45 og 66 år er det 15 prosent som røyker daglig. Det er enslige kvinner og kvinner i lavere utdanningsgrupper som i størst grad røyker daglig, og som også er inaktive (22).

Studier viser at 20 prosent av dødsfall i aldersgruppen under 70 år skyldes røyking. Nærmere halvparten av storrykere dør før de fyller 70 år (324). Tidligere var den hyppigste dødsårsaken blant røykere hjerte- og karsykdom. I dag er røyk i hovedsak en risikofaktor for kreftdødsfall, spesielt lungekreft, men også andre kreftformer (325). Norsk forskning viser



Figur 5.14 Andel kvinner 16 år og eldre som røyker daglig i ulike utdanningsgrupper. 2019 (22).



Figur 5.15 Andel kvinner som drikker alkohol i løpet av et år i ulike aldersgrupper, utvalgte år (22).

at kvinner har større risiko enn menn for å få lungekreft og å dø av denne sykdommen, selv om kvinnene og mennene har røykt like mye gjennom livet (326).

Når det gjelder alkohol, ser vi et annet mønster. Det er kvinner med høy utdanning som drikker alkohol oftest, sammenliknet med øvrige utdanningsgrupper. Voksne kvinner drikker alkohol oftere, men i mindre mengder enn yngre kvinner. Mens 16 prosent av kvinner med grunnskole drikker alkohol en gang i uken eller oftere, er prosentandelen blant kvinner med høyere utdanning, 41 prosent. Om lag 76 prosent av kvinner svarte ja på spørsmålet om de har drukket alkohol i løpet av de siste 12 månedene. Andelen som har nytt alkohol blant innvandrerkvinnene, er under halvparten av andelen blant kvinnene i hele befolkningen, 35 prosent (22).

Det har vært en vesentlig økning i alkoholbruk over tid blant kvinner, som vist i figur 5.15. Størst økning har det vært blant eldre kvinner. Eldre har imidlertid et noe annerledes drikke-mønster enn yngre. De drikker oftere, men episoder med inntak av seks enheter eller mer ved én anledning synker med økende alder (22).

Alkoholbruk blant kvinner kan ha flere negative helseeffekter og øker risikoen for en rekke sykdommer og skader. Alkohol er blant annet en viktig risikofaktor for brystkreft hos kvinner (327, 328). Kvinner som drikker alkohol daglig, og i gjennomsnitt mer enn én alkoholenhet per dag, har økt risiko for å få brystkreft. Alkoholbruk kan også være en medvirkende faktor ved ulykker,

vold og selvmordsforsøk (329, 330). De som er mest utsatt for helsemessige og sosiale problemer, har et høyt inntak av alkohol over tid og/eller høyt inntak per gang de drikker (329).

5.6.6 Rusbruk og rusmiddellidelser

Narkotikabruk er forbundet med en rekke skader og sykdommer, for eksempel hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og ulike smertetilstander, hepatitt B, hepatitt C, hiv og psykiske lidelser (331). I gjennomsnitt dør 265 personer hvert år i Norge som en direkte konsekvens av forbruk av narkotiske stoffer, og tallet har vært stabilt de siste ti årene. Selv om det er flest menn som dør av narkotikabruk, har antall dødsfall for kvinner vært økende de siste årene. I 2021 utgjorde kvinner 33 prosent av alle narkotikautløste dødsfall mot 28 prosent i 2017 (332). Det er flere menn enn kvinner som bruker cannabis, kokain, amfetaminer og ecstasy/MDMA. I 2021 oppga 0,8 prosent av kvinner å ha brukt kokain, 0,1 prosent å ha brukt amfetaminer og 0,4 prosent å ha brukt ecstasy/MDMA i løpet av siste 12 månedene (333).

Skadelig bruk og avhengighet av rusmidler betegnes som rusmiddellidelser (334). Skadelig bruk og avhengighet av alkohol utgjør de hyppigste rusmiddellidelsene i Norge, og om lag 8 prosent av menn og 3 prosent av kvinner har en alkoholbrukslidelse i løpet av 12 måneder (335).

Selv om det er færre kvinner enn menn som har rusmiddellidelser, skiller kvinners rusavhen-

gighet seg fra menns på flere områder. Kvinner blir raskere rusavhengige enn menn, og de går raskere gjennom de ulike stadiene i utviklingen av rusavhengighet. Samtidig er det en større andel unge menn enn unge kvinner som utvikler rusavhengighet og rusmiddellidelser, men kjønnsforskjellene ser ut til å minke. Undersøkelser tyder også på at kvinner oftere har en psykisk lidelse med et rusproblem i tillegg, mens menns rusbruk ofte fører til en psykisk lidelse. Blant de rusavhengige som kommer i behandling, havner menn oftest i rusfeltet, mens kvinner havner i psykisk helsevern (213).

En norsk studie viser at rusavhengighet oftere blir oversett hos kvinner, sammenliknet med menn (336). Dobbelt så mange menn, sammenliknet med kvinner, fikk en diagnose på problematisk rusmiddelbruk i psykiatrisk akuttmottak, selv om det ikke var forskjell mellom kjønnene når det gjaldt antall positive blod- eller urinprøver (336). Mens det er flest menn som behandles i det frivillige behandlingsapparatet, utgjør kvinner flertallet av de som tvangsinnlegges til behandling for rusbrukslidelser. Selv når gravide holdes utenfor, utgjør kvinner 53 prosent av alle som tvangsinnlegges til rusbehandling (337).

I dag mottar kvinner som hovedregel «kjønnsnøytral» behandling for rusproblematikk. Bare et fåtall institusjoner eller tiltak har et tilbud kun for kvinner eller kun for menn (338). Flere studier viser imidlertid at kvinnevernede tiltak gir bedre behandlingsbetingelser og resultater for kvinner (339–341). Kjønnsdelt behandling, der kvinner har mulighet til å skjerme seg fra menn, og der det tilrettelegges for utviklingen av et kvinnefelleskap som bygger på en rusfri identitet, har positiv effekt på behandlingsresultat (342). Blant annet viser en svensk studie at kvinner som hadde mottatt kjønnsspesifikk behandling for alkoholbrukslidelser hadde en mindre økning i sykefraværet, opptil 21 år etter behandlingen, sammenliknet med kontrollgruppen. De hadde også en bedre lønnsutvikling i inntil åtte år etter behandlingen (343).

I Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (338) anbefales det at kjønnsspesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov bør ivaretas. Det foreslås videre å legge til rette for at kvinner og menn får tilbud om kjønnsdelte behandlingsaktiviteter. Bakgrunnen for anbefalingen er oversiktsstudier som antyder at kjønnsdelt rusmiddelbehandling fører til noe bedre behandlingsresultat for enkelte grupper av kvinner med rusbrukslidelser, spesielt gravide og

småbarnsmødre. De tiltakene innen tverrfaglig spesialisert behandling som tilbyr kjønnsdelt behandling, melder også om positiv effekt både for menn og kvinner. Videre sier retningslinjene at det bør foreligge reelle tilbud som ivaretar den enkeltes behov for kjønnsspesifikk behandling. Ideelt sett bør alle de regionale helseforetakene ha behandlingstiltak som tilbyr kjønnsdelt behandling.

5.7 Utvalgets vurdering

I dette kapitlet har utvalget sett på sentrale aspekter ved kvinners liv som både hver for seg og samlet har betydning for kvinners helse.

Kvinner helseutfordringer må forstås i lys av de ulike rollene kvinner har gjennom livet, som arbeidstaker, partner, mor, datter, støtteperson og omsorgsgiver. Mange kvinner er også ofre for vold med alvorlige helsekonsekvenser. Totalbelastningen i kvinneliv må belyses i større grad enn det har blitt til nå. Et kvinneliv er sammensatt, og mange ulike faktorer påvirker helsen (344). Alle disse faktorene kan fremme helsen, men også øke risikoen for sykdom. Utvalget legger til grunn at et livsløpsperspektiv på friske, gode og selvstendige kvinneliv er viktig for arbeidsdeltakelse, bruk av helserelaterte ytelser og behov for helse- og omsorgstjenester. Det vil derfor bli viktig med samhandling på tvers av politiske sektorer, som folkehelse, boligpolitikk, levekår, justis-sektoren, integrering og utdanning.

Utvalget legger til grunn at det framover vil være vesentlig å se kvinners opplevelser av helse, livskvalitet og deres behov for helse- og omsorgstjenester i et bredere samfunnsperspektiv. Det er store sosiodemografiske forskjeller mellom kvinner, og mange av disse forskjellene har konsekvenser for helse og tjenestebehov. Med aldning og strammere prioriteringer vil innsatsen for å redusere sosial ulikhet være vesentlig i tiden som kommer.

5.7.1 Kvinnehelse og arbeidsliv

Kvinner arbeidsdeltakelse er viktig for Norges økonomi og velferd og ikke minst for kvinnene selv. Utvalget merker seg at kvinner generelt har lavere deltakelse i arbeidslivet enn menn. En lavere andel kvinner er sysselsatte, og flere er i deltidsarbeid. Kvinner har også høyere deltakelse i lavstatusyrker, høyere sykefraværsprosent og er oftere uføretrygdde. Kvinner og menn har ulik biologi og helse, og velger yrker som gir ulik

belastning. HMS-arbeid har likevel tradisjonelt vært rettet mot utfordringer på mannsdominerte arbeidsplasser. Det er også fremdeles slik at kvinner tar mer ansvar i familien, både i hjemmet og for andre omsorgsoppgaver. Alt dette er med på å gi kvinner og menn ulike forutsetninger i arbeidslivet.

Som kapitlet har vist, har kjønn betydning for belastninger som kan påvirke arbeidsdeltakelse. Vi vet imidlertid for lite om hvordan dette påvirker kjønnsforskjeller i arbeidslivet og hva det betyr for folkehelse og levekår. Utvalget mener det er behov for et offentlig utvalg som ser særlig på kvinners arbeidshelse.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 50 Oppnevne et offentlig utvalg som ser særlig på kvinners arbeidshelse; og 53 Øke kunnskapen om overgangsalder og arbeidsliv.

5.7.2 Kjønnsspesifikk tilnærming i rusbehandling

Utvalget merker seg at flere studier viser at kvinnerettede tiltak innen rusbehandling gir bedre resultater for kvinner, og at Helsedirektoratet anbefaler at kjønnsspesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov ivaretas. Allikevel finnes det nesten ingen slike tilbud for kvinner med rusbrukslidelser i dag (345). Utvalget anbefaler derfor at alle de regionale helseforetakene prioriterer kjønnsspesifikk behandling av rusbrukslidelser i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 47 Etablere kjønnsspesifikke behandlingstilbud for kvinner og menn innen rusomsorg.

Kapittel 6

Minoriteter: Ulike liv – ulike helsevilkår

6.1 Innledning

Helse må ses i sammenheng med den enkeltes situasjon og livsvilkår. Bosted, familieforhold, tilknytning til arbeidslivet, sosiale nettverk og ressurser er faktorer som påvirker den enkeltes helse. En forutsetning for god helsehjelp er derfor at alle blir møtt med forståelse og nysgjerrighet i helsetjenesten om akkurat deres situasjon, historie og liv. Dette vil bidra til bedre behandling og kanskje bedre sykdomsforløp. I forrige kapittel så vi hvordan særlig utdanning, arbeid og inntekt påvirker kvinners helse. I dette kapitlet vil vi se på hvordan kjønnsforskjeller i helse må forstås i samspill med andre forskjellsskapende dimensjoner.

Diskriminering og minoritetsstress påvirker mest sannsynlig helsen til mange minoriteter i Norge. Utvalget beskriver derfor dette først. Videre belyses helsen til fem minoriteter: kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn, kvinner som soner i fengsel, kvinner med nedsatt funksjonsevne, skeive kvinner og kvinner som selger seksuelle tjenester.

Hver av gruppene er sammensatte, og det er store forskjeller innad i de ulike gruppene. Noen kvinner tilhører flere minoritetsgrupper og er dermed en minoritet i minoriteten. Disse kvinnene kan oppleve særskilte utfordringer på grunn av sammensatt diskriminering. Vi belyser noen sentrale helseutfordringer for hver minoritetsgruppe, men anerkjenner at det er store forskjeller i utfordringer og behov innad i gruppene.

Det er forsket svært lite på helsen til flere av minoritetsgruppene i Norge. Delkapitlene bygger på forskningen som finnes, og innholdet og strukturen vil derfor variere. Dette kapitlet gir slik kun et innblikk i helsen til kvinner fra ulike minoritetsgrupper. Det er behov for mer forskning og kunnskap om minoritetskvinnens helse og bruk av helsetjenester for å få en helhetlig oversikt over situasjonen. Det er også behov for en kultursensitiv tilnærming i helse- og omsorgstjenesten.

Samiske kvinners helse belyses i kapittel 13.

6.2 Minoritetsstress og diskriminering

Minoritetsstress er tilleggsbelastningen som personer fra stigmatiserte grupper utsettes for på grunn av sin minoritetsposisjon (346). Minoritetsstress er kronisk stress fordi det forårsakes av langvarige erfaringer med mikroaggresjoner og/eller å bli diskriminert (347). Mikroaggresjoner er hverdagslige handlinger eller kommentarer som virker nedverdiggende for dem som blir utsatt for det – ofte uten at dette er intensjonen. Mikroaggresjoner er som regel harmløse isolert sett, men gjentatte mikroaggresjoner over lengre tid kan være belastende for de utsatte (348). Diskriminering kan defineres som urettmessig forskjellsbehandling på grunnlag av sosiale kategorier som kjønn, alder, etnisitet, religion, funksjonsevne og seksuell orientering.

Diskriminering kan være både direkte og indirekte skadelig for helsen. Angrep på ens identitet eller opplevelser av urettferdig behandling kan føre til en sterk og vedvarende følelsesmessig belastning, som med tiden kan påvirke helsen negativt. Diskriminering og utestengelse kan også føre til dårligere tilgang til og mindre bruk av helsetjenester, eller ressursmangel, som igjen påvirker helse. Diskriminering er også forbundet med sosial isolasjon, som kan øke risikoen for en usunn livsstil (349).

Sammenhengen mellom diskriminering og dårlig helse er dokumentert i flere internasjonale studier. Ifølge studiene kan det å bli utsatt for rasisme og diskriminering påvirke både psykisk og fysisk helse negativt. Blant annet rapporterer personer som opplever rasisme og diskriminering, om mer psykiske plager enn de som ikke gjør det, og det er påvist en klar sammenheng mellom diskriminering, selvfølelse og depresjon (349).

Det er likevel få norske studier som belyser sammenhengen mellom diskriminering og dårlig helse. Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse viser at det er dobbelt så mange som rapporterer om psykiske plager blant de som har opplevd diskriminering, enn blant de som ikke har

det. Studien viser imidlertid ikke om diskrimineringen er den direkte årsaken til de psykiske plagene. Det er derfor behov for mer forskning før vi kan slå fast at minoriteter i Norge har dårligere helse på grunn av rasisme og diskriminering (349). Vi mangler også forskning som belyser sammenhengen mellom diskriminering og helse for ulike grupper i Norge (350).

6.2.1 Diskriminering i Norge

Forskning viser at ulike minoriteter opplever betydelig diskriminering i Norge i dag. En undersøkelse gjennomført av Fafo i 2021, viser at nesten halvparten av alle innvandrere har opplevd diskriminering det siste året. Blant innvandrerne opplever personer med somalisk bakgrunn mest diskriminering, og personer med polsk bakgrunn opplever minst diskriminering. Det er flest som oppgir hudfarge, etnisitet og religion som årsak til diskriminering. Videre oppgir en av ti innvandrere at de har opplevd å bli behandlet dårligere enn ikke-innvandrere i helsetjenesten (351).

Det er få studier om diskriminering av nasjonale minoriteter i Norge i dag. Dette henger blant annet sammen med at det ikke registreres informasjon om etnisk tilhørighet i offisiell statistikk (352). Ifølge en Fafo-rapport er romer, romani-folket, innvandrere generelt og muslimer spesielt de gruppene som flest tror blir diskriminert. Disse gruppene er også minst populære som mulig nabo eller ektefelle (353). Ifølge en kvalitativ studie gjennomført av Likestillingssenteret KUN, opplever romkvinner fortsatt mye diskriminering og stigmatisering i samfunnet, blant annet på skolen, kjøpesenteret, arbeidsmarkedet, boligmarkedet og i møte med politiet (354).

I 2010 sa 10 prosent av kvinner med nedsatt funksjonsevne at de hadde blitt diskriminert på grunn av helseproblemer eller funksjonsnedsettelse det siste året. Blant personer med nedsatt funksjonsevne som oppgir å ha blitt diskriminert, er det flest personer med bevegelseshemming. Hele 16 prosent sier de har opplevd diskriminering det siste året (355).

Til tross for økt aksept de siste årene, opplever LHBT-personer (lesbiske, homofile, bifile og transpersoner) i Norge fortsatt diskriminering. Det er mer enn dobbelt så vanlig for LHBT-personer å bli utsatt for hatefulle ytringer og konkrete trusler enn for befolkningen ellers. Hele 36 prosent av LHBT-personer har blitt utsatt for nedsettende kommentarer det siste året, 23 prosent har blitt utsatt for hatefulle ytringer, og 15 prosent har blitt utsatt for konkrete trusler (356).

Boks 6.1 Sammensatt diskriminering

Regjeringen definerer sammensatt diskriminering som «diskriminering på flere grunnlag samtidig, eller at det er kombinasjonen av flere diskrimineringsgrunnlag som utgjør grunnlaget for diskriminering» (358). Å tilhøre flere minoritetsgrupper kan føre til betydelig høyere utsatthet for diskriminering (356). For eksempel representerer lesbiske samer både en minoritet i den norske befolkningen, en minoritet i det samiske samfunnet og en minoritet i det skeive miljøet. Dette kan påvirke følelsen av tilhørighet, grad av åpenhet, opplevelser av diskriminering og livskvalitet og levekår (359). Kvinner som tilhører flere minoritetsgrupper, kan både oppleve at deres identitet blir veldig synlig, nærmest selvsynende, eller delvis eller helt usynlig (360).

De vanligste ordene som brukes som skjellsord i skolen, er homo, hore, jøde og varianter av neger. Den nedsettende bruken av disse ordene reflekterer stigma knyttet til utsatte minoritetsgrupper og faller inn under det regjeringen har definert som hatefulle ytringer (357).

6.3 Helsekompetanse

Helsekompetanse er det norske begrepet for «health literacy» og defineres av Helse- og omsorgsdepartementet som «personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (361).

Helsekompetanse skaper forutsetninger for egenmestring og egenbehandling av sykdommer og setter folk i stand til å navigere i og bruke helse- og omsorgstjenestene. I tillegg påvirker helsekompetanse folks evne til å finne og kritisk vurdere helseinformasjon fra ulike kilder, for eksempel på nett. Se omtale av digital helsekompetanse i kapittel 16. Helsekompetanse kan bidra til å redusere ulikhet i helse og sosial ulikhet (361).

Lav helsekompetanse kan føre til dårligere helse gjennom større sykdomsforekomst og svakere oppfølging av egen sykdom, som igjen fører til hyppigere innleggelse på sykehus. Helsekompetanse påvirkes blant annet av lese- og skriveferdigheter, språkferdigheter, digital kompetanse og kognitive funksjoner. Enkelte grupper kan derfor ha lavere helsekompetanse enn befolkningen ellers, blant annet personer med høy alder, kronisk sykdom, lavt utdanningsnivå og etnisk minoritetsbakgrunn (361).

Nylig gjennomførte Norge den første nasjonale kartleggingen av befolkningens helsekompetanse. Kartleggingen viser at en tredel av den norske befolkningen har begrensede muligheter til å forholde seg til helseinformasjon (362). Sammenliknet med befolkningen generelt har flere fra Tyrkia og Vietnam lav helsekompetanse, mens færre fra Pakistan, Polen og Somalia har lav helsekompetanse. Kartleggingen viser også at særlig personer med innvandrerbakgrunn har problemer med å finne informasjon om behandling av sykdommer, blant annet på grunn av manglende norskkunnskaper. Denne typen informasjon bør derfor være tilgjengelig på flere språk (363).

6.4 Etniske minoriteter

Det er langt flere etniske minoriteter som utvikler dårlig helse, enn i befolkningen som helhet. Dette henger blant annet sammen med lavt utdannings- og sysselsettingsnivå, manglende språkkunnskaper og helsekompetanse og opplevelser med diskriminering og minoritetsstress. Det er imidlertid store forskjeller innad i de etniske mino-

ritetsgruppene. I denne delen ser vi på helsen til kvinner med innvandrerbakgrunn, papirløse kvinner og kvinner fra nasjonale minoriteter.

6.4.1 Kvinner med innvandrerbakgrunn

Kvinner med innvandrerbakgrunn er en svært sammensatt gruppe som utgjør en stor del av den norske befolkningen (349). De sju største gruppene med innvandrerkvinner etter landbakgrunn er Polen, Thailand, Filippinene, Litauen, Sverige, Syria og Somalia (366). Over halvparten av alle innvandrerkvinner har kommet til Norge på grunn av familiegjennforening, mens rundt en tredel har kommet som flyktninger (367).

Innvandrere generelt har dårligere levekår enn befolkningen ellers, også når det gjelder helse (367), dette til tross for at de fleste innvandrere er yngre og friskere enn den øvrige befolkningen når de kommer til Norge. Forskere har pekt på at én av forklaringene på dette kan være at migrasjon er en krevende prosess, og at det derfor ofte er de med best helse og mest ressurser som migrerer. Etter 5–10 år får innvandrere imidlertid en helseprofil som likner mer på majoritetsbefolkningen. Innvandrere som har bodd i Norge i mer enn ti år, har ofte dårligere helse enn majoritetsbefolkningen. Dette kommer av ulike faktorer både før, under og etter migrasjonen, blant annet minoritetsstress (349).

Kunnskapen om helsen til kvinner med innvandrerbakgrunn er generelt mangelfull. Vi vet likevel at det er forskjeller mellom noen grupper innvandrerkvinner og kvinner ellers, og mellom ulike grupper med innvandrerkvinner når det gjelder levekår, levevaner, og forekomst av sykdom (349). I det følgende belyses tre utvalgte helseutfordringer blant kvinner med innvandrerbakgrunn: svangerskaps- og fødselskomplikasjoner, oppmøte i Livmorhalsprogrammet og Mammografiprogrammet og kvinnelig omskjæring.

Boks 6.2 Ulik etnisitet, ulikt utfall

Ifølge en norsk lege (364) gir ulik etnisitet ulikt utfall i helsetjenesten. Blant annet har kvinner født i Norge av pakistanske foreldre, betydelig høyere risiko for dødfødsel enn kvinner med norske foreldre (365). Legen har selv erfart at smerten til personer med innvandrerbakgrunn ikke blir tatt på alvor, fordi helsepersonell feiltolker signaler fra pasienter. For eksempel ved å anta at pasienten overdriver. Hvis vi skal gjøre noe med dette, må majoritetsbefolkningen konfrontere våre egne fordommer, mener legen (364).

6.4.1.1 Svangerskaps- og fødselskomplikasjoner

I 2016 stod innvandrerkvinner for mer enn en firedel av alle fødslene i Norge. Selv om dette er 12 prosent mer enn i 2006, har fruktbarheten blant de fleste grupper av innvandrerkvinner gått ned. Økningen i antall barn som fødes av innvandrer-mødre, henger sammen med høy innvandring og at det er flere innvandrerkvinner i reproduktiv alder. Kvinner fra Afrika har høyest samlet fruktbarhetstall (2,81), mens kvinner fra Sør- og Mellom-Amerika har lavest fruktbarhetstall (1,6) (368). Samtidig er innvandrerkvinner en spesielt

sårbar gruppe i norsk fødselsomsorg med økt risiko for svangerskaps- og fødselskomplikasjoner (19).

Svangerskapsdiabetes øker risikoen for komplikasjoner hos mor og barn. Kvinner født i Asia og Afrika, har langt høyere forekomst av svangerskapsdiabetes enn norskfødte kvinner (19). En studie (369) viser at andelen gravide med diabetes er sju ganger høyere blant kvinner født i Asia og Afrika enn blant kvinner født i Norge. Fire av fem kvinner fra Asia og Afrika hadde svangerskapsdiabetes, sammenliknet med rundt halvparten av kvinnene fra Norge (369). Ifølge en annen studie fra 2022 (370) har kvinner som ikke snakker norsk, dårligere kjennskap til svangerskapsdiabetes enn norsktalende kvinner.

God ernæring har stor betydning for mors helse og fosterets utvikling. Et sunt og variert kosthold under svangerskapet gir blant annet lavere risiko for svangerskapsdiabetes (371). I en studie fra 2013 (372) oppga kvinner fra Asia og Afrika at kostholdsrådene under svangerskap var lite tilpasset deres matkultur. Forskning viser at kvinner fra Sør-Asia er mindre fysisk aktive og har høyere grad av fedme i svangerskapet sammenliknet med kvinner fra Vest-Europa (19). Ifølge en studie fra 2016 (373) hadde kvinner fra Øst-Europa og Midtøsten henholdsvis 2,7 kg og 1,3 kg høyere vekttoppgang i tredje trimester enn kvinner fra Vest-Europa.

Videre er det høyere forekomst av alvorlig D-vitaminmangel og anemi blant noen innvandrerkvinner (374, 375). Ifølge en studie fra 2016 (375) hadde 45 prosent av kvinnene fra Sør-Asia, 40 prosent av kvinnene fra Midtøsten og 26 prosent av kvinnene fra Afrika sør for Sahara alvorlig D-vitaminmangel under svangerskapet. Det samme gjaldt kun 1,3 prosent av kvinnene fra Vest-Europa. Forekomsten av anemi var henholdsvis 14 prosent, 11 prosent og 7,3 prosent blant kvinner fra Sør-Asia, Midtøsten og Afrika sør for Sahara, sammenliknet med 1,8 prosent blant kvinner fra Vest-Europa (374).

Studier viser også at innvandrerkvinner har økt risiko for alvorlig svangerskapskvalme. Årsaken er ukjent, men risikoen var ikke assosiert med botid i Norge, slektskap mellom foreldre eller infeksjon med *Helicobacter pylori* (bakterie som kan forårsake magesår og magekatarr). Alvorlig svangerskapskvalme er en av grunnene til at innvandrerkvinner har høyere bruk av sykmeldinger under svangerskap enn kvinner født i Norge (19).

En studie av alle fødsler i Norge i perioden 1990–2016 viser at sårbare minoritetskvinner har

dobbelt så høy risiko for dødfødsler, for tidlig fødsel eller andre alvorlige fødselskomplikasjoner (376). Kvinner fra Somalia og Filippinene har høyere risiko for akutt keisersnitt enn norskfødte kvinner (377). Kvinner fra Filippinene har også høyere risiko for prematur fødsel (377). Videre har førstegangsfødende kvinner fra Asia og Afrika og nyankomne kvinner høyere risiko for alvorlig fødselsrift sammenliknet med kvinner fra Norge (378).

For mange er svangerskap og barsel en sårbar tid preget av stadig endring i kropp og sinn. Mange innvandrerkvinner med kort botid i Norge kan også være ukjent med helsetjenesten og fødetilbudet. Dette kan være en ekstra påkjenning (379). Noen innvandrerkvinner savner nettverket sitt i hjemlandet og den praktiske hjelpen det er vanlig å få av andre som har vært gjennom svangerskap og fødsel (379).

I tillegg kan innvandrerkvinner med både kort og lang botid i Norge oppleve minoritetsstress som påvirker deres helsesituasjon og bruk av helsetjenester. Manglende språkkunnskaper og helsekompetanse blant innvandrerkvinner kan også være en del av dette bildet. Dårlig kommunikasjon i aktiv fødsel kan blant annet bidra til fødselskomplikasjoner (378). Høyere risiko for svangerskaps- og fødselskomplikasjoner blant innvandrerkvinner kan tyde på at helse- og omsorgstjenestene i for liten grad er tilpasset denne gruppen (379).

6.4.1.2 Oppmøte i Mammografiprogrammet og Livmorhalsprogrammet

I perioden 1996–2015 hadde innvandrerkvinner fra alle fylker lavere oppmøte i Mammografi-programmet enn norskfødte kvinner (89). I Oslo var 67 prosent av norskfødte kvinner på mammografiscreening i denne perioden, 61 prosent av kvinner fra Vest-Europa, Nord-Amerika, Australia og New Zealand, og 39 prosent av kvinner fra øvrige land. Oppmøtet var lavere i Oslo enn i resten av landet. Utenfor Oslo var 79 prosent av norskfødte kvinner på mammografiscreening, 71 prosent av kvinner fra Vest-Europa, Nord-Amerika, Australia og New Zealand, og 50 prosent av kvinner fra øvrige land (89). En annen studie viser at kvinner med innvandrerbakgrunn oftere har behov for tilleggsundersøkelser etter mammografiscreening enn norskfødte kvinner (380). Likevel får kvinner med innvandrerbakgrunn sjeldnere påvist brystkreft, men når de først får påvist sykdommen, har de oftere mer alvorlig brystkreft (380).

Også i Livmorhalsprogrammet er det lavere oppmøte blant kvinner med innvandrerbakgrunn enn norskfødte kvinner. En studie fra 2017 (381) viser at kvinner fra Vest-Europa, Øst-Europa, Asia, Afrika og Sør-Amerika hadde lavere oppmøte i Livmorhalsprogrammet.

Jo lenger kvinner med innvandrerbakgrunn har bodd i Norge, jo bedre oppmøte har de både i Mammografiprogrammet og Livmorhalsprogrammet (381, 382). Det er spesielt lavt oppmøte i Livmorhalsprogrammet blant eldre innvandrerkvinner og innvandrerkvinner med dårlig økonomi. Kvinner med innvandrerbakgrunn som har kvinnelig fastlege, har høyere oppmøte i Livmorhalsprogrammet (381). Noen kvinner med innvandrerbakgrunn er negative til at en mannlig radiograf skal utføre mammografiundersøkelsen (383). Skam over å være omskåret er en mulig grunn til at kvinner fra land hvor kvinnelig omskjæring er utbredt, ikke tar celleprøve (381).

Invitasjonene til Mammografiprogrammet og Livmorhalsprogrammet kan også være en barriere for oppmøte. Informasjonen kan oppfattes som komplisert og er foreløpig kun tilgjengelig på norsk (383). Kvinner med innvandrerbakgrunn har tidligere etterlyst kortere informasjonsbrev med tydelige anbefalinger om å møte opp til undersøkelse (383). En intervensjonsstudie fra 2020 (384) viste at antallet kvinner med innvandrerbakgrunn som deltar i Livmorhalsprogrammet, økte når fastleger får konkrete anbefalinger om hvordan de skal nå ut til kvinner med innvandrerbakgrunn og ved å henge informasjonsplakater i venterommene. Kultursensitive informasjonsmøter om Livmorhalsprogrammet på andre språk enn norsk har også vist gode resultater, særlig blant kvinner fra Somalia og første-generasjonsinnvandrere (385).

falinger om hvordan de skal nå ut til kvinner med innvandrerbakgrunn og ved å henge informasjonsplakater i venterommene. Kultursensitive informasjonsmøter om Livmorhalsprogrammet på andre språk enn norsk har også vist gode resultater, særlig blant kvinner fra Somalia og første-generasjonsinnvandrere (385).

6.4.1.3 Kvinnelig omskjæring

På verdensbasis er over 200 millioner jenter og kvinner omskåret (386). Kvinnelig omskjæring er mest utbredt i deler av Afrika, Midtøsten og Asia. I Norge er alle typer kvinnelig omskjæring forbudt. Det er usikkert hvor mange omskårne jenter og kvinner som bor i Norge i dag, men det antas at tallet i 2013 var 17 300. Dette er hovedsakelig første- og annengenerasjonsinnvandrere som har blitt omskåret før de flyttet til Norge, og rundt halvparten har trolig gjennomgått type 3-omskjæring (387) (se boks 6.3). Type 3-omskjæring er spesielt utbredt i noen få land som Norge har en relativt stor andel migranter fra, herunder Somalia, Sudan og Eritrea (388). Videre er noen tusen jenter i Norge potensielt i risiko for å bli utsatt for omskjæring fordi de har bakgrunn fra land, regioner og/eller etniske grupper der praksisen er utbredt (387). 70 prosent av Oslos innbyggere med somalisk bakgrunn er imot alle former for kjønnslemlestelse, og unge norsksomalier ser på kvinnelig omskjæring som et menneskerettsbrudd (389, 390).

Boks 6.3 Ulike typer kvinnelig omskjæring

Kvinnelig omskjæring, også kalt kjønnslemlestelse, er en fellesbetegnelse for ulike typer av inngrep på jenter og kvinner hvor ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis, eller påføres annen varig skade, uten medisinsk begrunnelse.

Det er store forskjeller mellom land, regioner og etniske grupper når det gjelder hvilke typer kjønnslemlestelse som er vanlig. Verdens helseorganisasjon har delt kvinnelig omskjæring inn i fire ulike hovedtyper (391):

- | | |
|--------------------------|--|
| Type 1 – klitoridektomi: | delvis eller fullstendig fjerning av klitoris eller hudfolden over klitoris |
| Type 2 – eksisjon: | delvis eller fullstendig fjerning av klitoris og indre kjønnslepper, med eller uten fjerning av vev fra ytre kjønnslepper |
| Type 3 – infibulasjon: | innsnevring av skjedeinngangen ved at deler av de indre og/eller ytre kjønnsleppene skjæres bort og sys eller føyes sammen, slik at det dannes et hudsegl som stenger skjedeinngangen. Ofte fjernes også deler av klitoris |
| Type 4 – uklassifisert: | alle andre skadelige inngrep i kvinners kjønnsorgan av ikke-medisinske årsaker, for eksempel prikking, gjennomhulling, skjæring, skraping eller brenning |

Kvinnelig omskjæring kan ha alvorlige konsekvenser for seksuell og psykisk helse og for fødsel. Jenter og kvinner som er omskåret, er blant annet mer utsatt for urinveisinfeksjon, bakteriell vaginose¹ og smertefullt samleie enn jenter og kvinner som ikke er omskåret. De rapporterer også oftere om redusert seksuell lyst og lavere seksuell tilfredshet (392). I en norsk studie fra 2021 rapporterte 87 prosent av kvinnene som hadde gjennomgått type 3-omskjæring, om gynekologiske plager. Blant kvinnene som hadde gjennomgått type 1- og type 2-omskjæring, rapporterte henholdsvis 55 prosent og 70 prosent om gynekologiske plager (392).

Flere kvalitative studier rapporterer om svakheter ved behandlingstilbudet for omskårne jenter og kvinner i Norge. Det finnes derfor trolig et udekket behandlingsbehov blant omskårne jenter og kvinner i Norge, uavhengig av omskjæringstype, særlig blant yngre og ikke-gravide kvinner. En stor del av de omskårne kvinnene som får behandling, er gravide og blir henvist i forbindelse med svangerskapskontroller (392, 393).

Mange omskårne kvinner opplever usikkerhet, fordømmelse og manglende kunnskap blant norsk helsepersonell (392–394). Både helsepersonell og omskårne kvinner rapporterer om kommunikasjonsproblemer når det gjelder kvinnelig omskjæring (395). Helsepersonell tør sjelden å ta opp temaet med pasienten fordi de forventer at kvinner skammer seg over å være omskåret (394). På den annen side er det mange omskårne kvinner som opplever stigmatisering, og som ikke tør å ta opp temaet med helsepersonell, i frykt for å bli behandlet dårlig (390, 394). Skamfølelse og frykt blant omskårne kvinner kan dermed føre til at de ikke får hjelpen de trenger (390). I tillegg er det en relativt utbredt oppfatning blant omskårne kvinner at norsk helsepersonell mangler kompetanse om behandling (394).

Helsepersonell har ofte ikke nok kunnskap om eller opplæring i å håndtere kvinnelig omskjæring (395). Når jenter og kvinner får hjelp av kulturelt og klinisk kompetent helsepersonell, er det mer sannsynlig at de stoler nok på helsepersonellet til å fortelle om kulturelle behov og helsebehov (396).

Mange omskårne jenter og kvinner i aldersgruppen 16–25 år føler på skam og utilstrekkelighet, og de har behov for å ta avstand fra bildet av omskårne kvinner som svake og offer for kjønnslemlestelse (397). Mange har også behov

for å snakke om seksualitet med helsepersonell, men opplever manglende tilbud og psykoseksuell rådgivning i Norge. Omskårne jenter og kvinner er positive til psykoseksuell rådgivning og ville brukt tilbudet om det var tilgjengelig (392, 393).

6.4.2 Papirløse kvinner

Papirløse migranter er mennesker uten gyldig oppholdstillatelse i Norge (398). Siden papirløse ofte ikke er synlige for myndighetene, er det usikkert hvor mange papirløse som oppholder seg i Norge. Det anslås imidlertid at det er mellom 2400 og 18 000 papirløse i Norge (399, 400).

Alle som oppholder seg i Norge, inkludert papirløse, har rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente. Papirløse har derimot ikke rett til forebyggende helsehjelp, som for eksempel Mammografiprogrammet. Papirløse gravide har rett til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg samt abort. Papirløse må selv betale for helsehjelp, men helse-tjenesten kan ikke kreve forhåndsbetaling. Hvis papirløse ikke har mulighet til å betale, må helse-tjenesten dekke utgiftene (401). Utover tilbudet om øyeblikkelig hjelp er papirløse avhengig av helsetilbud fra ideelle organisasjoner. Det finnes helsesentre for papirløse i de to største byene i Norge (399). Helsesentrene for papirløse tilbyr gratis helsehjelp (402).

Papirløses liv i Norge preges av marginale levekår, dårlig økonomi, manglende selvbestemmelse og svært begrenset tilgang til helsehjelp (403). Papirløse har også ofte lav helsekompetanse, dårlige norskkunnskaper og mangel på kunnskap om sine rettigheter (399, 404). For papirløse kvinner er både de psykiske og fysiske helseproblemene ofte knyttet til betydelige levekårsutfordringer (405). Mange papirløse kvinner har en svært vanskelig bo- og arbeidssituasjon. Helseproblemene manifesteres ofte som hodepiner, muskelsmerter, magesmerter og søvn-vansker (405).

Papirløse lever ofte i skjul og i en hverdag preget av uro og frykt. En kvalitativ studie (404) viser at mangel på kunnskap og frykt for deportasjon hindrer mange papirløse fra å oppsøke den offentlige helsetjenesten. Blant annet hadde flertallet av de papirløse i studien ingen kunnskap om rettighetene til gravide. Over halvparten oppga frykt for at helseinstitusjonen skulle angi dem til politiet, som hinder for å oppsøke helsetjenesten. De papirløse som deltok i studien, oppgir at de har psykiske helseplager som konstant stress, redsel, søvnvansker, mareritt, depressive tanker og følel-

¹ Bakteriell vaginose er en ubalanse i den naturlige bakteriefloraen i skjeden

Boks 6.4 Kvinnestemme

«Det er vanskelig å ta vare på helsen uten oppholdstillatelse. Situasjonen og helsen blir verre og verre. Jeg har vært åtte år i Norge uten oppholdstillatelse. Jeg trenger alltid nødhjelp på grunn av situasjonen jeg lever i, men det er vanskelig å få hjelp uten papirer. Jeg har gått til legevakten. Jeg blir spurt om hvem jeg er, om ID og adresse som jeg ikke har. De sier «du kan ikke få hjelp her». Jeg tenker mye på dette. Jeg får stress og vondt i hele kroppen.

Jeg har hatt flere infeksjoner, har alltid hodepine og vondt på grunn av omskjæring jeg ikke

har fått hjelp med. I tillegg må jeg tenke på hvor jeg skal sove, hvordan jeg skal få mat.

I Norge føler jeg at kvinner ikke har noen verdi. Menn kan sove ute, men det kan ikke jeg som kvinne, da kan jeg bli utnyttet. Hos de jeg sover hos må jeg jobbe, gjøre ting. Det er ingen som skal åpne døren hvis ikke. Å pakke sakene mine hver dag for å flytte til et nytt sted gjør meg vondt. Det viktigste for et menneske er sted å bo og helsehjelp. Vi har ikke noe av det.»

Kvinne, 29 år

sen av håpløshet (404). I tillegg opplever noen papirløse gravide å bli nektet helsehjelp fordi helsepersonell mangler kunnskap om rettighetene deres (405).

En kvantitativ studie (406) viser at papirløse gravide i Norge har høy risiko (45,9 prosent) for uønskede hendelser under fødsel og barseltid. Studien fant 1 prosent risiko for dødfødsel, 10,3 prosent risiko for prematur fødsel og 19,3 prosent risiko for akutt keisersnitt. Mer enn en av fire av de gravide papirløse valgte å avbryte svangerskapet, hvilket kan tyde på dårlig tilgang til prevensjon. Kvinnene i studien var i snitt rundt 29 år, og de fleste kom fra Afrika sør for Sahara (37,6 prosent), EØS-området (24,9 prosent) og Asia-Stillehavsregionen (16,3 prosent) (406).

6.4.3 Nasjonale minoriteter

Norge har fem nasjonale minoriteter: kvener, jøder, skogfinner, romanifolket/tatere og romer. Det anslås at det bor mer enn 10 000 kvener, litt over 1000 jøder, noen 100 skogfinner, noen 1000 romanifolk/tatere og opp mot 1000 romer i Norge i dag (407).

Vi har lite forskningsbasert kunnskap om helsetilstanden og helsetjenestebehovet til de nasjonale minoritetene (350, 408). Stortingsmeldingen om nasjonale minoriteter i Norge (Meld. St. 12 (2020–2021)) presiserer at de nasjonale minoritetene skal ha gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Likevel vet vi lite om de nasjonale minoritetenes bruk av og behov for helse- og omsorgstjenester. Vi vet derimot at de nasjonale minoritetene har historisk erfaring med statlig diskriminering, assimilering og eksklude-

ring, hvilket kan påvirke deres forhold til offentlige myndigheter og hvordan og i hvor stor grad de oppsøker den offentlige helse- og omsorgstjenesten (408).

Vi har svært begrenset kunnskap om helsen til kvenske kvinner, romanikvinner og romkvinner og ingen kunnskap om helsen til jødiske og skogfinske kvinner (350). SAMINOR-undersøkelsene belyser helsen til kvener bosatt i de samiske bosettingsområdene. Ifølge undersøkelsen er det noe færre kvenske kvinner enn kvensk-samiske og øvrige kvinner, som vurderer helsen sin som svært god. Blant de kvensk-samiske kvinnene er det likevel flere som vurderer helsen sin som dårlig eller ikke god. Det er imidlertid store kvenske områder som ikke omfattes av SAMINOR-undersøkelsen, og det er derfor usikkert hvor godt data-materialet reflekterer situasjonen for den kvenske befolkningen som helhet (350).

Noen romanifolk/tatere har hatt høyere dødelighet enn befolkningen ellers. Romanifolk/tatere født mellom 1941 og 1955 som var i kontakt med Norsk misjon blant hjemløse², hadde mellom 1960 og 2013 en dødelighet som var mer enn tre ganger så høy som i resten av befolkningen. Denne gruppen er ikke representativ for alle romanifolk/tatere (350). I tillegg viser en historisk undersøkelse at minst 109 romanikvinner/taterkvinner ble tvangssterilisert fra 1930- til 1970-årene (409). En arbeidsgruppe nedsatt av regjeringen i januar 2003, mener det er grunn til å tro at romkvinner også kan ha blitt utsatt for tvangssterilisering (410).

² Norsk misjon blant hjemløse arbeidet med assimilering av romanifolket/tatere

Ifølge *Handlingsplan for å bedre levekårene for rom i Oslo*, har romer lite kontakt med helse-tjenesten. Romer rapporterer også om rusproblemer og utilstrekkelige helsetilbud (411). Det ser ut til at vold mot kvinner og barn er en utfordring i det norske rommiljøet. Samtidig opplever ikke romer at politiet eller andre institusjoner for voldsutsatte er tilgjengelige for dem (412). Svært få eller ingen romkvinner har fullført videregående opplæring, og mange eldre romkvinner kan ikke lese eller skrive norsk (354). Dette påvirker sannsynligvis kvinnes helse og helsekompetanse.

6.5 Kvinner som soner i fengsel

Det har vært økt medieoppmerksomhet rundt situasjonen i norske kvinnefengsler de siste årene. Helt siden Kvinnesoningsutvalget la fram sin rapport i 1989, har det vært kjent at kvinner ikke har like gode soningsforhold som menn. En undersøkelse gjennomført av Juridisk rådgivning for kvinner (JURK) i 2017, viser at kvinner fremdeles har dårligere soningsforhold enn menn. Det er blant annet store forskjeller mellom fengslene hvor kvinner og menn soner, i alt fra aktivitetstilbud til bygningsmasse og soningsplasser (413).

Kvinner utgjør om lag 5 prosent av alle innsatte. De siste ti årene har det årlig vært mellom 155–220 kvinner i norske fengsler. Med en fangepopulasjon som består av 95 prosent mannlige innsatte, er fengselsarkitektur, sikkerhet, aktiviteter og programvirksomhet i liten grad utformet med tanke på kvinnelige innsattes spesifikke behov og rettigheter.

En rekke levekårsstudier viser at innsatte, både menn og kvinner, generelt har dårligere levekår enn den øvrige befolkningen. Det er en vesentlig høyere forekomst av psykiske lidelser som angst, depresjon, ADHD, personlighetsforstyrrelser og psykose blant innsatte. 92 prosent av innsatte i fengsel har en psykisk lidelse og/eller personlighetsforstyrrelse og 65 prosent var rusmiddelavhengige før innsettelse (414). Flere undersøkelser har funnet en svært høy grad av samsykelighet av psykiske lidelser og rusavhengighet (ROP-lidelser) (414).

I en undersøkelse gjennomført av Senter for omsorgsforskning i region øst i 2021, rapporterte både helse- og omsorgstjenesten og fengslene at innsatte har mer omfattende psykiske lidelser, somatiske sykdommer, funksjonsnedsettelse og aldersrelaterte lidelser nå enn for 10–15 år siden (415).

Kvinner som soner i fengsel, er en heterogen gruppe med ulike behov. Det har over tid vært en økning av kvinner i fengsel som er psykisk syke, utagerende og som utøver selvskading (416). Dette skjer samtidig som antallet døgnplasser i psykiatrien er blitt halvert de siste 20 årene. Disse innsatte er det vanskelig å få lagt inn i psykiatriske institusjoner, og de blir ofte tilbakeført til fengsel etter svært kort tid med beskjed om at de ikke er psykotiske, eller medisineret for alvorlige psykiske lidelser. Ved flere tilfeller er alvorlig psykisk syke kvinner blitt overført til mannsfengsler fordi det mangler sikkerhetsceller i kvinneavdelinger og kvinnefengsler (417).

Kvinnelige innsatte påvirkes i høy grad av fengselet og de andre innsatte, ofte i negativ forstand. Utvalget besøkte Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt i september 2022. Under besøket ble utvalget gjort oppmerksom på utfordringene som oppstår når det ikke er plass til at kvinner med alvorlige psykiske helseutfordringer kan sone på egen, skjermet avdeling. Det er for eksempel noen psykisk syke, utagerende innsatte som lager så mye lyd om natten, at de uroer og holder de andre innsatte våkne. I en rapport fra Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) forteller kvinnelige innsatte at det påvirker dem negativt å være sammen med psykisk syke kvinnelige innsatte. En viktig komponent er lydnivået i fengsel med mange innsatte med psykiske plager og lidelser. Lyden av andre innsattes lidelse er en stor utfordring for fengslenes arbeid med å skape helsefremmende omgivelser (418).

Sivilombudsmannens rapport *Kvinner i fengsel* fra 2016 konkluderer med at kvinnelige innsatte ofte har andre helseplager enn menn, og derfor også et annet behov for helsetjenester. Kvinnelige innsatte har i større grad enn mannlige innsatte vært utsatt for seksuelle overgrep, en vond opplevelse som ofte fører til traumer, skam og skyldfølelse. Mange av de kvinnelige innsatte har negative opplevelser med menn, noe som kan gjøre det vanskelig å motta hjelp fra mannlig helsepersonell. Videre finnes det fortsatt celler for kvinnelige innsatte der det ikke er toaletter, hvilket er ytterligere belastende for kvinner som menstruerer eller er gravide (416).

Behovene er ulike og på flere områder betydelig mer omfattende for kvinner som soner i fengsel. Psykisk syke, utagerende og selvskadende innsatte har ikke et tilbud under soning som ivaretar deres individuelle behov og rettigheter på en god måte. Kvinnene dette gjelder har ofte særlig belastende soningsforhold, for eksempel på grunn av langvarige rusmiddellidelser, følelse av

skam, overgrep og angst. Det gir seg ofte uttrykk i selvskading, selvmordsforsøk, avvikende atferd, vold, utagering og trusler. I mangel av andre alternativer blir denne atferden ofte møtt med isolasjon, utelukkelse eller tvangsmiddelbruk, noe som igjen fører til dårligere psykisk helse hos den innsatte (417).

6.6 Kvinner med nedsatt funksjonsevne

Nedsatt funksjonsevne viser til «tap av, skade på eller avvik i en kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner» (419). Dette kan for eksempel dreie seg om nedsatt kognitiv funksjon eller nedsatt bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon. Personer med nedsatt funksjonsevne trenger ikke nødvendigvis å være funksjonshemmet. En funksjonshemning oppstår i spillet mellom individ og samfunn, «når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming eller krav til funksjon» (419).

Det finnes lite norsk forskning om helsen til kvinner med nedsatt funksjonsevne, og det er derfor ikke mulig å gi et helhetlig bilde av deres helsetilstand (420). Basert på norsk og internasjonal forskning vet vi at kvinner med nedsatt funksjonsevne møter særskilte utfordringer, og er mer utsatt for noen helseutfordringer enn kvinner generelt.

Rundt 17 prosent av den norske befolkningen har nedsatt funksjonsevne³. Det er en større andel kvinner enn menn som har nedsatt funksjonsevne (419). Personer med nedsatt funksjonsevne har lavere subjektiv livskvalitet enn den øvrige befolkningen. De er mindre fornøyde med bosted, fritid, økonomisk situasjon og livet generelt. De opplever også mindre mestring, mening, optimisme og engasjement enn befolkningen ellers (421). Personer med nedsatt funksjonsevne har lavere arbeidslivsdeltakelse og dårligere økonomi. Bare 41 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne i yrkesaktiv alder, er sysselsatt (422).

Personer med nedsatt funksjonsevne oppgir i større grad enn befolkningen ellers at de har dårlig helse (423). I 2020 oppga 37 prosent av kvinner

Boks 6.5 Kvinnestemme

«Funksjonshemningen min gjør at jeg ofte er innom helsevesenet og ulike tjenestetilbud. Det er så mange ganger det biologiske kjønn mitt har spent bein på meg i møte med helsetjenestene. For eksempel var det legen som mente jeg bare var stresset, det var ingen grunn til at jeg ikke skulle dra på ferie. Jeg kjente kroppen min, mente den varslende om alvorlig sykdom, men kanskje var jeg bare engstelig? Så jeg dro. Ikke lenge etter ankomst ble jeg hentet med luftambulans, livstruende infeksjon og alvorlige komplikasjoner. At infeksjonen ikke ble tatt tidlig nok, førte til tre blodpropper som jeg ennå bærer med meg konsekvensene av. Jeg var tross alt bare redd og engstelig. Det var ikke første og neppe siste gang jeg blir avskrevet uten å bli tatt på alvor. Den konstante undervurderingen av smertene mine og beskjeden om at symptomene handler om stress og engstelse, har gjort at jeg ofte venter lenge med å søke hjelp. Orker ikke å bli avvist. Jeg som tar de tøffeste karusellene på Tusenfryd, og aldri er redd for en utfordring, jeg føler meg aldri engstelig. Jeg trenger et helsevesen som tar meg på alvor og lytter til meg, ikke kjønn mitt.»

Person med vulva, 33 år

med funksjonsnedsettelse at de hadde dårlig helse, mot 10 prosent av kvinner i befolkningen generelt (423). Nesten 30 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne i alderen 20–66 år oppga i 2019 at de hadde betydelige psykiske vansker. Til sammenlikning rapporterte 10 prosent av befolkningen som helhet at de hadde slike vansker. Blant kvinner med nedsatt funksjonsevne opplever nesten en av tre betydelige psykiske vansker, mens en av fire menn med nedsatt funksjonsevne rapporterer om det samme (419, 423). Dobbelt så mange med nedsatt funksjonsevne er ensomme, sammenliknet med befolkningen for øvrig (423).

Personer med nedsatt funksjonsevne er mer utsatt for diskriminering, vold og overgrep enn befolkningen generelt. En av tre personer med nedsatt funksjonsevne oppgir at de har blitt diskriminert det siste året. Nesten 10 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne har vært utsatt for vold eller trusler, sammenliknet med 4 prosent av

³ SSB baserer tallet på følgende spørsmål: «I tillegg har vi noen spørsmål om funksjonshemning. Med funksjonshemning menes varige helseproblemer som kan medføre begrensninger i det daglige liv. Det kan for eksempel være nedsatt syn, hørsel eller bevegelighet, lese- og skrivevansker, hjerte- eller lungeproblemer, psykiske lidelser osv. Har du etter din mening en funksjonshemning?»

den generelle befolkningen (424). Kvinner med nedsatt funksjonsevne er særlig utsatt for overgrep som finner sted innenfor ulike institusjoner, blant annet helseinstitusjoner (425). En studie fra 2021 (426) viser at hele 11 prosent av blinde og svaksynte i Norge har vært utsatt for seksuelle overgrep. Andelen er dobbelt så høy som i den seende befolkningen. Synshemmede kvinner er særlig utsatt, hele 17 prosent har vært utsatt for seksuelle overgrep (426).

Personer med nedsatt funksjonsevne bruker betydelig mer av nesten alle typer helsetjenester enn befolkningen generelt. Kvinner med nedsatt funksjonsevne benytter helsetjenester i større grad enn menn med nedsatt funksjonsevne. I gjennomsnitt bruker personer med nedsatt funksjonsevne nesten 70 prosent mer penger på helsetjenester og medisiner enn den øvrige befolkningen (427). Likevel er det en høyere andel personer med nedsatt funksjonsevne som har et udekket behov for legetjenester, tannhelsetjenester og psykiske helsetjenester enn i befolkningen generelt (423).

6.7 Skeive kvinner

Skeiv er et paraplybegrep for personer som bryter med forventninger til kjønn og seksualitet. Det er også vanlig å bruke forkortelsen «LHBT» som står for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (se boks 6.6). Skeive kvinner inkluderer dermed lesbiske og bifile kvinner samt transkvinner. I dette delkapitlet fokuserer vi hovedsakelig på lesbiske og bifile kvinner, men vi anerkjenner at transpersoner møter en rekke særskilte utfordringer relatert til helse og helsetjenesten. Sykdommer som rammer mennesker som ble registrert som jente ved fødselen, vil imidlertid kunne ramme transmenn som ikke har gjennomgått kjønnskorrigerende kirurgi. Heteronormativitet i helsetjenesten er også en utfordring som alle skeive, inkludert transpersoner, kan møte. Dette kan bidra til minoritetsstress og skape terskler for åpenhet både i og utenfor helsetjenesten.

Statistisk sentralbyrå anslår at 6,9 prosent av befolkningen i alderen 18–79 år er LHBT-personer. Det tilsvarer om lag 280 000 personer. Den skeive befolkningen er forholdsvis ung. Hele 35 prosent av alle voksne LHBT-personer er under 30 år, og nesten halvparten av alle bifile er under 30 år (429). 11 prosent av personer i alderen 18–30 år er skeive. Som gruppe har skeive noe dårligere levekår enn ikke-skeive. Færre er i arbeid, og

Boks 6.6 Skeiv ordliste

Heterofile: personer som kan bli forelsket i og/eller seksuelt tiltrukket av et annet kjønn

Lesbiske: kvinner som kan bli forelsket i og/eller seksuelt tiltrukket av kvinner

Bifile: personer som kan bli forelsket og/eller seksuelt tiltrukket av mer enn ett kjønn

Cispersoner: personer som identifiserer seg med det biologiske kjønn de er født med

Transpersoner: personer som har et utseende eller identitet som bryter med det samfunnet forventer av dem på grunnlag av det biologiske kjønn de er født med

Transkvinner: personer som ved fødsel ble registrert som gutt, men som har kvinnelig kjønnsidentitet

Kjønnsidentitet: personers egen opplevelse av hvilket kjønn de er. Noen føler seg som kvinne eller mann, noen som både kvinne og mann, og noen som ingen av delene

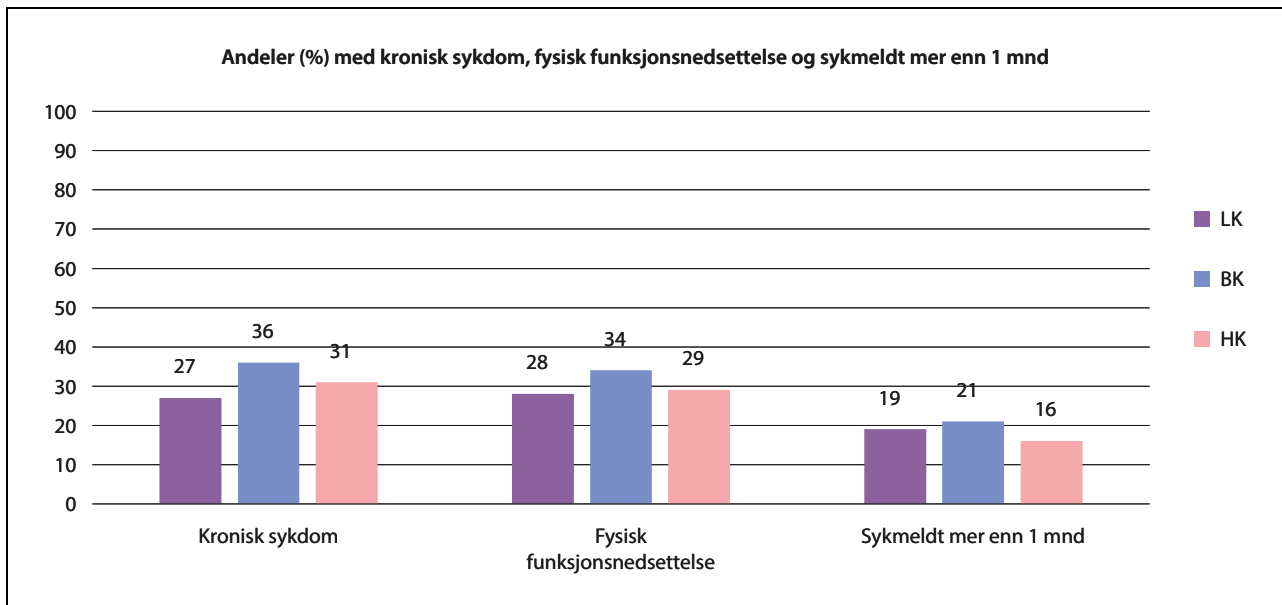
Heteronormativitet: antakelsen om at alle er heterofile og ciskjønnete. Dette handler ikke om bevisst forskjellsbehandling på individnivå, men at majoritetssamfunnet tar det for gitt at det som gjelder for de fleste, gjelder for alle.

Kilder: (51, 428)

flere har dårlige boforhold (430). Forekomsten av materielle mangler og liten økonomisk romslighet er høyere blant skeive enn i befolkningen generelt (429).

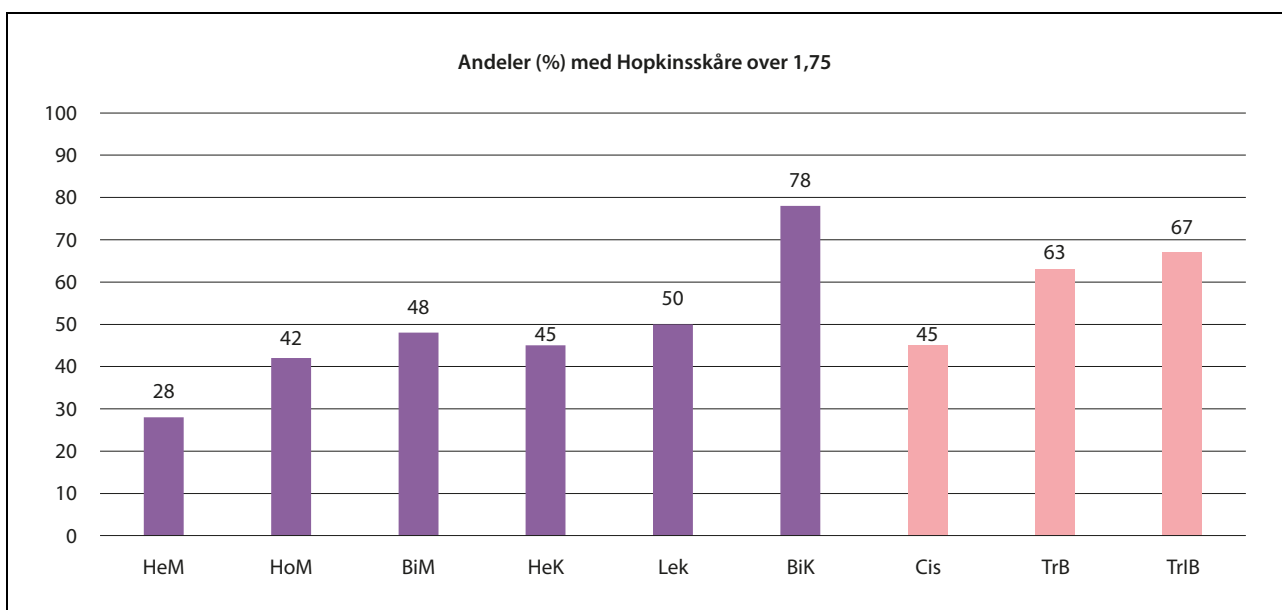
De aller fleste skeive kvinner har generelt god helse (431). Som gruppe har skeive allikevel dårligere helse enn befolkningen generelt. Skeive er blant gruppene som oppgir lavest livskvalitet, og som er minst fornøyde med livet (430). Bifile kvinner er særlig utsatt. Bifile kvinner har dårligere selvurdert helse, og mer kronisk sykdom og fysisk funksjonsnedsettelse enn lesbiske og heterofile kvinner. Det er også høyere forekomst av langtidssykmelding blant bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner (se figur 6.1) (431).

Noen grupper av skeive kvinner har dårligere psykisk helse enn heterofile og cispersoner (se figur 6.2). En av tre skeive er lite tilfreds med egen psykiske helse (432). Blant bifile kvinner er andelen med betydelig psykisk symptombelast-



Figur 6.1 Kronisk sykdom, fysisk funksjonsnedsettelse og langtidssykemelding. Prosentandeler (431).

Figuren viser andelen lesbiske kvinner (LK), bifile kvinner (BK) og heterofile kvinner (HK) med ulike helseproblemer. Merk at figuren viser gruppenes svar uten hensyn til skjevheter i gruppene når det gjelder alder, utdanning og inntekt.



Figur 6.2 Symptomer på depresjon og angst i løpet av de siste 14 dagene, etter seksuell orientering (433).

Figuren viser andelen heterofile menn (HeM), homofile menn (HoM), bifile menn (BiM), heterofile kvinner (HeK), lesbiske kvinner (LeK), og bifile kvinner (BiK) med betydelige psykiske plager. Merk at det er skjevheter i utvalget når det gjelder alder, inntekt, utdanningslengde og yrkesdeltakelse.

ning signifikant høyere enn blant heterofile og lesbiske kvinner. Blant transpersoner var tilsvarende andel signifikant høyere enn blant cispersoner. Sammenliknet med heterofile og lesbiske kvinner var andelen bifile kvinner som hadde hatt selvmordstanker i løpet av livet, signifikant høyere. Tilsvarende var andelen bifile kvinner som i løpet

av hele livet hadde gjort selvmordsforsøk, signifikant høyere sammenliknet med heterofile og lesbiske kvinner (433). Ifølge en studie fra 2018 (434) var alle lesbiske og bifile kvinner som hadde forsøkt å ta sitt eget liv i Agder, under 25 år ved første selvmordsforsøk. Det kan tyde på at unge skeive er en særlig sårbar gruppe.

Flere studier viser at depressive symptomer forekommer oftere blant skeiv ungdom enn blant heteroseksuell ungdom. Forskjellen gjør seg gjeldende allerede ved 10-årsalderen og er høyere blant jenter enn blant gutter (435). Skeiv Ungdoms hjelpetjeneste Ungdomstelefonen er et anonymt lavterskeltilbud for unge som har behov for å snakke med noen om alt fra følelser og seksualitet, til trakassering og seksuelle overgrep. I 2021 var åtte av ti som kontaktet Ungdomstelefonen under 18 år, og 67 prosent var skeive. Jenter stod for 60 prosent av henvendelsene. De tre vanligste temaene er sex (20 prosent), seksuell orientering (16 prosent) og psykisk helse (16 prosent). Siden 2014 har Ungdomstelefonen fått over 500 henvendelser om mobbing, seksuell trakassering og seksuelle overgrep. Tallene kan tyde på at mange skeive under 18 år har et stort behov for å snakke med noen, og at det kan være utfordrende å finne noen å snakke med (436).

De aller fleste skeive kvinner har fortalt om sin seksuelle orientering til andre (433). Andelen er høyere blant lesbiske enn blant bifile kvinner, og kvinnene har høyere grad av åpenhet enn menn. Men åpenhet om seksuell orientering er ikke noe som skjer en gang for alle. Også blant skeive kvinner som rapporterer stor grad av åpenhet, forekommer situasjoner i dagliglivet hvor åpenhet ikke kjennes relevant eller trygt (437). Det er få lesbiske kvinner som skjuler sin seksuelle orientering helt for alle, men disse kvinnene har større psykisk symptombelastning enn lesbiske kvinner som er åpne (431). Noen lesbiske og bifile kvinner oppgir at de unngår å være åpne om sin seksuelle orientering i møte med helsetjenesten (433). Enkelte skeive eldre begynner også å skjule sin seksuelle orientering igjen når de flytter på sykehjem (438). Åpenhet om seksuell orientering er først og fremst viktig for å bli sett som den man er, men også for å kunne fortelle helsepersonell om omstendigheter og hendelser i livet som kan påvirke helsen, som for eksempel kjærlighetssorg, utfordringer i parforholdet eller diskriminering. Seksuell orientering er også relevant for seksuell og reproduktiv helse og psykisk helse (439).

Holdninger og kompetanse blant helsepersonell er derfor viktig. Noen lesbiske kvinner rapporterer om ukomfortable opplevelser med helsepersonell etter å ha fortalt om sin seksuelle orientering (439). Alle pasienter, også skeive, skal møtes av helsepersonell med forståelse og respekt. Helsepersonell bør bruke kjønnsnøytralt språk og ikke ta for gitt at pasienten er heteroseksuell (439). Helsearbeidere trenger kunnskap

og kompetanse på kjønns- og seksualitetsmangfold for at tjenestene og omsorgen skal være god og relevant. Levekårsundersøkelsen blant skeive i Agder viste at de fleste skeive har et inntrykk av at LHBT-kompetansen i helsetjenesten er mangelfull. Heteronormativitet i helsetjenesten kan bidra til ulikhet i helse og helsetilbud (434).

Andelen bifile kvinner som rapporterer ulike helseproblemer, er høyere enn blant lesbiske og heterofile kvinner. Samtidig er færre bifile kvinner fornøyd med helsehjelpen de har mottatt, sammenliknet med lesbiske og heterofile kvinner. Dette kan bety at bifile kvinner med alvorlige helseproblemer, ikke får god nok helsehjelp på grunn av mangel på kunnskap og kompetanse hos fastlegen, og/eller fordi fastlegen ikke kjenner til pasientens seksuelle orientering. Helsetjenesten har fortsatt et forbedringspotensial i møte med lesbiske og bifile kvinner (431) for å oppnå likeverdige offentlige tjenester (440). Det ser allikevel ut til at lesbiske, bifile og heterofile kvinner oppsøker fastlegen like hyppig (431).

6.8 Kvinner som selger seksuelle tjenester

Sexarbeidere er ingen ensartet gruppe, men består av personer av alle kjønn, seksuell identitet og kjønnsuttrykk, som av ulike grunner selger seksuelle tjenester på forskjellige arenaer (441, 442). Sexarbeid kan foregå på gaten, via internett, på et bordell, på et massasjeinstitutt eller gjennom byttehandel. Det kan være organisert eller selvstendig drevet. Mens noen er sexarbeidere av egen vilje, er andre ofre for menneskehandel (442, 443). Sexarbeidere har dermed ulike utfordringer og ulike behov. I denne delen ønsker vi å belyse noen sentrale helseutfordringer som mange kvinner som selger seksuelle tjenester i Norge, opplever.

Prostitusjonsmarkedet har endret seg mye de siste 20 årene (444). Det er få svært unge sexarbeidere i Norge i dag (443). Siden begynnelsen av 2000-tallet har det blitt færre norske kvinner med rusmiddellidelser og flere migrantkvinner som selger seksuelle tjenester (444). De fleste som selger seksuelle tjenester i Norge, er migranter (442). En stor andel av kvinnene har ikke fast opphold og dermed ingen rettigheter i Norge (442). Kvinner fra Nigeria utgjør den største enkeltgruppen av utenlandske sexarbeidere og mange er trolig ofre for menneskehandel (445). Menneskehandel og sexarbeid blir ofte blandet sammen fordi menneskehandel også forekommer i sexsalget. Resultatet er at prostitusjonsspørs-

målet ofte reduseres til bare å handle om menneskehandel (441).

Pro Sentret er et nasjonalt kompetansesenter for prostitusjon som også tilbyr tjenester for personer med prostitusjonserfaring (446). I 2014 var 90 prosent av pasientene ved Pro Sentret fra andre land enn Norge, og pasientene har ofte dårlige norsk- og engelskkunnskaper. Noen bruker tilbudet ved Pro Sentret i tillegg til ordinære helse-tjenester, men for mange er tilbudet ved senteret det eneste de har utover øyeblikkelig helsehjelp (447).

Livet til pasientene ved Pro Sentret preges ofte av stress, dårlig kosthold og uro over seksuell helse, økonomi, boligsituasjon og familie i hjemlandet. Mange av problemene pasientene søker hjelp for, er derfor stress- og livsstilsrelaterte og ikke direkte knyttet til sexsalget i seg selv (447). Imidlertid er sexarbeidere i hele verden betydelig utsatt for hivsmitte og andre seksuelt overførbare infeksjoner (441).

Kvinner som selger seksuelle tjenester, er også betydelig mer utsatt for trusler, trakassering, og vold, inkludert seksuell vold og voldtekt, enn befolkningen ellers. To av tre kvinner som selger seksuelle tjenester, har opplevd vold, trusler og trakassering i eller utenfor prostitusjonen (448). En av tre har blitt truet eller tvunget til å ha uavtalt sex, og hele 29 prosent har blitt utsatt for voldtekt. Over halvparten har opplevd vold relatert til sexarbeid (448). Mange opplever psykosomatiske plager som tilbakevendende mareritt, smerter i ulike deler av kroppen, hodepine, søvnproblemer og flashbacks (449). Mange er også redde for å bli utsatt for voldtekt, og frykten preger hverdagen deres (448).

Samtidig oppgir mange kvinner som selger seksuelle tjenester, at terskelen er høy for å be om hjelp (442). Mange frykter for å bli stigmatisert eller avvist hvis de oppsøker hjelp. Kvinner som selger sex, er en stigmatisert gruppe, og stigmatisering påvirker kvinnes selvbylde, selvtilit og hjelpesøkende atferd. I 2012 hadde kun 10 prosent fått hjelp ved sykehus etter en voldshendelse, og bare 3 prosent hadde fått hjelp ved legevakt (442). Redsel for stigmatiserende holdninger i helse-tjenesten er en av de største barrierene for å be om hjelp. Terskelen for å oppsøke politi, helsetjenesten og hjelpetiltak er spesielt høy for migranter, særlig migranter uten lovlig opphold (442).

6.9 Utvalgets vurdering

Utvalget merker seg at det mangler kunnskap om helsen til de fleste gruppene av kvinner som er

omtalt i dette kapitlet. Det finnes særlig lite forskningsbasert kunnskap om helsen til kvinner fra de nasjonale minoritetene. Det er gode grunner til at det ikke registreres informasjon om etnisitet i offisiell statistikk i Norge. I stedet kan disaggregerte data knyttet til situasjonen til personer som tilhører nasjonale og etniske minoriteter, samles inn gjennom forskning utført av eller i samarbeid med personer som selv er minoriteter. Utvalget mener det også er viktig å samle inn disaggregerte data på funksjonsevne, kjønnsidentitet og seksuell orientering.

Videre er det behov for mer forskning for å finne ut om, og eventuelt hvordan, diskriminering påvirker helsen til personer med minoritetsbakgrunn i Norge. Utvalget understreker at alle gruppene i dette kapitlet opplever diskriminering, og det kan være skadelig for helsen både direkte og indirekte. Forebygging av diskriminering vil etter utvalgets vurdering slik være helsefrem-mende for både kvinner og menn i Norge.

6.9.1 Helsekompetanse

Helsekompetanse skaper forutsetninger for god helse. Enkelte grupper har lavere helsekompe-tanse enn befolkningen ellers. Utvalget understreker viktigheten av å følge opp *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen* (2019–2023), som blant annet oppfordrer helse- og omsorgs-tjenesten til å sørge for å tilpasse kommunikasjon etter brukernes helsekompetanse (361). Dette kan blant annet bidra til å forebygge svanger-skaps- og fødselskomplikasjoner blant innvandrer-kvinner og å øke innvandrerkvinnens deltakelse i Mammografi- og Livmorhalsprogrammet.

For å bidra til styrket helsekompetanse mener utvalget det er hensiktsmessig å samle forskning og kunnskap om kvinners helse på én digital por-tal. Utvalget mener dette vil bidra til å styrke helsekompetansen blant kvinner, og økt kunnskap om kvinnehelse blant helsepersonell i Norge. Målet med portalen vil være å gjøre forskning til-gjengelig for allmennheten ved å samle og syste-matisere forskning om kvinners helse og kjønns-forskjeller i helse i et livsløpsperspektiv. Ved å for-midle kunnskap som ellers kan være vanskelig til-gjengelig, vil portalen øke folks mulighet til å ta bedre vare på egen helse og å gjøre gode valg.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 21 Oppdatere nåværende og gi ny kjønns-spesifikk informasjon på Helsenorge.no; 22 Etablere en digital kvinnehelse-portal for formidling av kunnskap om kvinnehelse; og 23 Øke helsekompetansen til ulike befolknings-grupper.

6.9.2 Komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid

Utvalget mener at høyere risiko for svangerskaps- og fødselskomplikasjoner blant innvandrerkvinner kan tyde på at helse- og omsorgstjenesten i for liten grad er tilpasset denne gruppen. Helsepersonell har behov for mer kulturell kompetanse og kunnskap om utfordringer innvandrerkvinner opplever.

Papirløse gravide er en særlig sårbar gruppe med høy risiko for uønskede hendelser under fødsel og barseltid. Utvalget mener derfor at papirløse gravide må gis eksplisitt rett til helsetjenester i kommune- og spesialisthelsetjenesten i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel. Disse helsetjenestene må være gratis. I tillegg bør det etableres informasjonssystemer som bidrar til at også papirløse migranter blir kjent med sine rettigheter. Dette vil gjøre det enklere for papirløse som selger seksuelle tjenester, å oppsøke helsetjenesten.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 43 Styrke tilbudet om flerkulturell doula for gravide; og 44 Sikre

papirløse gravide rett til helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel.

6.9.3 Kvinner som soner i fengsel

Ansatte i kriminalomsorgen har ikke helsefaglig utdanning, kompetanse, ressurser eller tilstrekkelig kunnskap til å ivareta og følge opp alvorlig psykisk syke kvinnelige innsatte på en tilfredsstillende måte. Det er etablert en ny nasjonal forsterket fellesskapsavdeling ved Ila fengsel og forvaringsanstalt for mannlige innsatte med sterkt aggressiv atferd og psykiske lidelser (450). Det finnes ingen tilsvarende tilrettelagt avdeling for de mest sårbare kvinnene. Utvalget mener det er behov for å etablere en nasjonal forsterket fellesskapsavdeling for kvinnelige innsatte. En slik avdeling vil bidra til å gi et bedre tilbud til kvinnene som har særskilt behov for oppfølging.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 48 Sikre et likeverdig helsetilbud for de mest sårbare kvinnene i norske fengsel.

Kapittel 7

Håndtering av kjønnsforskjeller i helse

7.1 Innledning

Et hovedspørsmål i utvalgets mandat er å vurdere hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektivet blir håndtert i folkehelsearbeidet, i helse- og omsorgstjenesten, og i helsefaglig forskning og utdanning. Det presiseres i mandatet at utvalget skal gjennomgå politiske initiativ som handlingsplaner og strategier. Formålet med gjennomgangen er å avdekke mangler når det gjelder ivaretagelse av kjønnsperspektivet.

I dette kapitlets første del har utvalget gått gjennom tre hovedområder: rettslige rammer, sentralforvaltningens oppgaver og virkemidler, samt kunnskap som foreligger om hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektiv ivaretas i dagens helsesystem.

Utvalget har tatt utgangspunkt i målsetningen om at *alle i Norge, uavhengig av kjønn, skal ha likeverdige muligheter til god helse og livskvalitet*. Det er ikke et mål at alle skal behandles likt, men at alle skal tilbys gode, tilpassede og likeverdige helse-tjenester, uavhengig av kjønn. Utvalget legger til grunn at god håndtering av kjønnsforskjeller og kjønnsperspektiv i helse bygger på kunnskap om at helseutfordringer hos kvinner og menn kan arte seg ulikt. Som omtalt i kapittel 4, kan slike ulikheter i helseutfordringer handle om risikofaktorer, symptomer, sykdomsforløp og behandling.

I siste del av kapitlet vurderer utvalget hvorvidt og hvordan kjønnsforskjeller- og kjønns-perspektivet ivaretas i folkehelsearbeidet, i helse- og omsorgstjenesten og i helsefaglig forskning og utdanning.

7.2 Rettslige rammer

I Norge skal alle ha likeverdig tilgang til nødvendig og forsvarlig helsehjelp, uavhengig av hvem man er. Det er ikke tillatt å diskriminere personer ved tildeling av helsetjenester. Å forskjells-behandle mennesker på grunn av kjønn er ett av flere diskrimineringsgrunnlag. Forbudet mot dis-

kriminering gjelder for helse- og omsorgstjenesten på lik linje med alle andre sektorer i samfunnet.

Helse- og omsorgstjenesten er rettslig regulert, og som pasient har enkeltindividet en rekke rettigheter. Disse rettighetene finner vi i hovedsak i pasient- og brukerrettighetsloven, som gir regler om forholdet mellom pasienten/brukeren og helse-tjenesten (69). I tillegg stiller helse- og omsorgs-tjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og helse-personelloven krav til virksomheter og helse-personell som yter helse- og omsorgstjenester (451–453). Flere av helselovene har som formål å bidra til lik tilgang til helse- og omsorgstjenester. I formålsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 første ledd framgår det at lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgs-tjenesten (69). Med lik tilgang til tjenester menes at befolkningen skal sikres helse- og omsorgs-tjenester uavhengig av alder, kjønn og bosted samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status. Dette stiller krav om en organisering av helse- og omsorgstjenesten som hindrer urettmessig forskjellsbehandling og ulikhet i tjenestetilbudet, og som legger til rette for profesjonalitet og forsvarelig.

Bestemmelsene som gir rettigheter til pasienter og brukere er som hovedregel kjønnsnøytrale. Rettighetssubjektet er formulert som pasient, bruker eller pårørende (68). Det finnes noe særregulering i lovgivningen hvor kvinner eller menn gis rettigheter begrunnet i biologiske forskjeller som skaper et ulikt medisinsk behov for helsetjenester. Eksempler er fødetilbud, sterilisering og urologisk helse-tilbud. Lovgivningen gir ikke adgang til å ekskludere individer som har rett til nødvendig helsehjelp basert på vektlegging av hvilket kjønn personen har. Kjønn kan heller ikke vektlegges ved tildeling av knappe helseressurser, for eksempel når en mann eller kvinne på lik linje fyller vilkårene for å få tildelt helsehjelp.

Lov om likestilling og forbud mot diskriminering har, ifølge § 1, som formål å fremme like-

stilling og hindre diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person (68).

I samme bestemmelse andre ledd står det at: «Med likestilling menes likeverd, like muligheter og like rettigheter. Likestilling forutsetter tilgjengelighet og tilrettelegging.» Videre framgår det at: «Loven tar særlig sikte på å bedre kvinners og minoriteters stilling», jf. § 1 tredje ledd, første punktum. Forbudet mot diskriminering finner vi i samme lov § 6, hvor bestemmelsens første ledd lyder: «Diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder eller kombinasjoner av disse grunnlagene er forbudt.» Den siste delen av bestemmelsen peker på at flere diskrimineringsgrunnlag kan samvirke og påvirke personers leve- og livsvilkår. Det framgår av likestillings- og diskrimineringsloven § 2 at loven gjelder på alle samfunnsområder, også innen helse- og omsorgssektoren (68).

Likestillings- og diskrimineringsloven § 24 omhandler offentlige myndigheters aktivitets- og redegjørelsesplikt. Alle offentlige myndigheter er lovpålagt å jobbe aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering. Offentlige myndigheter skal vurdere situasjonen, iverksette tiltak og jobbe forebyggende for likestilling og mot diskriminering, selv om det ikke har blitt avdekket at noen har blitt diskriminert.

Offentlige myndigheter har også plikt til å redegjøre for hvordan de jobber for å «omsette prinsipper, prosedyrer og standarder for likestilling og ikke-diskriminering til handling. Offentlige myndigheter skal vurdere resultatene som er oppnådd, og opplyse hvilke forventninger de har til dette arbeidet framover» (68). Redegjørelsen skal publiseres i årsrapport, årsberetning eller i et annet offentlig tilgjengelig dokument.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har utarbeidet en veileder for offentlige myndigheters arbeid med aktivitets- og redegjørelsesplikten, med forslag til indikatorer på helsemyndighetsområdet. Foreslåtte indikatorer som omhandler kjønn inkluderer forskning og kunnskap om helse i et kjønnsperspektiv, tilfredshet med helsetjenester og omfang av seksuell trakassering i helsetjenester. Listen over mulige indikatorer er ikke uttømmende, men gir forslag til hvordan

offentlige helsemyndigheter kan vurdere tilstanden for likestilling i egen sektor.

7.2.1 Folkerettslige forpliktelser

Den offentlige helse- og omsorgstjenesten har plikt til å ivareta internasjonale forpliktelser, menneskerettighetene, i møte med pasienter og brukere. Dette er rettslig regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. I § 1-1 andre ledd framgår det at: «Lovens bestemmelser skal ivareta respekten for den enkeltes pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd» (69).

Menneskerettighetene gir uttrykk for grunnleggende verdier og sikrer en felles internasjonal standard for statlige myndigheters forpliktelser overfor individene. Menneskerettighetene bygger på det grunnsyn at alle mennesker er født frie, og med samme menneskeverd. Likhet og ikke-diskriminering er derfor helt sentrale menneskerettslige prinsipper. Det er en menneskerett å ikke bli diskriminert på grunn av sitt kjønn, og ha like rettigheter uavhengig av kjønn.

Norge har ratifisert flere internasjonale konvensjoner og er folkerettslig forpliktet til å oppfylle kravene som disse konvensjonene stiller. Dette gjelder blant annet FNs Kvinnekonvensjon (CEDAW), FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen), og Europarådets konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner (Istanbul-konvensjonen) (454, 455).

Kvinnekonvensjonen skal sikre at kvinner har de samme rettighetene som menn. Artikkel 12 nr. 1 i konvensjonen pålegger Norge «å treffe alle egnede tiltak for å avskaffe diskriminering av kvinner innenfor helsevernet, slik at adgang til helsetjenester, herunder familieplanlegging, blir sikret på grunnlag av likestilling mellom menn og kvinner». Artikkel 12 nr. 2 pålegger Norge å «trygge kvinner egnete helsetjenester i samband med graviditet, fødsel og tiden etter fødselen, samt å sørge for gratis pleie der det trengs, så vel som riktig ernæring under graviditet og amming». Norge rapporterer regelmessig hva som gjøres for å imøtekomme konvensjonens bestemmelser, som blir vurdert av FNs kvinnekommisjonskomité.

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 6 skal sikre at kvinner med funksjonsnedsettelse får oppfylt sine menneskerettigheter. Konvensjonen anerkjenner at kvinner og jenter med nedsatt funksjonsevne kan være utsatt for diskriminering på flere grunnlag samtidig (multiplert diskrimine-

ring). Staten er derfor pålagt å treffe alle hensiktsmessige tiltak for å sikre at kvinner fullt ut får realisert sine menneskerettigheter og friheter.

Barnekonvensjonen gir alle barn og unge under 18 år, uavhengig av hvem de er og hvor de bor, rett til å ha en trygg og god oppvekst. Artikkel 19 nr. 1 pålegger Norge å treffe alle egnede tiltak for å beskytte barn mot alle former for fysisk eller psykisk vold. Artikkel 24 nr. 2b pålegger Norge å sikre at det ytes nødvendig helsehjelp og helseomsorg til alle barn, med vekt på utvikling av kommunehelsetjenesten (456).

Istanbul-konvensjonen har som formål å beskytte kvinner mot alle former for vold, og å forebygge, påtale og bekjempe alle former for vold mot kvinner og vold i nære relasjoner. Konvensjonen skal også medvirke til å avskaffe alle former for diskriminering av kvinner og fremme reell likestilling mellom kvinner og menn. Konvensjonen konkretiserer myndighetenes ansvar for forebygging av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner.

7.2.2 EØS-retten

Som medlem av EØS har Norge en rekke folkerettslige forpliktelser. EØS-avtalens hoveddel er implementert i norsk rett som norsk lov gjennom EØS-loven (457). EØS-retten er av dynamisk karakter og i stadig utvikling. Norge er forpliktet til å inkorporere rettsakter (for eksempel forordninger og direktiver) som blir vedtatt i EU. Disse rettsaktene blir en del av norsk rett ved innføring og er bindende for Norge. Det er vedtatt flere likestillingsdirektiver som omhandler kjønnsdiskriminering, som del av EØS-avtalen.

7.3 Kjønn i norsk helse- og omsorgspolitik

Det overordnede ansvaret for likestillings- og diskrimineringsfeltet, inkludert diskriminering på grunnlag av kjønn, er plassert i Kultur- og likestillingsdepartementet. I det daglige arbeidet med å sikre likeverd mellom kjønnene og hindre diskriminering ligger imidlertid sektoransvarsprinsippet til grunn. Helse- og omsorgsdepartementet har overordnet ansvar for likeverdige helse- og omsorgstjenester.

Sektoransvaret innebærer at ulike fagmyndigheter, sektorer og forvaltningsnivåer har ansvar for å sikre at alle i befolkningen får likeverdig tilgang til tjenestetilbudet på sine områder. Sektoransvarsprinsippet følges av det som kalles en inte-

greringsstrategi. Å integrere et likestillingsperspektiv på alle fagområder og nivåer har vært en uttalt strategi i den offentlige politikken siden midten av 1980-tallet (458). Dette innebærer at likestilling innlemmes i det løpende daglige arbeidet i virksomhetene og i alle beslutningsprosesser på alle nivåer. Formålet med likestillingsintegrering er blant annet å synliggjøre og vurdere virkninger som politiske beslutninger har for kvinner og menn, jenter og gutter. Integreringsstrategien omfatter ikke bare kjønn, men også arbeid for å fremme likestilling på andre områder, blant annet funksjonsevne og seksuell orientering (458). Aktivitets- og redegjørelsesplikten for offentlig sektor (likestillings- og diskrimineringsloven § 24) er et sentralt juridisk rammeverk for likestillingsintegrering.

7.3.1 Kjønn i offentlig utredning på helseområdet

Offentlige myndigheter, herunder offentlige myndigheter på helseområdet, har gjennom utredningsinstruksen plikt til å utrede alle vesentlige konsekvenser i offentlige utredninger, forskrifter, reformer og tiltak, samt i proposisjoner til Stortinget (459). Utredningsfasen gir dermed myndigheter mulighet til tidlig å vurdere konsekvenser for kvinner og menn, også på helseområdet.

Fram til 2016 inneholdt utredningsinstruksen krav til å vurdere likestillingsmessige konsekvenser. Å vurdere konsekvenser for likestilling ville eksempelvis innebære en analyse av hvorvidt et tiltak kan medføre at personer eller grupper kommer dårligere ut, sammenliknet med andre (458). Denne henvisningen er fjernet i revidert versjon (460). Endringen ble påpekt av FNs kvinneskriverkomité i de konkluderende observasjonene til Norges 9. statusrapport (461). Komiteen uttrykte bekymring for at et kjønnsnøytralt lovverk kan svekke kvinners diskrimineringsvern i Norge.

I alle utredninger skal det imidlertid vurderes og belyses hvorvidt tiltakene som utredes, vil kunne reise prinsipielle spørsmål eller hensyn. Et prinsipielt hensyn kan eksempelvis gjelde likestillings- og diskrimineringsspørsmål. Dersom et tiltak som utredes har virkninger som kommer i konflikt med likestillingshensyn, kan det konkluderes med at tiltaket ikke bør gjennomføres.

I 2010 utga det daværende Barne- og likestillingsdepartementet en egen veileder til utredningsinstruksen; *Konsekvenser for likestilling: Utredning i forhold til kjønn, nedsatt funksjonsevne, etnisk opprinnelse, religion mv.* Veilederen har

flere henvisninger til at helseområdet er relevant for utredning i forhold til kjønn, og er fortsatt gjeldende i dag:

«På samfunnsområder som er av særlig stor betydning for alle eller de fleste innbyggers levekår og deltagelse vil det være viktig å foreta en utredning av konsekvenser for likestilling. Dette vil for eksempel være områder som barnehage, utdanning, arbeidsliv, boligmarked, transport, helse og velferd. På mange av disse samfunnsområdene er det forskjeller i menns og kvinners deltakelse, og etniske minoriteter eller personer med funksjonsnedsettelse kommer i en del tilfeller dårligere ut enn befolkningen totalt.»

(462, s. 16)

Til tross for at både utredningsinstruksen og veilederen til instruksen legger til rette for at likestillingskonsekvenser skal kunne innlemmes i utredningsprosesser, fant NOU 2011: 18 *Struktur for likestilling* at det ikke foreligger evalueringer av i hvor stor grad konsekvenser for likestilling blir vurdert i forbindelse med statlig utredningsarbeid (458). Utvalget er ikke kjent med at en slik evaluering har blitt gjennomført i perioden etter 2011. Det foreligger, så vidt utvalget er kjent med, heller ikke evalueringer av hvorvidt konsekvenser for likestilling blir vurdert i forbindelse med statlig utredningsarbeid på helseområdet spesielt.

7.3.2 Kjønn i retningslinjer og veiledere på helseområdet

Helsedirektoratet har ansvar for å være faglig rådgiver, iverksette vedtatt politikk og forvalte lov og regelverk innenfor helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har også en normerende rolle for helse- og omsorgstjenesten på tvers av helseregioner og tjenestenivåer. Dette innebærer at direktoratet lager normerende produkter, herunder nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, innenfor forebygging, diagnostisering, behandling og organisering. I 2014 fikk Helsedirektoratet et særskilt oppdrag om å sikre at kjønnsspesifisitet inngår i alle faglige retningslinjer og veiledninger, der det er relevant.

På spørsmål fra utvalget har Helsedirektoratet vist til direktoratets prosess- og metodebeskrivelse, som understreker at betydningen av «kjønn» rutinemessig vurderes i arbeidet med retningslinjer og veiledninger. Dersom det vurderes å være relevant, inngår kjønn følgelig som en viktig del av den videre utredningen. Helsedirekto-

ratet har vist til flere normerende produkter som har anbefalinger som direkte berører kvinner og kvinners helse, herunder nasjonal faglig retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (463, 464). Helsedirektoratet har etter utvalgets forståelse ingen dedikert fagenhet eller avsatte ressurser som arbeider spesifikt med kjønns betydning for helse eller kvinners helse. Direktoratet har imidlertid informert utvalget om at de har etablert et uformelt nettverk for likestilling, for å samarbeide på tvers av organisasjonen i spørsmål som omhandler likestilling og helse.

Helsedirektoratets *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* er utarbeidet for andre aktører som utarbeider kunnskapsbaserte faglige retningslinjer innen helse- og omsorgstjenesten, inklusive kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

I veilederen er følgende spørsmål inkludert i trinn 2 av sjekklisten for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer: «vurder og begrunn behovet for en faglig retningslinje: Er det geografiske, kjønnsmessige, sosiale eller andre ulikheter i tjenestetilbudet?». Kjønn er ikke nevnt videre i sjekklisten, verken under punktet som gjelder innhenting og vurdering av kunnskapsgrunnlag, eller utforming av anbefalinger.

7.3.3 Handlingsplaner, strategier og meldinger

Utvalget har i tråd med mandatet gjennomgått politiske initiativ, handlingsplaner og strategier. Formålet har vært å avdekke mangler når det gjelder ivaretagelse av kjønnsperspektivet. Utvalget har avgrenset gjennomgangen til politiske dokumenter som har særskilt betydning på helseområdet i perioden 2015–2021.

I gjennomgangen av politiske dokumenter, har utvalget hatt som overordnet mål å kartlegge hvorvidt a) kjønnsperspektivet er innlemmet og ivaretatt gjennomgående i politiske initiativ, handlingsplaner og strategier som har betydning for helse, og b) tiltak som adresserer kjønnsspesifikke problemstillinger og kjønnsforskjeller er inkludert i relevante dokumenter. En kartlegging av hvert enkelt dokument samt en samlet totalvurdering ble utført.

Hovedretningen og rammen for regjeringens samlede helse- og omsorgspolitikker tar utgangspunkt i Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* og Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkelohelsemeldinga*.

Meld. St. 26 (2014–2015) (465) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* omtaler enkelte kjønnsforskjeller i forekomst av noen helseutfordringer, og et deskriptivt kjønnsperspektiv er inkludert gjennomgående. Meldingen viser blant annet til at «Det er behov for bedre kunnskap for å møte [...] kjønnsforskjellene» (465). Meldingen inneholder en rekke «regjeringen vil»-punkter, men ingen av disse innebærer tiltak for å sikre integrering av kjønnsperspektivet i primærhelsetjenesten.

Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samhandlingen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i planperioden 2020–2023 (190). Meldingen omtaler kort kjønnsforskjeller i bruk av psykisk helsehjelp i barne- og tenårene. «Likeverdige tjenester» blir omtalt gjennomgående i meldingen, men kjønnsbaserte forskjeller i behov for og bruk av helsetjenester inkluderes ikke eksplisitt i dette. Meldingen mangler ellers kjønnsperspektiv.

I Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga* presenterer regjeringen den samlede innsatsen for å fremme bedre folkehelse og god livskvalitet i befolkningen (207). Kjønn vises til som bakgrunnsvariabel i situasjonsbeskrivelsen i flere sammenhenger: forventet levealder, selvmordsrate, psykiske helseplager (depresjon, angst, ensomhet), helsestatus og risiko blant eldre, forekomst av diverse sykdommer, fedme, alkohol, rus og tobakksbruk, fysisk aktivitet samt sysselsetting. Det påpekes at samiske kvinner og menn er mer utsatt på flere områder. Meldingen viser imidlertid ikke til konkrete tiltak for å sikre integrering av kjønnsperspektivet.

Utvalget har i tillegg gjennomgått andre relevante politiske dokumenter på helseområdet, se boks 7.1.

Utvalget har valgt å ikke inkludere vurderinger for hvert enkelt dokument, av plasshensyn. Utvalgets klare inntrykk er imidlertid at kjønnsperspektivet ikke er systematisk inkludert i dokumentene som legger føringer og rammer for regjeringens samlede helse- og omsorgspolitik. Samtidig bør det understrekes at det er relativt stor grad av variasjon mellom dokumentene med hensyn til hvorvidt og i hvilken grad kjønnsforskjeller er belyst og vurdert.

Utvalget merker seg at det i flere handlingsplaner og meldinger vises til kjønnsforskjeller i diverse helserelaterte statistikker, uten at dette følges opp med tydelige målsetninger eller tiltak. Videre bemerkes det at tiltak som blir lagt fram, i

stor grad er kjønnsnøytrale og ikke eksplisitt omtaler kjønn i tiltaksbeskrivelsen.

Utvalget ønsket å kartlegge hvorvidt de politiske dokumentene som ble gjennomgått, nevner særskilt som formål å adressere eller redusere kjønnsforskjeller i aktuelle problemstillinger. Utvalget noterte kun to dokumenter som eksplisitt omtaler som mål å redusere kjønnsforskjeller. Det er *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold* (2017–2021) og Meld. St. 40 (2020–2021) *Mål med mening – Norges handlingsplan for å nå bærekraftmålene innen 2030*.

Utvalget ønsker å framheve særskilt at kjønn og kjønnsstatistikk ikke er inkludert i beredskapsplaner og smittevernsstrategier som ble gjennomgått (*Beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien, Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer, Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019–2023 og Nasjonal helseberedskapsplan*). At kjønnsperspektiv uteblir fra beredskapsplaner og smittevernstrategier, kan ha implikasjoner for håndteringen av kjønnsspesifikke utfordringer som oppstår i en krisesituasjon (466, 467).

Utvalget merker seg at de gjennomgåtte dokumentene ble utarbeidet av Erna Solbergs regjering. En rekke sentrale handlingsplaner, strategier og meldinger vil legges fram etter at utvalget har levert sin utredning. Ny nasjonal helse- og samhandlingsplan, ny folkehelsemelding og melding om helseberedskap vil i årene framover utgjøre de overordnede rammene for helse- og omsorgspolitikken. Utvalget er ikke kjent med innholdet i disse dokumentene og hvorvidt de ivaretar et kjønnsperspektiv. Det er imidlertid utvalgets forståelse at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har utarbeidet særskilte rutiner, sjekklister eller andre virkemidler for å sikre at kjønns- og kvinneperspektivet systematisk innlemmes i arbeidet med nye handlingsplaner, strategier og meldinger.

7.4 Styling av underliggende etater og tilknyttede virksomheter

7.4.1 Underliggende etater

Helse- og omsorgsdepartementet har flere underliggende etater, herunder Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Departementet utarbeider hvert år et tildelingsbrev til disse. Tildelingsbrev er det sentrale styringsinstrumentet fra et departement til en underliggende virksom-

Boks 7.1 Gjennomgåtte dokumenter

Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021–2025)
Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025)
Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (2021–2025)
Demensplan (2025)
Sammen om aktive liv – Handlingsplan for fysisk aktivitet (2020–2029)
Handlingsplan for allmennlegetjenesten (2020–2024)
Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord (2020–2025)
Nasjonal overdosestrategi (2019–2022)
Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024)
«Mestre hele livet». Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
Nasjonal diabetesplan (2017–2021)
Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)
Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helse-tjenesten (2016)
Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)
Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter) (2016)
Regjeringens strategi for ungdomshelse (2016–2021)
Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser (2021)
Beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien (2020)
Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer (2019)
Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner (2019–2023)

Nasjonal strategi mot hepatitter (2018)
Nasjonal helseberedskapsplan (2018)
Redusert tilbakefall til ny kriminalitet, Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (2017–2021)
Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser (2021)
Beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien (2020)
Meld. St. 40 (2020–2021) *Mål med mening*
Meld. St. 25 (2020–2021) *Likeverdsreformen*
Meld. St. 39 (2020–2021) *Kriminalomsorgsmeldingen – fremtidens kriminalomsorg og straffegjennomføring*
Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*
Meld. St. 11 (2020–2021) *Kvalitet og pasient-sikkerhet 2019*
Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg*
Meld. St. 9 (2019–2020) *Kvalitet og pasient-sikkerhet 2018*
Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*
Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga*
Meld. St. 11 (2018–2019) *Kvalitet og pasient-sikkerhet*
Meld. St. 39 (2016–2017) *Evalueringsrapport om bioteknologiloven*
Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet*
Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*
Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*

het, som skisserer økonomiske rammer og beskriver prioriteringer, resultatmål og rapporteringskrav for virksomhetene (468). Styringsdialogen, inkludert tildelingsbrev og styringsmøter mellom etater og departement, er sentrale virkemidler for å løfte fram prioriterte oppgaver for virksomhetene.

En gjennomgang av tildelingsbrevene for 2021 viser at kjønnsperspektivet framkommer mest tydelig i tildelingsbrevet til Forskningsrådet, som får et særskilt oppdrag om å finansiere forskning knyttet til kvinners helse og kjønnsperspektivet. Tildelingsbrevene til Statens

helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten inneholder generell ordlyd som presiserer at de skal bidra til at arbeidet innenfor etatens virkeområde skal utføres på en slik måte at kjønnsperspektivet ivaretas. Det fremkommer ikke særskilte mål eller rapporteringskrav knyttet til denne ordlyden (468). Kjønnsperspektivet er ellers fraværende i andre tildelingsbrev fra departementet til underliggende virksomheter.

En gjennomgang av virksomhetenes årsrapporter viser at det rapporteres om kjønnsbalanse i egen organisasjon i tråd med aktivitets-

og redegjørelsesplikten, men utvalget finner ingen informasjon om hvordan det arbeides med å sikre at kjønnsperspektiver innlemmes på virksomhetenes ansvarsområder.

7.4.1.1 De regionale helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet har overordnet ansvar for alle sykehus i Norge, og staten eier de offentlige sykehusene. Sykehusene er organisert i fire regionale helseforetak. Departementet utarbeider årlige styringsmål og oppdragsdokumenter som fastsetter hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene (469).

Oppdragsdokumentene for 2021 spesifiserer enkelte oppdrag knyttet til behandling og oppfølging av svangerskapsavbrudd, kontaktfamilieordning for gravide som skal føde barn med en diagnose påvist i svangerskapet, og henviser til ressursteam for kvinnelige innsatte med alvorlige psykiske lidelser. I oppdragsbrevene for 2022, vises det til nye dokumenter som skal legges til grunn for utvikling av tjenesten, blant annet *Trygghet, mangfold og åpenhet. Handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika 2021–2024*. Oppdragsdokumentene og styringsmålene inneholder ellers ikke særskilte føringer for å sikre at kjønnsperspektivet innlemmes i de regionale helseforetakenes arbeid.

De regionale helseforetakene leverer hvert år årsrapporter til Helse- og omsorgsdepartementet. I årsrapportene redegjøres det for den faktiske tilstanden når det gjelder kjønnslikstilling i virksomheten og hva de gjør for å oppfylle aktivitetsplikten i likestillings- og diskrimineringsloven § 26. Årsrapportene redegjør imidlertid ikke særskilt om hvordan det arbeides med å innlemme kjønnsperspektiver i virksomhetenes arbeid med å sikre nødvendige helse-tjenester.

De regionale helseforetakene utarbeider jevnlig utviklingsplaner. Disse gir en oversikt over nå-situasjonen, utfordringsområder og foretakenes strategiske retning. En gjennomgang av utviklingsplanene til Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og, Helse Sør-Øst viser at alle utviklingsplanene peker på spesialisthelse-tjenestens visjon om gode og likeverdige helse-tjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Utover dette er kjønnns betydning for helse ikke tematisert.

7.5 Kort om kjønn i folkehelsearbeidet

Utvalget er bedt om å vurdere hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektivet blir håndtert i folkehelsearbeidet.

På nasjonalt nivå er det Helse- og omsorgsdepartementet som legger føringer for videreutviklingen av folkehelsearbeidet. Departementet fremmer en folkehelsemelding til Stortinget hvert fjerde år. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet bidrar med sentralt kunnskapsgrunnlag i arbeidet med folkehelsemeldingene. Folkehelseinstituttet utarbeider blant annet en folkehelse rapport med kunnskap og statistikk om helsetilstanden i Norge, samt enkelte faktorer som påvirker folkehelsen (470). Helsedirektoratet utarbeider en sektorrapport om status i det nasjonale folkehelsearbeidet, som beskriver utviklingen på områder utenfor helsesektoren som er relevant for folkehelsen.

En gjennomgang av rapportene viser at kjønnsperspektivet ikke tematiseres systematisk i dette kunnskapsgrunnlaget som legges til grunn for folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå. Kjønnforskjeller omtales på noen områder, og utelates i andre. Eksempelvis inneholder *Folkehelse rapporten* en egen del om «Helse i ulike befolkningsgrupper» som i dag belyser helse blant personer med innvandrerbakgrunn og helse hos eldre, men ingen særskilt tematisering av kvinners eller menns helse. Rapporten tar for seg helse under svangerskap og fødsel. Enkelte kapitler viser også til kjønnforskjeller, men utvalget finner ikke et systematisk kjønnsperspektiv i *Folkehelse rapporten*. I sektorrapporteringen fra Helsedirektoratet finner utvalget noe omtale av kjønnforskjeller i delkapitlene av rapporteringen.

Kommunene er videre gitt et tydelig ansvar for folkehelse gjennom folkehelse_loven. Loven angir bestemte prosesskrav som skal sikre at folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert, langsiktig og systematisk. Helsedirektoratets veileder til folkehelse_loven, *Systematisk folkehelsearbeid*, viser til at kommunene bør være oppmerksomme på sosiale forskjeller. Veilederen inneholder imidlertid ingen referanser til kjønnforskjeller (471). En gjennomgang av tilfeldig utvalgte kommuners folkehelsestrategier tyder på at folkehelsearbeidet på kommunenivå heller ikke systematisk adresserer kjønnforskjeller og kjønnsperspektiver (472–474).

I 2018 ble Senter for evaluering av folkehelse tiltak etablert av Folkehelseinstituttet. En gjennomgang av senterets rapporter tilsier at kjønnsperspektivet ikke vektlegges særskilt i evalueringene (475). Helsedirektoratet utarbeider også i 2022/2023 en ny sektorveileder til utrednings-

instruksen; *Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser*. Heller ikke i utkastet til denne finner utvalget at kjønnsperspektivet er innlemmet. Samlet vurderer utvalget at kjønnsperspektivet i liten grad er vektlagt i det nasjonale folkehelsearbeidet.

7.6 Helsefaglig forskning

I kapittel 3 har utvalget gjort rede for Helse- og omsorgsdepartementets finansiering av forskning knyttet til kjønnsforskjeller og kvinners helse gjennom Forskningsrådet og de regionale helseforetakene. Videre finansieres relevant forskning gjennom basisbevilgninger til universitets- og høyskolesektoren, allmennmedisinsk forskningsfond samt ideelle og frivillige organisasjoner som Kreftforeningen, Norske Kvinners Sanitetsforening, Stiftelsen Dam, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Trond Mohn stiftelse og Olav Thon Stiftelsen.

7.6.1 Hvorfor kjønnssensitiv forskning har betydning

Gjennom forskning og innovasjon utvikler samfunnet kunnskap og kompetanse som bidrar til å utvikle helsetjenestene og forbedre behandlingstilbudet. Det er viktig å sikre at denne kunnskapen kommer alle innbyggerne til gode, uansett kjønn. Manglende kunnskap om kjønnsforskjeller, for eksempel når det gjelder effekt av behandling, kan medføre dårlige behandlingsresultater og lavere helsegevinst. Som vist til i kapittel 4 har kjønn stor betydning for sykdomsrisiko, sykdomsforløp og kliniske utfall i behandling av en rekke sykdommer (41, 57, 476). Forskning som er kjønnssensitiv, kan avdekke kjønnsforskjeller i behandlingsutfall, sykdomsrisiko, årsakssammenhenger og forløp.

Siden Sundby-utvalgets utredning i 1999 har persontilpasset medisin fått mer oppmerksomhet. Forsking har vist at det er en betydelig sammenheng mellom sykdom og den enkelte pasients biologi (477). Det utvikles stadig mer kunnskap om hvordan individuelle forskjeller gjør oss mer eller mindre utsatt for å utvikle sykdom og hvordan forskjellene påvirker hvordan vi responderer på forebygging og behandling. Det er nødvendig å forstå hvilken rolle kjønn har i dette samspillet, ettersom kjønn er en viktig faktor i vår unike biologi. En tilnærming som er basert på målrettet forebygging, diagnostikk og behandling, samt oppfølging tilpasset biologiske forhold hos den enkelte, må derfor ta kjønn i betraktning.

7.6.2 Hva er kjønnsperspektiv i forskning?

Ifølge Norges forskningsråd handler kjønn som perspektiv om at biologisk og sosialt kjønn reflekteres i forskningens innhold, dens virkninger og effekter (478). Kjønnsperspektiv kan bety at kjønn er anvendt som variabel i forskningen, for eksempel ved bruk av kjønnsstratifiserte analyser, ofte omtalt som kjønnssensitiv forskning. Kjønnsperspektiv kan også bety at kjønn er et teoretisk eller empirisk hovedfokus i forskningen, noe som er mindre vanlig i helseforskning. I Norge finnes det imidlertid ingen standardisert måte å anvende kjønn i helseforskning på, så det er trolig stor variasjon på tvers av forskergrupper i håndteringen av kjønn og grad av kjønnssensitivitet.

Som omtalt i kapittel 2, har «kjønn» to oversettelser på engelsk; «sex» og «gender». I forskningssammenheng har disse ordene blitt brukt om hverandre. De senere årene er det blitt større enighet i forskningsmiljøer om å bruke «sex» som begrep for å beskrive biologisk kjønn, og «gender» for å beskrive sosialt kjønn (41–43). Flere internasjonale tidsskrifter har også utviklet retningslinjer rundt korrekt bruk av disse begrepene (479, 480). Det finnes også standardiserte retningslinjer for korrekt bruk av biologisk og sosialt kjønn som har bred aksept i forskningsmiljøer, slik som anbefalingene fra The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (481). Disse anbefalingene legger føringer for bruk av biologisk og sosialt kjønn samt oppfordring til stratifisering av data på kjønn. En slik differensiering av biologisk kjønn og sosialt kjønn gjør at man kan rapportere på kjønn som to ulike variabler, og legger til rette for også å utvikle kunnskap om personer med kjønnsinkongruens og deres helse.

7.6.3 I hvilken grad benyttes kjønnsperspektiv i norsk helseforskning?

I Norge er det økende oppmerksomhet rundt viktigheten av kjønnsdimensjonen i forskning. Forskningsrådets *Policy for kjønnsbalanse og kjønnsperspektiver i forskning og innovasjon* fra 2019 la fram en ambisjon om at «kjønn skal integreres som perspektiv i all forskning som Forskningsrådet finansierer, der det er relevant». Det innebærer at alle programmer og satsinger «må foreta en konkret vurdering av hvordan kjønnsdimensjonen har betydning for deres kunnskapsområde» (482). Det er også vist politisk engasjement for å sikre bevissthet rundt kjønn i helseforskning. Regjeringens handlingsplan for

kliniske studier (2021–2025) viser til viktigheten av kjønns spesifikk kunnskap om hvordan diagnostikk og behandling virker på og oppleves av kvinner (483). Utvalget ser på den økte bevissheten rundt kjønn i forskningen som en positiv utvikling. Dokumentasjon på hvorvidt dette har gitt utslag i praksis har imidlertid uteblitt.

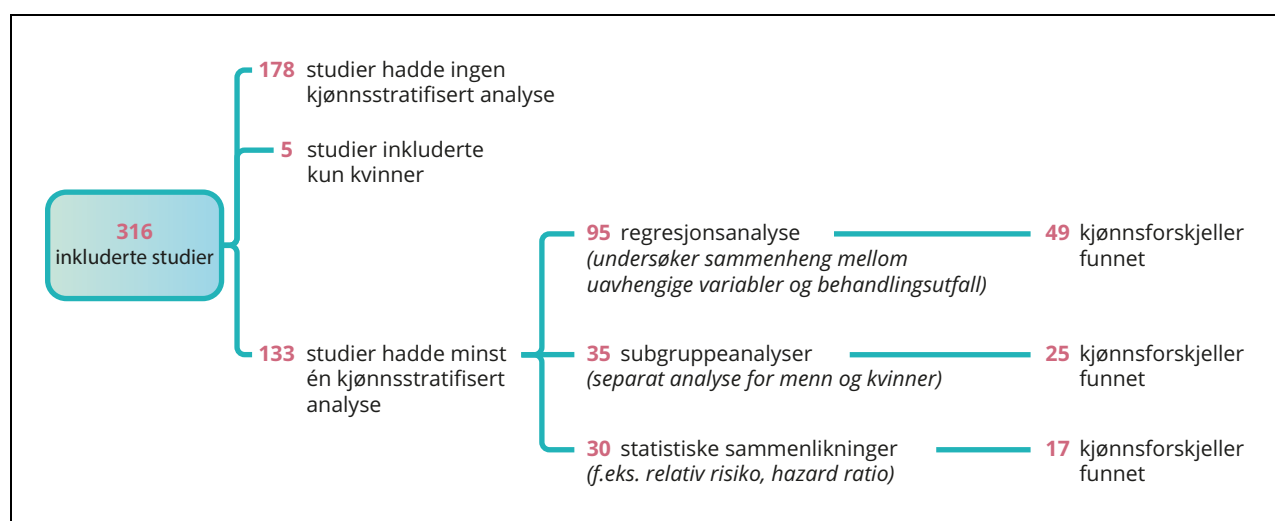
Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag utviklet retningslinjer for kjønn som variabel i helseforskning i 2001 (484). I tillegg til å legge føringer for inklusjon av kvinner i medisinske forskningsprosjekter står det i retningslinjene at det er nødvendig med kjønns sensitive variabler, og at analyser av kjønnsforskjeller blir foretatt når det er mulig. Studier må derfor dimensjoneres slik at kjønns spesifikke analyser er mulig.

Utvalget var i kontakt med komiteen i juni 2022 for å etterspørre relevant informasjon og tall som kan vise til effekten av innføringen av disse retningslinjene siden 2001. Utvalget fikk oppgitt at det svært sjelden spørres om det gjøres kjønns spesifikke analyser eller vurdering av kjønns sensitive variabler. Det finnes heller ingen oversikt over andelen kvinner som er inkludert i godkjente forskningsstudier, etter at retningslinjene ble innført, eller over antall studier som er fritatt fra kravet om inklusjon av begge kjønn. Retningslinjene har ikke vært revidert siden de kom på plass i 2001, til tross for at de forskningsetiske komiteene fikk forvaltningsansvar «for å følge utviklingen med hensyn til inklusjon av begge kjønn i medisinsk forskning, og for å revidere disse retningslinjene ved behov» (484). Utvalget vurderer det slik at oppfølgingen av retningslinjene ikke er tilstrekkelig.

En rapport av SINTEF som kartla norsk forskning fra 2010 til 2020 med et eksplisitt kjønns- og likestillingsperspektiv, konkluderte med at antall publikasjoner med kjønns perspektiv ikke hadde økt i løpet av tidsperioden, til tross for tiltak som var iverksatt for å øke nettopp kjønns perspektivet i forskning (61). Denne oversikten omhandlet imidlertid ikke kun helsefaglig forskning.

For å undersøke bruk av kjønn som variabel i norsk helseforskning, har utvalget samarbeidet med Folkehelseinstituttet om en systematisk kartleggingsoversikt av kjønns perspektiv i norske behandlingsstudier av 82 sykdommer som rammer både kvinner og menn (10). Kartleggingen viste at det var utført kjønns spesifikk analyse i 133 av 316 norske behandlingsstudier fra 2017 til 2022. Figur 7.1 viser andelen studier inkludert i kartleggingen som hadde minst én kjønns stratifisert analyse. Figuren viser at kjønn i flesteparten av studiene var brukt som variabel i en regresjonsanalyse, og at det i mindre grad var utført analyser som avdekker effekt av behandling separat for kvinner og menn. Kartleggingen avdekket videre at et flertall av studiene som hadde utført en slik stratifisert analyse, konkluderte med statistisk signifikante kjønnsforskjeller i behandlingsresultatet, noe som støtter grunnlaget for å utføre slike analyser. Videre konkluderte rapporten med at kun et mindretall studier analyserte resultater separat for kvinner og menn (26 prosent), og at enda færre analyserte effekten av kjønn på behandlingsutfall (7 prosent). Dette tyder på at kjønns spesifikk kunnskap om behandlingsutfall ikke utarbeides på en systematisk og gjennomgående måte.

Utvalget ser behov for en mer systematisk tilnærming til bruk av analyser som kan avdekke



Figur 7.1 Oversikt over studier med kjønnsstratifiserte analyser i norske behandlingsstudier fra 2017–2022 (10).

kjønnsforskjeller knyttet til behandlingseffekt, bivirkninger, langtidsvirkninger av behandling og andre relevante utfall av behandlinger og terapier.

Bruk av biologisk kjønn og sosialt kjønn i behandlingsstudier ble også kartlagt, og rapporten konkluderte med at mange norske forskere mangler oppmerksomhet rundt korrekt bruk av kjønnsterminologi. Ingen studier hadde rapportert sosialt konstruert kjønn («gender»). Utvalget ser at det er rom for å øke bevisstheten blant forskere rundt viktigheten av å innlemme sosialt kjønn i forskning.

7.6.4 Forskningsrådet

Utvalget etterspurte informasjon fra Norges forskningsråd om hvordan kjønnsperspektivet blir ivarettatt i Forskningsrådets evaluerings- og beslutningsprosesser, eksempelvis i vurderingen av nye forskningsprosjekter. Søknader til Forskningsrådet om finansiering av forskningsprosjekter blir vurdert av fagekspertter etter en rekke kriterier og hensyn. Utvalget etterspurte en konkret beskrivelse av Forskningsrådets retningslinjer for inklusjon av kvinner som studiedeltakere i forskningsprosjekter på helseområdet, og hvordan dette følges opp i vurderingen av søknader, for eksempel krav om en viss prosentandel kvinner i et forskningsprosjekt. I tillegg ble det spurt om Forskningsrådet setter krav til kjønnsdimensjonerte analyser som framlegges i prosjektbeskrivelser, og andre hensyn til kjønnsperspektiv som må innfris for godkjenning av søknader.

Forskningsrådet refererte til sin policy for kjønnsbalanse og kjønnsperspektiver i forskning og innovasjon, som sier at kjønn skal innlemmes i all forskning som Forskningsrådet finansierer, der det er relevant. Hvorvidt det er tilstrekkelig kjønnsdimensjon i søknadene er en skjønnsmessig vurdering etter kriteriet «hvorvidt prosjektet tar hensyn til etiske problemstillinger, sikkerhets-spørsmål og kjønnsdimensjonen i forskningen på en tilfredsstillende måte». Det er imidlertid ingen konkrete vurderingskriterier utover dette som fagekspertene kan forholde seg til for å sikre kjønnsperspektiv i finansierte prosjekter, slik som mål om kjønnsbalanse i studieutvalg eller planlagte kjønns-spesifikke analyser.

7.6.5 Kjønnsbalanse i forskningen

Det er både en forskningspolitisk og likestillingspolitisk målsetting å oppnå kjønnsbalanse og likestilling blant forskere. Komité for kjønnsbalanse og mangfold i forskning (Kif-komiteen), som ble

oppnevnt av Kunnskapsdepartementet i 2004, skal støtte og gi anbefalinger om tiltak som kan bidra til kjønnsbalanse og mangfold ved universiteter, høyskoler og forskningsinstitutter (485). På likestillingsområdet har det vært en positiv utvikling de siste årene, blant annet er det blitt flere kvinnelige førsteamanuensiser og professorer i universitets- og høyskolesektoren og i instituttsektoren (486). Forskningsrådet opplyser at de prioriterer prosjekter med kvinnelig prosjektleder når søknader om støtte ellers vurderes likt. 2021 var det første året det var flere kvinnelige prosjektledere på prosjekter som omhandlet helsetematikk.

Forskningsrådets policy for kjønnsbalanse og kjønnsperspektiver i forskning omtaler også i stor grad målet om kjønnsbalanse blant forskere (482). Det må imidlertid understrekes at kjønnsbalanse ikke henger direkte sammen med kjønnsperspektiver i forskning. Det er ingen automatikk i at en økning i andelen kvinnelige forskere, for eksempel i et team, fører til en kjønnsdimensjon i forskningen og økt helsegevinst for kvinnelige pasienter eller større oppmerksomhet på kvinnehelse. Det er per i dag ikke dokumentert at kvinnelige forskere i Norge forsker mer på kvinnehelserelatert tematikk.

7.6.6 De regionale helseforetakene

Helseforetakene har forskning som en av sine fire lovpålagte oppgaver. Utvalget spurte de fire regionale helseforetakene om innspill til en kartlegging av kjønnsperspektiv i aktive forskningsprosjekter finansierte av helseregionene. Utvalget etterspurte en oversikt over i hvilken grad finansierte forskning (aktive prosjekter i perioden 2018–2021) ivaretok et kjønnsperspektiv, for eksempel gjennom bruk av kjønns-spesifikke analyser. Utvalget ba også om en oversikt over finansierte prosjekter som var relevante for kvinners helse i perioden 2018–2021, og informasjon om i hvilken grad kjønnsperspektiver og/eller forskning på sykdommer som særskilt rammer kvinner, har vært prioritert i utlysning av forskningsmidler i denne perioden.

I *Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016–2020* var forskning på kvinnesykdommer et prioritert område. Helse Nord påpeker at dette satsingsområdet var likestilt med 14 andre prioriterte områder. I strategien for 2021–2025 er kliniske studier et hovedsatsingsområde, men det er ikke pekt på prioriterte fagområder relatert til kvinnehelse eller helse i et kjønnsperspektiv. Helse Nord oppga 48 aktive forskningsprosjekter i perioden 2018–2021 som har kjønnsperspektiv

eller relevans for kvinners helse. Av disse var det 16 prosjekter som omhandlet kreftsykdommer, hvorav 11 var om brystkreft. Fem prosjekter omhandlet svangerskap.

I Helse Sør-Øst var det 75 prosjekter i 2018–2021 som omhandlet temaer innen kvinnehelse. Av disse var det 39 prosjekter som omhandlet kreft, hvorav 28 prosjekter omhandlet brystkreft. I tillegg til disse 75 kvinnespesifikke prosjektene var det flere prosjekter som omhandlet sykdommer som i størst grad rammer kvinner, inkludert ni prosjekter om multipel sklerose, og 21 prosjekter om revmatiske sykdommer.

Helse Midt-Norge har ikke dedikerte utlysninger eller satsinger rettet direkte mot kvinnehelse, men i perioden 2018–2021 finansierte foretaket 35 forskningsprosjekter relatert til kvinnehelse, hvorav 13 var doktorgradsprosjekter. Av totalt 35 prosjekter var det 19 som omhandlet svangerskap/graviditet eller fødselstematikk, og åtte som omhandlet kreftsykdommer.

Helse Vest besvarte ikke henvendelsen fra utvalget.

De regionale helseforetakene benytter, i likhet med Forskningsrådet, HRCS-klassifisering (Health Research Classification System) for alle prosjekter (80). Klassifisering gjøres av hver enkelt forsker eller prosjektleder i forbindelse med årlig rapportering av prosjektene. Dette er en generell gruppering på helsekategori (sykdomsgruppe) og forskningsaktivitet (akse fra grunnforskning til forskning på helsetjenester). Ingen av foretakene som besvarte utvalgets henvendelse, har informasjon om kjønnsperspektiv i planlagte analyser eller kjønnsdimensjon i finansierte prosjekter om sykdommer som rammer menn og kvinner. Vi mangler derfor informasjon om hvorvidt finansierte prosjekter har studieutvalg med en jevn kjønnsfordeling, hvorvidt studiene dimensjoneres slik at kjønnsstratifiserte analyser er mulig å utføre, og andre indikatorer på at finansierte prosjekter produserer kjønnsensitive resultater.

Utvalget har gjennomgått helseregionenes strategier på forskning og innovasjon per oktober 2022 (439, 487–491). Strategiene legger premisser og rammer for foretakenes forskning samt mål for samarbeid mellom relevante aktører innen forskningsmiljøer, næringsliv og foretakene. Ingen av strategiene utvalget har gjennomgått, har prioritert kvinner eller kvinnesykdommer som forskningsområde, eller vist til mål om kjønnsperspektiv i forskning. Det er imidlertid bare Helse Nord som har utnevnt prioriterte pasientgrupper (*Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021–2025*).

7.6.7 Allmennmedisinsk forskningsfond og allmennmedisinske forskningsenheter

Allmennmedisinsk forskningsfond er Legeforeningens forskningsfond. Fondet skal fremme allmennmedisinsk forskning og støtter blant annet doktorgradsprosjekter. Fondets midler stammer fra omdisponering fra normaltarifforhandlingene for fastlegene. I 2022 disponerte fondet 17 millioner kroner. En gjennomgang av alle prosjekter siden fondets oppstart i 2008 til og med 2022 viser at det var 68 kvinner blant de 118 søkerne, det vil si en kvinneandel på 57 prosent. Rene kvinnehelseprosjekter er blant de seks temaene som er mest populære å søke om midler på. De siste årene har det blant annet vært flere prosjekter som handler om å forbedre tilbudet til pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS).

Det er fire allmennmedisinske forskningsenheter i Norge. Disse ble opprettet i 2006 med mål om å legge til rette for forskning og kunnskapsutvikling tilpasset allmennmedisinens behov og premisser. Forskningsenhetene er plassert ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, ved forskningsinstituttet NORCE i Bergen, ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU i Trondheim og ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet.

7.6.8 Tidsskriftene

Tidsskriftene har en viktig rolle i å kvalitetssikre forskning. Redaksjonen og flere fagfeller vurderer alle artikler som publiseres i fagfellevurderte tidsskrifter. De fleste helsefaglige tidsskrifter forholder seg også til klare og transparente retningslinjer og standarder, for eksempel ICMJE-anbefalingene (481). Utvalget kontaktet en rekke norske tidsskrifter for å få et overblikk over hvordan tidsskriftene tar hensyn til kjønn i sine vurderingsprosesser, både i redaksjonen og i fagfelleveiledninger. Utvalget etterspurte en beskrivelse av hvordan tidsskriftet vurderer tilsendte manus med hensyn til kjønnsperspektiv og kjønnsdimensjon i studiedesign og rapportering av resultater. I tillegg etterspurte utvalget informasjon om hvordan tidsskriftet anvender nasjonale retningslinjer for inklusjon av kvinner i helseforskning og internasjonale standarder for kjønnsperspektiv. Tidsskrift for Den norske legeforening og tidsskriftet Fysioterapeuten oppga at de følger ICMJE-anbefalingene, men vurdering av hvordan kjønn hensyntas inngår

ikke i forfatterveiledningene. Tidsskriftet for Den norske legeforening oppga at i praksis vil inklusjon av kjønnsespesifikke variabler inngå som del av den redaksjonelle vurderingen av metode og etikk.

Sykepleien Forskning, Norsk Farmaceutisk Tidsskrift og Den norske tannlegeforenings Tidende besvarte ikke henvendelsen.

7.6.9 Hvordan kan vi sikre kjønnsperspektiv i forskning?

For å sikre kjønnsperspektiver i forskning, kan det være hensiktsmessig å se hen til land som har hatt suksess med å heve kjønnsperspektivet i forskning. En rekke land har tatt i bruk retningslinjer og standarder for kjønnsperspektiv i offentlig finansierte forskningsprosjekter, eksempelvis USA og Canada. The National Institutes of Health (NIH) og The Canadian Institutes of Health Research (CIHR) er USAs og Canadas største føderale forvaltningsorganer som finansierer forsknings- og innovasjonsprosjekter innenfor helse. NIH og CIHR har siden tidlig 2000-tallet iverksatt flere tiltak for å fremme kjønnsperspektiv og kjønn som variabel i helseforskning og medisinsk grunnforskning. Disse tiltakene innebærer 1) klare definisjoner på biologisk og sosialt kjønn og definisjoner på kjønnsensitivitet i forskning, 2) retningslinjer for forskere, 3) kriterier som kan brukes til å vurdere søknader med hensyn til kjønnsensitivitet og kjønnsperspektiv, og 4) opplæring og kompetanseheving for forskere, fageksperter og ansatte i forvaltningsorganer. Dette har gitt dokumentert utslag i en høyere andel forskningsprosjekter med kjønnsperspektiv, fra 22 prosent til 83 prosent av innsendte søknader til CIHR fra 2011 til 2019 (492). Norge kan dra nytte av kunnskapsbaserte analyser av andre lands erfaringer med slike tiltak (493).

Tidsskriftene har en sentral rolle i å fremme kjønnsperspektiv i forskning. Internasjonalt har det de senere årene blitt mer vanlig at anerkjente vitenskapelige tidsskrifter setter krav til bevissthet rundt bruk av sensitive variabler som kjønn og etnisitet i publiserte artikler (479, 480). Ved å ta i bruk internasjonalt anerkjente retningslinjer for å sikre kjønnsperspektiv i forskning, kan tidsskrifter bidra til å kvalitetssikre forskningen som publiseres med hensyn til kjønnsensitivitet. Retningslinjene *Sex and Gender Equity in Research* fra 2016 er et eksempel på et standardisert sett med retningslinjer for bruk av kjønn i helseforskning. Retningslinjene er en ressurs for forfattere,

fagfeller og redaksjoner (42). De legger detaljerte føringer for bruk av kjønn som variabel og kan brukes som en sjekklister for forskere og tidsskrifter for å vurdere kjønnsperspektivet i et forskningsprosjekt. Flere internasjonale forskningsmiljøer har samarbeidet om disse retningslinjene.

7.7 Utdanning

Utdanning er en viktig arena for å heve kompetansen om kjønn i helse. Særlig profesjonsutdanninger legger grunnlaget og gir forutsetninger for helse- og sosialtjenestens kompetanse om kvinners helse og kjønnsperspektiv. *Nasjonale retningslinjer innen helse- og sosialfag* (RETHOS) legger føringer for helse- og sosialfagutdanningene på nasjonalt nivå og definerer sluttkompetansen som forventes av kandidaten for hver utdanning (120, §2). Alle helseprofesjonsutdanninger i Norge er forpliktet til å følge rammeplanen fra 2020–2021.

Kjønnsperspektiv er i liten grad omtalt i tidsskriftene om nasjonale retningslinjer for medisinsutdanning, sykepleierutdanning, tannlegeutdanning, farmasøytutdanning, vernepleierutdanning, fysioterapeututdanning og klinisk ernæringsfysiologutdanning (30, 494–499). Språket er kjønnsnøytralt, og det vises ikke til kompetansemål knyttet til kjønn i helse. Kvinner eller kvinnehelse er heller ikke særskilt nevnt. Utvalget bemerker imidlertid at alle gjennomgåtte forskrifter om nasjonale retningslinjer for utdanningene inkluderer en setning om at kandidatene skal ha kunnskap om inkludering, likestilling, ikke-diskriminering, uavhengighet av kjønn, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk for å sikre likeverdige helse- og velferdstjenester for alle grupper i samfunnet. Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning inneholder i tillegg to læringsutbytter som omhandler kompetanse i å kommunisere åpent om kjønn, og respektfull og tilpasset kommunikasjon med hensyn til kjønn (500). Likeverdige helse- og velferdstjenester er imidlertid ikke synonymt med lik behandling, og å tilsidesette en kjønnsensitiv tilnærming til fordel for kjønnsuavhengighet er trolig uheldig i et klinisk perspektiv.

En rapport fra Kilden kjønnsforskning.no og Norske Kvinners Sanitetsforening (501) viser til at kjønnsperspektiver og kvinnehelse ikke systematisk innlemmes i helseprofesjonsutdanningene. Rapporten anbefaler at kunnskaps- og kompetansemål om kjønnsperspektiver, kjønnsforskjeller og

kvinnehelse inkluderes i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene og i de nasjonale retningslinjene for de enkelte utdanningene. Rapportens konklusjon samsvarer med utvalgets egen gjennomgang av relevante retningslinjer og rammeverk samt innspill fra utdanningsinstitusjonene. Ifølge utdanningsinstitusjonene som utvalget har vært i kontakt med, er kjønn og kvinnehelse i liten til moderat grad tatt hensyn til i undervisning og læringsplaner. Det er behov for et styrket rammeverk for kompetanseheving og økt oppmerksomhet på kjønnsperspektiv i helsefagutdanningene. Læringsutbyttmålene kan utvikles videre for å tydeliggjøre og bygge videre på kompetansemål som omhandler kjønn, kjønns sensitivitet, og kjønns spesifikk kompetanse på helse.

Utvalget takker NTNU, Universitetet i Bergen, Høgskulen på Vestlandet, Universitetet i Oslo, Oslo Metropolitan University (OsloMet), UiT Norges arktiske universitet og VID vitenskapelige høgskole for svar på utvalgets henvendelse.

7.8 Utvalgets vurdering

7.8.1 Kjønn i norsk helse- og omsorgspolitik

Norsk helselovgivning slår fast at likeverd i helse, uansett kjønn, er en lovfestet rettighet. Likeverd i helse er et uttalt mål i helse- og omsorgstjenesten, og norske helsemyndigheter plikter å jobbe aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunnlag av kjønn. Myndighetene har en rekke virkemidler for å sikre likeverd i helse, uavhengig av kjønn. Gjennom handlingsplaner, strategier og styringsdialog med underliggende virksomheter ligger mulighetene etter utvalgets vurdering til rette for en systematisk og samordnet innsats. Til tross for dette har utvalget merket seg at det er få eksempler på systematisk arbeid for å innlemme kjønns perspektiv i utredninger, beslutninger og implementering av helsepolitikk.

I kartleggingen av hvordan kjønnsforskjeller og kjønns perspektiv innlemmes i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene og i helsefaglig forskning og utdanning har utvalget merket seg at verken Helse- og omsorgsdepartementet, Helse direktoratet eller Folkehelseinstituttet avsetter ressurser til å arbeide særskilt med spørsmål knyttet til kjønn og helse. Derfor har det vært utfordrende å finne systematisert kunnskap om hvorvidt og hvordan kjønn tas hensyn til. Utvalget ser det som en betydelig utfordring at ingen fagorganer i sentral helseforvaltning har et særskilt

og overordnet ansvar for faglig samordning og systematikk i arbeidet med kvinnehelse og kjønns betydning for helse. Det er nærliggende å anta at den manglende administrative forankringen bidrar til at ivaretagelsen av kjønns perspektiver på helseområdet i dag fremstår som fragmentert og delvis tilfeldig.

Utvalget ser med bekymring på at det ikke arbeides systematisk med å sikre at konsekvenser for kjønn innlemmes når nye planer, strategier eller praksiser utformes. Det finnes i dag ingen systemer og rutiner som sikrer at kjønns perspektivet ivaretas i beslutningsgrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget mener at dette bidrar til å videreføre tilsynelatende kjønnsnøytrale beslutninger og praksiser. Godt utredede beslutninger som også innlemmer et kjønns perspektiv, er etter utvalgets oppfatning særlig viktig som følge av behovet for effektive og treffsikre prioriteringer i helse- og omsorgssektoren i årene som kommer. For å sikre systematikk og kontinuitet i det faglige arbeidet med kjønns perspektiver i helse, er det etter utvalges vurdering behov for å avsette nødvendige ressurser i sentral helseforvaltning, og å utarbeide systemer og rutiner for å sikre at kjønn hensyntas.

Spørsmål knyttet til ivaretagelse av kjønns perspektiver på helseområdet er imidlertid ikke helse- og omsorgssektorens ansvar alene. Utvalget vurderer at det er behov for virkemidler som går på tvers av flere departementers ansvarsområder. Spørsmål knyttet til velferdsytelser, arbeid og utdanning må løses i samarbeid med andre relevante sektorer.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 10 Etablere en tverrdepartemental arbeidsgruppe for kvinnehelse og helse i et kjønns perspektiv; 11 Opprette en sentral fagenhet for kvinnehelse og helse i et kjønns perspektiv; 14 Etablere systemer for å ivareta et kjønns perspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet.

7.8.2 Helsefaglig forskning

Kjønn har betydning for kliniske utfall, og manglende kunnskap om kjønnsforskjeller i effekt av behandling kan blant annet medføre dårligere behandlingsresultater og utfall for pasienten. En systematisk kartlegging av kjønnsstratiserte analyser i norske behandlingsstudier, gjennomført av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra utvalget, viser at effekt av kjønn på behandlingsutfall ikke rapporteres på en systematisk måte.

Utvalget mener at mangelen på konkrete retningslinjer trolig fører til en uheldig skjevhet i

hvorvidt kjønnsperspektivet vektlegges på tvers av forskergrupper, og at en skjønnsmessig tilnærming ikke er tilstrekkelig. Utvalget ser behov for en mer systematisk tilnærming til kjønn i medisinsk og i helsefaglig forskning.

Erfaringer fra flere land med tilrettelegging for kjønnsperspektiv i forskning har vist at det er viktig med samspill mellom forvaltningsorganer som finansierer forsknings- og innovasjonsprosjekter innenfor helse, universitets- og høyskolesektoren og forskningsinstitutter. Et rammeverk som legger klare føringer for de ulike aktørene og interessentenes ansvar, må på plass.

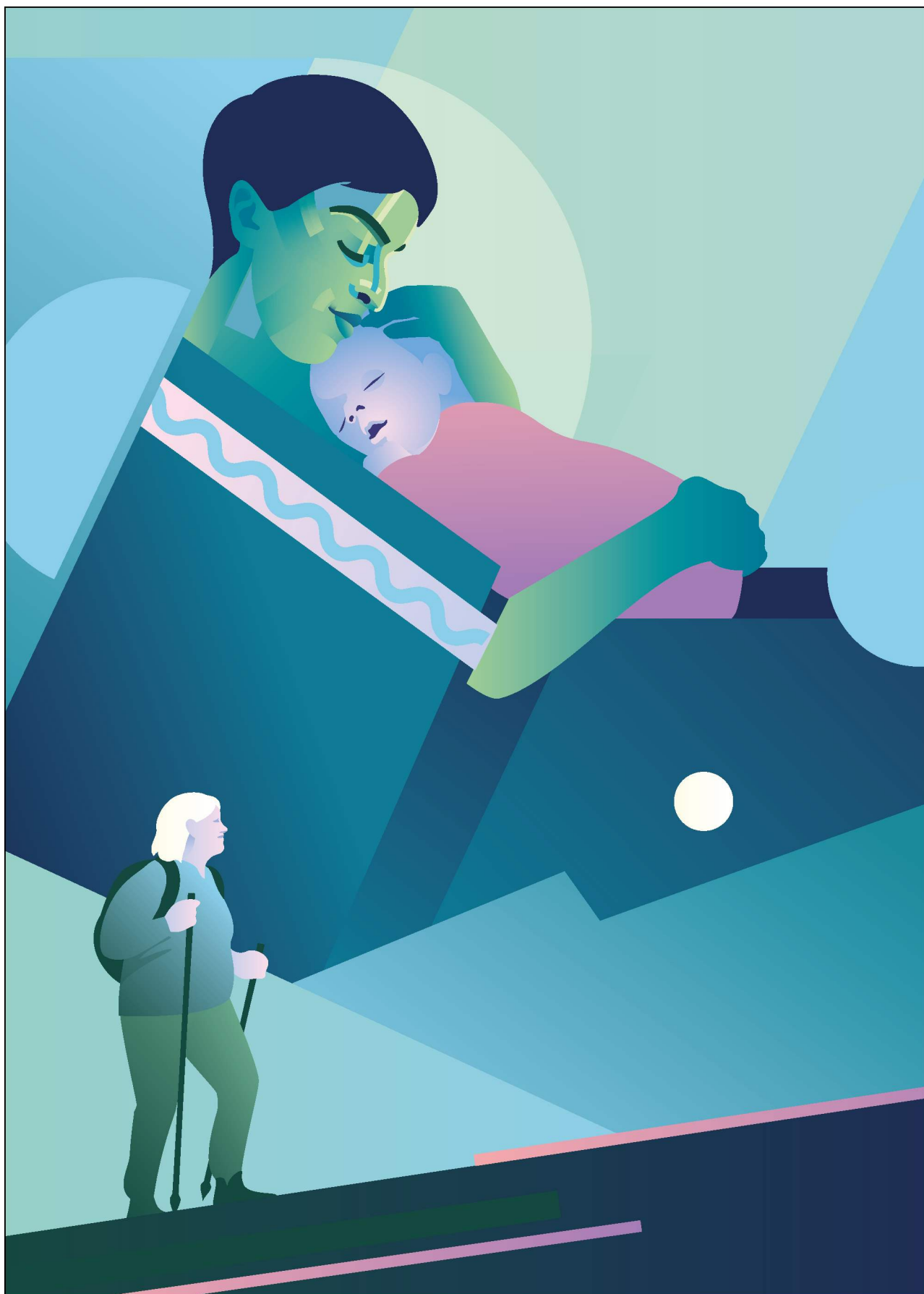
Se utvalgets anbefalte tiltak: 5 Innføre krav om kjønnsperspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning.

7.8.3 Utdanning

Kjønnsperspektiver og kunnskap om kvinnehelse innlemmes ikke systematisk i helsefagutdanningene i Norge. Det er behov for et styrket rammeverk for kompetanseheving og økt oppmerksomhet på kjønnsperspektiv i helsefagutdanningene. Målene for læringsutbytte kan utvikles videre for å tydeliggjøre og bygge videre på kompetansemål som omhandler kjønn, kjønns-sensitivitet og kjønnsspesifikk kompetanse om helse og sykdom.

Se utvalgets anbefalte tiltak 16: Innlemme kjønn og hvordan kjønn påvirker helse, sykdom og behandling i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, og tiltak 17: Sikre at oppdatert kunnskap om medisinsk forskning på kjønnsforskjeller i helse og kjønns betydning for helse er et nasjonalt krav i nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

Del III
Kvinneres helse i livsfaser



Figur 8.1

Kapittel 8

Barndom

8.1 Innledning

En trygg barndom med nære, gode relasjoner er en forutsetning for god helse gjennom livet. I Norge har de aller fleste barn gode oppvekstvilkår og gjennomgående god helse (205). Dessverre er det likevel en del barn som vokser opp uten den tryggheten de har behov for. Mange barn kan leve gode liv med god helse til tross for en utfordrende start. Imidlertid kan vold, rus, fattigdom, foreldres psykiske helseproblemer, samt manglende omsorg og stimulering påvirke barns oppvekst. Slike faktorer kan potensielt skape alvorlige konsekvenser for utvikling og helse senere i livet (502–504).

I mandatet bes ikke utvalget om å se særskilt på barndomsfasen. Derimot blir utvalget bedt om å vurdere hva som er de største utfordringene for kvinners helse i ulike livsfaser; fra ungdom og unge voksne, til reproduktiv alder, midt i livet og gjennom alderdommen. Utvalget vil imidlertid presisere at et livsfaseperspektiv på kvinners helse også bør omhandle det grunnlaget som legges i livets første fase.

I dette kapitlet belyses barns helse og bruk av helsetjenester. Kapitlet tar deretter for seg hvilken betydning barndommen har for helse gjennom livet. Utvalget legger til grunn at kunnskapen som oppsummeres i dette kapitlet er sentral for å belyse potensialet som ligger i tidlig innsats for å forebygge kvinners helseutfordringer gjennom hele livsløpet.

8.2 Barns helse

I dag er barnedødeligheten i Norge svært lav, og den er lavere blant jentebarn enn blant guttebarn. I 2021 døde 104 jenter i alderen 0–19 år viser tall fra Dødsårsaksregisteret. Det er nesten halvparten så mange som for 20 år siden (147). Spedbarnsdødeligheten har vært synkende over lang

tid, og den er svært lav i dag. Det er vist at foreldre med lavere utdanning opplever høyere spedbarnsdødelighet, lavere fødselsvekt hos barna og høyere risiko for tidlig fødsel (505). Dødeligheten er også høyere blant barn født av innvandrerkvinner enn blant øvrige kvinner, som vi så i kapittel 6.

Ser vi på mindre alvorlige helseutfall, er astma og allergi en hyppig årsak til plager hos barn og unge. Omtrent 25 prosent av barn i skolealder og 30 prosent av unge i puberteten har allergisk sykdom (506). Fram til puberteten har gutter høyere forekomst av astma. Etter puberteten øker forekomsten blant jentene mer enn blant guttene. En av tre unge har allergiske plager som allergi, høysnue eller matallergi. I en norsk studie av 10-åringer hadde 87 prosent av barna høysnue (allergisk rhinitt), astma, atopisk eksem eller konjunktivitt (kløende/rennende øyne) (507). Hos barn er det en stor grad av sam sykkelighet mellom astma og allergiske sykdommer. Om lag 12 prosent av barna hadde alle disse sykdommene (507).

Forekomsten av diabetes øker blant barn og unge. Siden 1970-årene har det vært en dobling i antall nye tilfeller av diabetes type 1 per år blant barn og unge. Diabetes type-1 utgjør 97 prosent av diabetestilfellene i aldersgruppen 0–17 år viser tall fra Barnediabetesregisteret i 2019 (508). Diabetes type 1 kan foreløpig ikke forebygges (509).

De siste ti årene har psykiske plager og lidelser økt blant barn og unge. Depresjon, angst og anoreksi er ikke uvanlig (510). I aldersgruppen 0–11 år er andelen som er registrert med en diagnosekode for psykiske lidelser i kommunehelsetjenesten, høyere for gutter enn for jenter. I aldersgruppen 12–24 år endrer dette seg, med en høyere andel jenter enn gutter. I spesialisthelsetjenesten har andelen jenter som blir behandlet for psykiske lidelser steget over tid, men dette gjelder i hovedsak jenter i alderen 12–24 år (511). Se videre omtale i kapittel 9.

8.3 Barns bruk av helsetjenester

Data fra allmennlegetjenesten viser at jenter 0–15 år ofte kommer til fastlegetjenesten med luftveisinfeksjoner, ørebetennelser og hudlidelser. I tillegg er det en del konsultasjoner for magesmerter, diaré og forstoppelse. Blant jenter 10–19 år er skader og forgiftninger, blindtarmbetennelse, epilepsi og luftveislidelser de mest vanlige årsakene til døgnopphold i spesialisthelsetjenesten (22).

Andelen små barn med konsultasjon hos legevakten har gått ned de siste årene. Blant jenter under 16 år er det særlig ulike luftveislidelser som medfører mange legevaktbesøk. Rundt et av tre besøk gjelder lidelser som for eksempel RS-virus, covid-19, influensa og forkjølelser. Også i kategorien «allment og uspesifisert» er det en del besøk, herunder ulike infeksjonssykdommer. Samme mønster finner vi for muskel- og skjelettlidelser hvor alt av forstuinger og brudd er samlet. Legevaktbesøk for ulike hudlidelser som eksem og allergiske utslett er også vanlig blant jenter 0–15 år (22).

Det er særlig sykdommer i åndedrettsystemet som medfører innleggelser for jenter i alderen 0–9 år, blant annet akutte infeksjoner i luftveiene, lungebetennelser og influensa. Jenter i alderen 10–19 år er sjelden på sykehus, de tilhører den gruppen som i minst grad må legges inn. Skader og forgiftninger, sykdom i fordøyelsessystemet (som blindtarmbetennelse), nervesystemet (som epilepsi) og luftveislidelser er de vanligste grunnene til sykehusinnleggelse i denne gruppen (22).

8.4 Ulikhet i barndommen

Flere undersøkelser viser at det er sosiale forskjeller i helseatferd, sykkelighet og dødelighet blant barn og unge. Sykdom i ung alder kan gi helsemessige utfordringer som samles opp over livsløpet. Helseforskjeller som oppstår i barndommen, kan prege den enkelte senere i livet (512). Barn og ungdom som vokser opp i familier med høy sosioøkonomisk status, har det bedre med seg selv, er mer fornøyd med foreldrene sine, med skolen de går på og med lokalmiljøet de bor i enn ungdommer fra lavere sosiale lag (505). De er også i større grad med i organiserte fritidsaktiviteter, de trener mer, spiser sunnere og har færre helseplager enn ungdom fra familier med lavere sosioøkonomisk status.

Barn i lavinntektsfamilier eller i familier med lav utdanning synes altså å være mest utsatt (505).

Studier har vist at omfanget av subjektive helseplager er størst blant dem som har minst ressurser i oppveksten (513). Blant annet er psykiske lidelser 3–4 ganger mer utbredt hos barn med foreldre med lav inntekt (502). Forskjellene vedvarer over livsløpet og gjenfinnes når disse barna blir voksne (512).

En del barn i Norge vokser opp med rusproblemer i familien. En kunnskapsoppsummering om barn og partnere til personer med rusproblemer (514) viser at barn som vokser opp med foreldre med rusproblemer, står i en krevende livssituasjon. Barna vokser opp med utfordringer både i hverdagsliv og nære relasjoner. De er sårbare for fysiske og psykiske helseutfordringer og for selv å utvikle rusproblemer. I tillegg har de økt risiko for å bli utsatt for vold og traumer. Barna opplever også utfordringer innen skole, familie- og hverdagsliv.

Å oppleve at foreldrene går fra hverandre har blitt knyttet til negative helseutfall blant enkelte barn både på kort og lang sikt. Nær ett av fire barn og unge opplever at foreldrene flytter fra hverandre i oppveksten. Det kan være mange grunner til forskjeller i helse og helseatferd som oppstår. For det første fører samlivsbrudd ofte til mindre samvær med en av foreldrene. Konflikt mellom foreldrene før og/eller etter bruddet kan dessuten være belastende for barnet. At foreldrene må ha hver sin husholdning etter bruddet, kan også medføre dårligere økonomi. Det kan også være at foreldre som går fra hverandre, oftere har psykiske helseplager og en mindre helsefremmende atferd og at dette påvirker barna direkte. Det er blant annet observert høyere forekomst av angst og depresjon og bruk av tobakk, alkohol og ulovlige rusmidler blant tenåringer etter foreldres samlivsbrudd (515). Studier som har sett på utfall inn i ung voksen alder, har funnet at de som har opplevd foreldrenes samlivsbrudd har dårligere psykisk helse og helseatferd, som innebærer høyere forekomst av røyking og høyere alkoholforbruk (516).

8.5 Barndommens betydning for helse gjennom livet

Det er i dag stor tilslutning til at erfaringer og opplevelser i barndommen gir avtrykk og får betydning for helse senere i livet. The Adverse Childhood Experience Study (ACE-studien) fra 1998, som inkluderte over 17 000 voksne amerikanere, undersøkte åtte negative barndomsopplevelser og deres betydning for psykisk og fysisk helse i vok-

Boks 8.1 Kvinnestemme

«Jeg var heldig: Jeg hadde en trygg og normal barndom. Men da puberteten satte inn, i 12–13 års-alderen, skulle det bli begynnelsen på en kaotisk tenårings-tilværelse, med omfattende mobbing, overgrep, og langvarig seksuell utnyttelse fra en jeg hadde tillitt til. Jeg ble hovedsakelig mobbet av gutter, og en stor del av mobbingen var kjønns- og sex-basert. Som da jeg ble mobbet for å ha blitt utsatt for et overgrep av en eldre gutt da jeg var 13.

Min overlevelsesstrategi ble å benekte, for meg selv og andre, at ting gikk inn på meg. Jeg lot til å overbevise lærerne. Jeg var agitert og tidvis aggressiv, jeg eksperimenterte med rus, jeg var flink på skolen og kom fra en skikkelig familie. Så problemet måtte være atferd – jeg ble utredet for ADHD. Jeg havnet i BUP. Ingen spurte meg om traumer. Det var bare snakk om rus og uhensiktsmessige dagdrømmer.

20 år gammel ble jeg psykiatrisk innlagt, og var svært syk i mange år. Traumene fra tenårene ble aldri adressert, og jeg hadde fått det for meg at ingen ville høre uansett. Først nå, når jeg er 32, har jeg fått jobbet med traumene fra ungdomstiden, og har fått betydelig mindre symptomer på kompleks PTSD.

Jeg tror mye kunne sett annerledes ut om jeg fikk hjelp da jeg var tenåring, ikke 15–20 år senere. Barn og unge som bagatelliserer egne traumer, som unnviker og er vanskelig å komme innpå, er vanlig. Jeg håper folk som jobber med barn kan forstå at det at man framstår som «tøff og mestrende», ikke nødvendigvis betyr at man tåler alt. Det kan bety at man ikke engang tør å vise hvor smertefullt det egentlig er, hverken til seg selv eller andre, av frykt for å bli avvist enda en gang.»

Kvinne, 32 år.

sen alder (37). Studien viste hvordan mennesker med flere negative barndomsopplevelser skåret høyest på psykisk sykdom i voksen alder. Samtidig var de også i høyere grad rammet av somatiske tilstander som blant annet diabetes, revmatiske sykdommer, hjertelidelser og astma. Studien var retrospektiv, det vil si at personene ble spurt om å huske tilbake til sin egen barndom, med alle de feilkilder det kan medføre. Imidlertid har en prospektiv studie, hvor man har fulgt barn fra barndom til voksen alder, dokumentert tilsvarende funn (517).

I årene etter ACE-studien er det gjennomført en rekke studier som har undersøkt konsekvenser av negative barndomsopplevelser (281). Særskilt er det funnet sammenhenger mellom vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen og negative konsekvenser for helse gjennom livsløpet (281). Det er også funnet kjønnsforskjeller i forekomst av negative barndomsopplevelser og hvordan disse påvirker helse. Blant annet viser studier at kvinner i større grad enn menn rammes av psykiske lidelser, blodtrykkslidelser og hjerte- og karsykdom som følge av negative barndomsopplevelser, og at det er kjønnsforskjeller knyttet til barndomsopplevelser og tidlig død (518–521).

Se videre omtale av helsekonsekvenser av vold og overgrep i barndommen, i punkt 5.5.2.

8.6 Utvalgets vurdering

I dette kapitlet har vi sett på barndommens betydning for helse gjennom livet. Vi har sett at trygg tilknytning og en god omsorgssituasjon legger grunnlaget for god utvikling og helse hele livet (522), og at negative barndomsopplevelser kan ha langvarige og alvorlige konsekvenser for helse og livskvalitet.

Utvalget mener at det er viktig at helse- og omsorgspersonell har god kunnskap om betydningen av traumer i barndommen, og at de anender denne kunnskapen i sine møter med både voksne og eldre kvinner. Utvalget legger til grunn at helsepersonell må se menneskers lidelser i sammenheng med deres levde liv (523).

Det ligger et enormt forebyggingspotensial i å forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn. Sammen med opplæringssektoren og justissektoren spiller helsesektoren en sentral rolle (262). Alle ansatte i helse- og omsorgstjenesten har et personlig ansvar og lovpålagt plikt til å være oppmerksom på forhold som gir grunn til å tro at noen blir utsatt for vold eller overgrep (524). Dette innebærer at helse- og omsorgspersonell på tvers av fagområder skal være oppmerksomme på tegn som kan gi mistanke om alle former for vold og overgrep (525). Riksrevisjonen har undersøkt

myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner (122). Undersøkelsen viser at det er behov for å gjøre ansatte i helse- og omsorgstjenesten bedre rustet til å fange opp og følge opp voldsutsatte i arbeidet mot vold og overgrep mot barn, og vold i nære relasjoner.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 28 Prioritere arbeidet med å gjøre helse- og omsorgstjenesten bedre i

stand til å forebygge, avverge og avdekke vold og overgrep mot barn.

I de neste kapitlene vil utvalget ta for seg kvinners helse gjennom pubertet, reproduksjon, overgangsalder og alderdom. Utvalget legger til grunn at fundamentet for kvinners helse og helseutvikling i disse fasene for mange er lagt allerede i barndommen.

Kapittel 9

Ungdom og unge kvinner

9.1 Innledning

Ungdomstiden kjennetegnes av store endringer både kroppslig, følelsesmessig, kognitivt og sosialt. I overgangen fra barndom til kjønnsmoden alder starter produksjonen av kjønns-hormoner og kjønns-celler. Kjønnshår, voksende bryster og bredere hofter er blant de kroppslige endringene i denne fasen. Hormoner påvirker både kropp og sinn, og den første menstruasjonen kommer i denne perioden. Mange jenter debuterer seksuelt og begynner med prevensjon. Det er i denne fasen av livet at kjønn for alvor begynner å få betydning for den enkeltes helse- og sykdomsbilde.

Ungdomstiden til jenter i Norge har endret seg de siste 30 årene (526). Teknologiske muligheter, sosiale medier og en betydelig velstands-økning har påvirket mange ungdommers helse på godt og vondt. De fleste norske ungdommer er aktive på sosiale medier, og jenter er særlig aktive brukere av plattformer for bilde- og videodeling, som Snapchat og Instagram, der følgere kan like og kommentere (527). De siste årene har det vært flere nyhetsoppslag og offentlig debatt rundt mulige negative helsekonsekvenser som følge av sosiale medier, blant annet som en arena for kroppspress og skadelig innhold. Utvalget er opp-tatt av å behandle denne tematikken grundig og belyser dette nærmere i kapittel 15 om kvinne-helse og sosiale medier.

Selv om de fleste jenter opplever helsen sin som god, rapporterer stadig flere unge jenter og kvinner om psykiske helseplager. Andelen med angst, depresjon og spiseforstyrrelser er økende i denne gruppen. Mange jenter erfarer helse-utfordringer knyttet til menstruasjon og plager og sykdommer i underlivet. I unge kjæresteforhold opplever en betydelig andel unge jenter og kvinner fysisk, digital og seksuell vold.

I dette kapitlet ser utvalget nærmere på jenter og unge kvinners helseutfordringer og hvordan disse blir møtt i helsetjenesten. Utvalget legger til grunn at helseutfordringer som oppstår tidlig, kan

få alvorlige konsekvenser gjennom livet. God fysisk og psykisk helse blant ungdom og unge voksne er derfor en grunnleggende forutsetning for best mulig helse i voksen alder.

Utvalget har valgt å løfte fram utvalgte helse-utfordringer som påvirker en betydelig andel jenter og unge kvinner i Norge i dag. Særs-kilt ønsker utvalget å belyse den senere tids utvikling i unge kvinners psykiske helse. Utvalget løfter også helseutfordringer knyttet til menstruasjon og vulvaplager, seksuell helse, kjærestevold og seksuell trakassering og seksuelle overgrep samt langvarig utmattelse.

9.2 Jenter og unge kvinners helse

De fleste jenter og unge kvinner har det godt i Norge i dag. De fleste rapporterer om god fysisk og psykisk helse. I denne delen av livsløpet er mange unge kvinner under utdanning (om lag 70 prosent). Det er flere unge kvinner med høyere utdanning nå sammenliknet med for 15 år siden. Og langt de fleste kvinner i denne livsfasen er single – hele 84 prosent. Unge i dag venter stadig lenger med å etablere seg, og færre enn før velger ekteskap som samlivsform (22).

Ungdom opplever i all hovedsak at de har god helse og er tilfredse med livet. Jenter har imid-ler-tid mer subjektive helseplager og mindre god helse og livstilfredshet enn gutter. Det kan se ut til at unge kvinner i dag har litt dårligere opplevd helse sammenliknet med jevnaldrende kvinner i 2002. Mens 90 prosent av unge kvinner (16–24 år) hadde god helse i 2002, hadde 87 prosent god helse i 2019. I 2019 sa 4 prosent at helsen var dår-lig, mot 1 prosent i 2002 (22).

Andelen med fedme har økt blant unge kvinner over tid. Totalt er rundt 7 prosent av unge kvinner (16–24 år) undervektige ($KMI \leq 18,5$), mens om lag 15 prosent er overvektige ($KMI \geq 27$). Av disse har 6 prosent fedme ($KMI \geq 30$). Tidlig på 2000-tallet var det kun 1 prosent av unge kvinner som hadde fedme (22). Samtidig ser vi at

Boks 9.1 Konsekvenser av koronapandemien

Under koronapandemien opplevde ungdom endringer i hverdagen med mer digital undervisning og hjemmeskole og sterkt redusert organisert fritidstilbud og begrensninger i kontakt med venner. Flere av hjelpetjenestene for barn og unge hadde sterkt redusert kapasitet under pandemien, og terskelen for å be om hjelp ble høyere. Flere barn og unge kan ha måttet leve med vold og overgrep over lengre tid. Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom var også mindre tilgjengelig enn vanlig under pandemien. Dette kan få konsekvenser for ungdom både på kort og lang sikt (528).

mange unge jenter har flere helseproblemer knyttet til kroppsbilde, spisevaner og sosialt press. Vi mangler kunnskap om hvilke forhold i samfunnet som gjør at disse problemene vokser, og vi vet heller ikke helt hva man bør gjøre for å behandle dem (510).

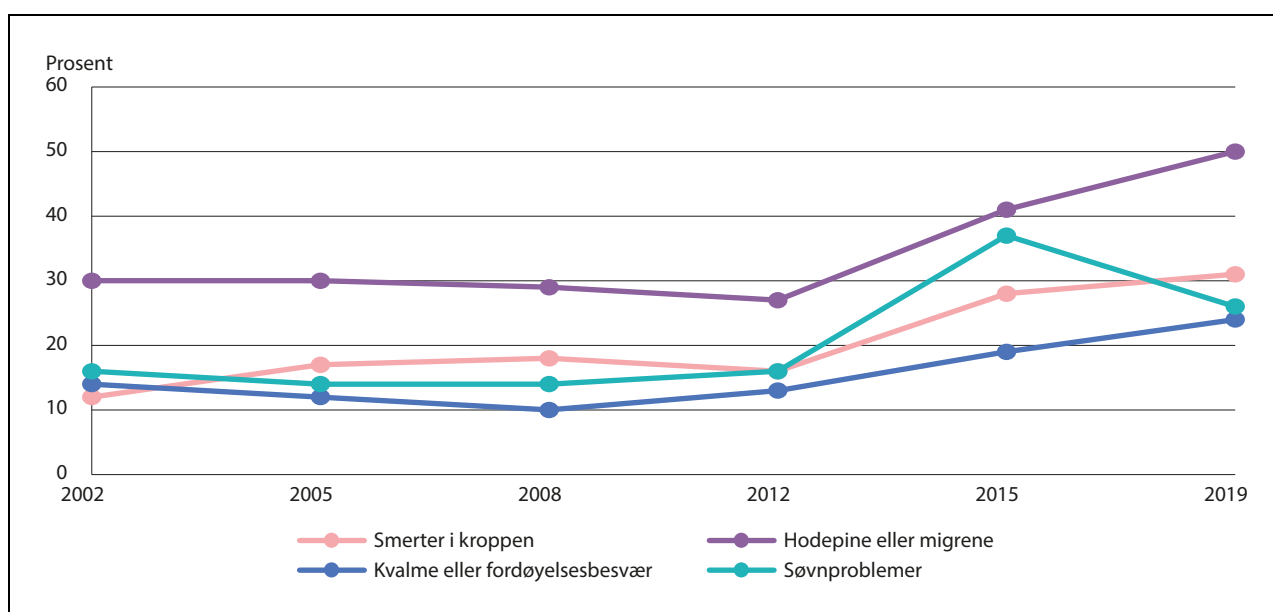
I det store bildet er dagens unge i større grad lovlidige og mer skoletilpasset enn tidligere ungdomsgenerasjoner. Det gjelder særlig unge kvinner. Til tross for dette er det mange unge kvinner som opplever betydelig stress, føler seg

«utilstrekkelige» og som utvikler psykosomatiske plager. Det har vært en økning i psykosomatiske plager som magesmerter, hodepine og søvnvansker blant unge kvinner (16–24 år) de siste 20 årene (se figur 9.1). Halvparten av unge kvinner i alderen 16–24 år har vært plaget av hodepine eller migrene i løpet av en måleperiode på tre måneder, og en av tre hadde smerter i kroppen (22). 7 prosent sier at de har hatt sterke hodesmerter. Så mange som en av fem unge kvinner (16–24 år) hadde søvnvansker i 2019. Omfanget og økningen i psykosomatiske symptomer må ses i sammenheng med at stadig flere unge kvinner har psykiske plager og lidelser. Særlig vanlig er ensomhet, angst, depresjon og spiseforstyrrelser (22).

9.3 Jenter og unge kvinners bruk av helsetjenester

Nær åtte av ti unge kvinner i alderen 16–24 år har vært hos fastlegen i løpet av året. Rundt tre av ti har hatt minst fem konsultasjoner det siste året. Blant unge kvinner i alderen 16–19 år har antall fastlegekonsultasjoner økt noe i perioden 2012–2021. Unge kvinner (16–24 år) får sjeldnere time samme dag eller neste dag, særlig sammenliknet med eldre kvinner (80 år og eldre), henholdsvis 26 og 39 prosent (22).

Unge kvinner bruker legevakten mer enn befolkningen ellers. Omtrent én av fem unge kvinner har vært på legevakten det siste året. I alderen 16–19 år har 2,5 prosent hatt tre eller flere



Figur 9.1 Andel unge kvinner (16–24 år) med symptomer som smerter, søvnproblemer, eller kvalme/fordøyelsesbesvær i utvalgte år (22).

besøk på legevakten i løpet av ett år. I den kvinnelige befolkningen er det bare jenter i alderen 0–5 år som har hatt flere besøk på legevakten enn 16–19-årige jenter (22).

Jenter i alderen 10–19 år er sjelden på sykehus, og tilhører den gruppen som i minst grad blir innlagt. Rundt 3 prosent av jenter i denne gruppen var innlagt på sykehus i 2021. Gjennomsnittlig antall liggedager var 3,1 dager. Skader og forgiftninger, sykdom i fordøyelsessystemet (som blindtarmbetennelse), nervesystemet (blant annet epilepsi) og luftveislidelser er blant de vanligste grunnene til sykehusinnleggelse. Videre var 31 prosent av unge kvinner i alderen 16–24 år hos legespesialist på poliklinikk eller hos privat spesialist i 2019. Det er lavere bruk av spesialist blant studenter sammenliknet med den kvinnelige befolkningen ellers (22).

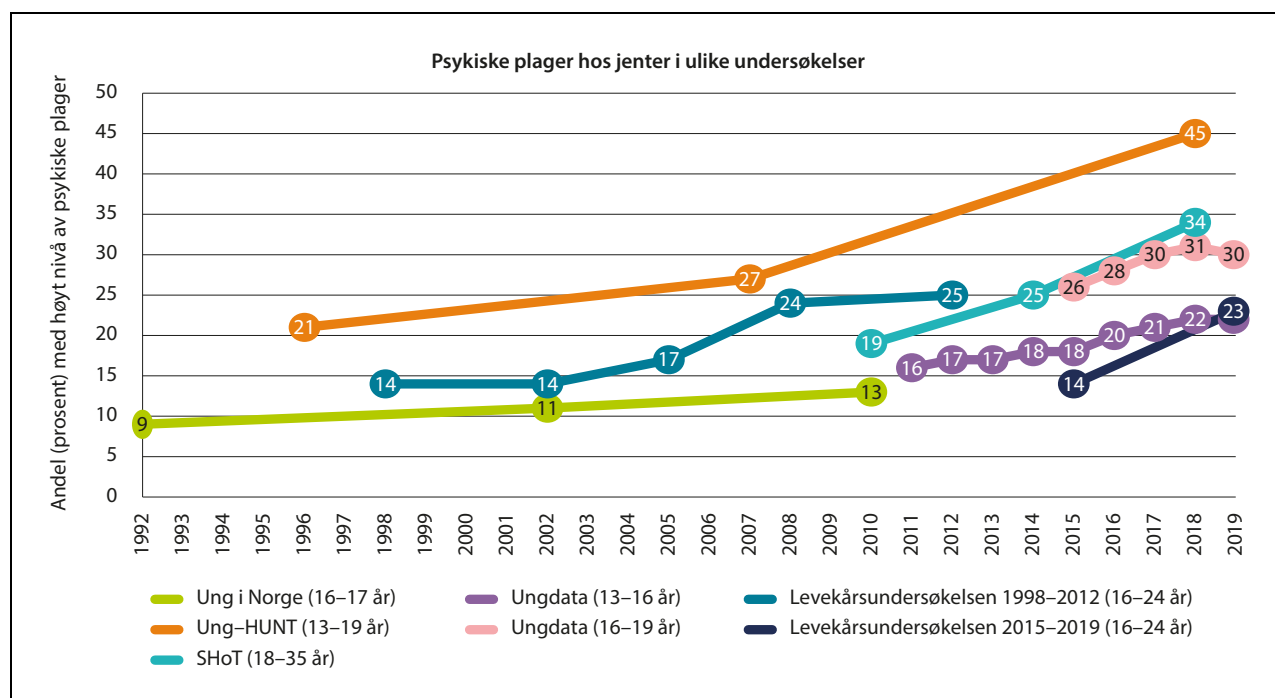
Å gå til psykolog er langt vanligere i den yngre enn i den eldre delen av befolkningen. 19 prosent av unge kvinner i alderen 16–24 år har vært hos psykolog det siste året, sammenliknet med 1 prosent blant kvinner i alderen 67–79 år. 4 prosent av unge kvinner i alderen 16–24 år har vært hos psykiater. Å ha ulike psykiske utfordringer eller lidelser som øker behovet for en psykolog, ser ut til å være nært forbundet med ungdomstid og ung voksentid. Det er særlig de kvinnelige studentene som utpeker seg, og her har nesten en av fire vært hos en psykolog. Andelen kvinner som oppgir at de har vært hos en psykolog, er doblet de siste 20

årene. Økningen er mest markant blant kvinner i alderen 16–24 år og 25–44 år (22).

9.4 Psykisk helse

Dagens ungdomsgenerasjon er i hovedsak veltilpasset, og aktive. De fleste unge har gode relasjoner til sine foreldre og venner, og de er fornøyde med skolen de går på og lokalmiljøet de bor i (529). Likevel er psykiske plager og lidelser ikke uvanlig blant jenter og unge kvinner. En rekke studier viser at andelen jenter i alderen 13–24 år som rapporterer om psykiske plager som stress, har økt de siste tiårene (se figur 9.2). Undersøkelsene har målt og definert psykiske plager ulikt, men alle rapporterer om et økt nivå (511). Andelen jenter og unge kvinner som blir diagnostisert med en psykisk lidelse, har også økt de siste tiårene (511). Forekomsten av depresjon er høyere hos jenter enn hos gutter fra 12-årsalderen, og kjønnsforskjellene øker i ungdomstiden før den minker noe igjen (511).

Hele 22 prosent av unge kvinner mellom 16 og 24 år hadde betydelige psykiske plager i 2019 (22). Ifølge en NOVA-undersøkelse blant ungdom handler mye av de psykiske plagene hos jenter om skolerelatert stress og krav og press knyttet til kropp og utseende (530). En tredel av jentene opplever forholdsvis lite press, en tredel opplever en del press, og en tredel opplever mye press.



Figur 9.2 Psykiske plager hos jenter i ulike undersøkelser (511).

Boks 9.2 Psykiske plager eller psykiske lidelser?

Det er viktig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager brukes om symptomer som kan oppleves belastende, men som ikke nødvendigvis krever oppfølging i helsetjenesten, som for eksempel bekymring og nedstemthet. Psykiske lidelser derimot brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Dette er tilstander som ofte vil begrense muligheten til normal livsutfoldelse, og derfor ofte vil kreve oppfølging i helsetjenesten, som for eksempel angst og depresjon. Det finnes få norske studier om forekomst av psykiske lidelser hos barn og unge (511).

Nesten halvparten av alle jenter opplever mye eller svært mye press om å gjøre det godt på skolen. Jenter opplever også betydelig mer kroppspress enn gutter (531). Det er viktig å anerkjenne at å leve med høy grad av stress over tid, medfører forhøyet risiko for å utvikle psykiske og somatiske plager.

Flere undersøkelser tyder på at ensomhet øker blant norsk ungdom, også før koronapandemien. Ifølge Ungdata-undersøkelsene, som gjennomføres på ungdomsskoler og videregående skoler, har det

Boks 9.3 Forebygging og psykisk helsefremmende innsats

Grunnlaget for god psykisk helse og livskvalitet legges i familien, skolen, arbeidslivet og på andre arenaer gjennom hele livet (529). Forebyggende og helsefremmende innsats på ulike arenaer er viktig for å styrke jenter og unge kvinners psykiske helse. Det psykisk helsefremmende arbeidet skjer i hovedsak utenfor helse- og omsorgssektoren. Skolen er viktig arena hvor barn og unge kan utvikle god psykisk helse og mestring. Psykisk helsefremmende innsats i skolen vil treffe de fleste barn og unge. I 2020 ble temaet *Folkehelse og livsmestring* innført i skolen for å gi barn og unge kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse (534).

vært en jevnt økende andel unge i perioden 2011–2019 som oppgir at de er plaget av ensomhet. Ulike undersøkelser viser at ungdom i økende grad sier at de føler seg ensomme. Blant gutter økte andelen som var mye plaget av ensomhet, fra 16 til 23 prosent, blant jenter fra 29 til 32 prosent (22). Studentenes helse- og trivselsundersøkelse fra 2022 viser at over 24 000 studenter i Norge er ensomme. Det er særlig de yngste studentene og de kvinnelige studentene som er ensomme (532).

Flere unge voksne føler også en større bekymring for framtiden. Det kan være bekymringer knyttet til usikkerhet i verdensøkonomien, klima og miljø eller bekymringer knyttet til egen økonomi og framtid (22). I noen tilfeller mener forskere at bekymring og grubling kan bidra til å opprettholde psykiske plager og lidelser (160, 533).

9.4.1 Angst og depresjon

Angstlidelser og depresjon er de vanligste psykiske lidelsene i Norge (7). Det har vært en økning i antall barn og unge med symptomer på angst og depresjon de siste 20 årene. I 2017–2019 hadde nesten dobbelt så mange unge i alderen 13–19 år symptomer på angst og depresjon sammenliknet med perioden 1995–1997. Det er jentene som sliter mest. I 1995–1997 hadde 21,1 prosent av jentene symptomer på depresjon, mot 10,2 prosent av guttene. 20 år senere hadde 44,4 prosent av jentene og 16,4 prosent av guttene symptomer på depresjon (535). Dette er en markant økning på over 23 prosentpoeng for jentene. Flere jenter med innvandrerbakgrunn har symptomer på angst og depresjon enn jenter uten innvandrerbakgrunn (349).

9.4.1.1 Angstlidelser

Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander som kjennetegnes av irrasjonell frykt. Flere jenter enn gutter i ungdomsårene blir diagnostisert med angstlidelser. Fire av 1000 jenter i alderen 3–17 år fikk en angstdiagnose for første gang i 2015, mot to av 1000 gutter. De siste årene har antallet barn og unge som får en angstdiagnose, for første gang økt. Økningen har vært særlig stor blant jenter. Antall jenter som fikk en angstdiagnose i 2015, var dobbelt så høyt som i 2010 (536).

Fra 2011 til 2020 har det vært en jevn og betydelig økning i andelen jenter og unge kvinner i alderen 16–24 år med angstlidelser. Økningen har vært størst i alderen 16–19 år. Andelen jenter med angstlidelser i denne gruppen har steget fra 1,4 prosent i 2011 til 2,9 prosent i 2020. Blant unge

Boks 9.4 Generalisert angstlidelse

Generalisert angstlidelse preges av vedvarende sterk spenning, uro, rastløshet og bekymringer samt kroppslige symptomer som skjelving og svimmelhet. Generalisert angstlidelse debutterer ofte i ungdomsårene og er den vanligste angstlidelsen ved 14-årsalderen (511). Forekomsten av generalisert angstlidelse er høyere blant kvinner enn blant menn (537, 538). Både kognitiv atferdsterapi og metakognitiv terapi er effektive behandlingsmetoder for generalisert angstlidelse (539, 540).

kvinner i aldersgruppen 20–24 har andelen steget fra 1,6 prosent til 2,8 prosent i samme tidsperiode (511). Andelen barn og unge med angstlidelser som blir behandlet med medisiner, har derimot holdt seg stabilt lav (536).

9.4.1.2 Depressive lidelser

Depressive lidelser kjennetegnes av nedstemthet, redusert energi og svekket konsentrasjon og interesse for omgivelsene. Om lag én av ti vil få en depressiv lidelse i løpet av et år. Fra 12-årsalderen er forekomsten av depresjon høyere hos jenter sammenliknet med hos gutter. Kjønnforskjellen øker i ungdomstiden før den minker noe igjen (511).

Andelen jenter i alderen 16–19 år med en depresjonsdiagnose økte fra rundt 2 prosent i 2010 til 3 prosent i 2015. Fra 2015 har andelen vært synkende (511). Blant unge er bruken av antidepressiver lav, men den er økende, særlig for jenter. I 2017 var det 2144 jenter som brukte antidepressiver, sammenliknet med 1277 i 2008. Blant jenter i alderen 15–17 år økte antallet som brukte antidepressiver, fra 1074 til 1874 i samme periode – det er nesten en dobling. For gutter økte antall brukere fra 909 til 1129 (541, 542).

9.4.2 Selvskading og selvmord

Det er svært få selvmord blant ungdom i Norge. Både antall selvmord og selvmordsraten blant ungdom er betydelig lavere blant ungdom enn blant voksne. Allikevel er selvmord en av de vanligste dødsårsakene blant barn og unge i Norge (548).

Boks 9.5 ADHD og autisme hos jenter

Studier viser at ADHD og autisme ofte kommer til uttrykk på ulik måte hos gutter og jenter (543–546). Blant annet er jenter med ADHD ofte mindre hyperaktive og impulsive enn gutter, selv om de har store oppmerksomhetsvansker. Jenter med autisme er ofte flinkere enn gutter til å kamuflere autismesymptomene ved å imitere andres sosiale adferd. Det ser derfor ut som at diagnosekriteriene for ADHD og autisme ikke er godt nok tilpasset til å fange opp jenter. Dette kan føre til at ADHD og autisme ikke oppdages blant jenter, eller at det oppdages senere. Over tid kan dette føre til angst, depresjon og spiseforstyrrelser blant udiagnostiserte jenter og kvinner. Det er nesten dobbelt så mange gutter som jenter i alderen 6–17 år som diagnostiseres med ADHD, og mer enn fire ganger så mange gutter som jenter får en autismediagnose (543–545, 547).

I 2020 utgjorde personer under 20 år 5,6 prosent av alle selvmord i Norge (549). Ifølge Dødsårsaksregisteret var det 37 barn og unge i alderen 0–19 år som tok sitt eget liv i 2020. 11 av dem var jenter (147). I 2011 rapporterte 9 prosent av jentene og 4 prosent av guttene på 8. til 11. trinn i Stavanger at de har forsøkt å ta sitt eget liv (550). I 2008–2018 hadde hele 40,5 prosent av alle jenter i alderen 10–19 år som begikk selvmord, hatt kontakt med psykisk helsevern for barn og unge i løpet av det siste året før selvmordet (548).

Selvskading refererer til villet egenskade uten intensjon om å dø (551). Siden mange er usikre på om de ønsker å dø eller ikke, kan skillet mellom selvskading og selvmordsforsøk være uklart (550). Kutting er den formen for selvskading som unge oftest tyr til (551). Forekomsten av selvskading er særlig stor i ungdomsalderen, men relativt få unge som selvskader, kommer i kontakt med helsetjenesten (551). Selvskading er et stort og økende problem blant ungdom i Norge (552).

Mer enn én av fem jenter rapporterte om selvskading i 2018. Fra 2002 til 2018 har andelen ungdom som rapporterer om selvskading, økt fra 4,1 prosent til 16,2 prosent – det er nesten en fire-dobling. Økningen har vært høyest blant jenter. I 2002 rapporterte 5,2 prosent av jenter om selv-

skading, mot 22,4 prosent i 2018 (552). En kvalitativ studie fra 2021 viser at ytre press og krav til å lykkes på mange arenaer, er en viktig årsak til selvskading blant unge. Mange opplever at de aldri blir «gode nok», og føler stor skam over at de skader seg selv (553).

9.4.3 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser kjennetegnes ved overopptatt av mat, kropp og spising (22). Kroppsstørrelse og vekt har stor betydning for selvbildet til personer med spiseforstyrrelser (554). Spiseforstyrrelser går ofte utover andre områder i livet som studier, jobb og sosiale relasjoner, fordi svært mye tid og ressurser brukes på handlinger knyttet til mat og spising. Det skilles i hovedsak mellom tre typer spiseforstyrrelser (554):

- anoreksi – som kjennetegnes av at man er alvorlig undervektig og begrenser hvor mye man spiser
- bulimi – som kjennetegnes av overspising og framkalling av brekninger og oppkast, men også misbruk av avføringsstabletter, fasteperioder eller overdreven trening
- overspisingsslidelse – som kjennetegnes av episoder med overspising uten kompenserende handlinger som ved bulimi

Ortoreksi regnes av mange som den fjerde spiseforstyrrelsen, og den kjennetegnes av en usunn besettelse av å spise riktig og sunn mat. Det er imidlertid ikke en offisiell diagnose i det medisinske klassifikasjonssystemet (ICD-10) (555).

I Norge har man beregnet at forekomsten av anoreksi, bulimi og overspisingsslidelse er henholdsvis 0,3, 2 og 3 prosent (554). Forskning viser at spiseforstyrrelser rammer flest kvinner; nesten tre firedeler av alle som lider av spiseforstyrrelser er kvinner, og nesten halvparten er under 30 år (556). Til enhver tid har om lag 50 000 norske kvinner i aldersgruppen 15–44 år en spiseforstyrrelse (554).

I 2020–2021 ble utbredelsen av spiseforstyrrelser blant ungdom i Norge undersøkt for første gang siden 1999. Undersøkelsen¹ viser at en av tre jenter i alderen 16–19 år opplever store problemer knyttet til mat, kropp og spising, og hele 16 prosent oppfyller kriteriene for en spiseforstyrrelse. Totalt oppfyller en av ti ungdommer i videregående skole kriteriene for en spiseforstyrrelse.

¹ Artikkelen er til vurdering ved det fagfelleverderte, internasjonalt anerkjente tidsskriftet *International Journal of Eating Disorders*, men er ennå ikke publisert.

Bare 35 prosent av dem som oppfylte diagnosekriteriene, var under behandling for psykiske lidelser. Forskerne peker på at det er mye skam og skyld forbundet med spiseforstyrrelser, og at ungdom derfor ofte har vanskelig for å oppsøke hjelp (557). Bare 30 prosent av de med anoreksi og 6 prosent av de med bulimi er i kontakt med helsetjenesten i Norge (556).

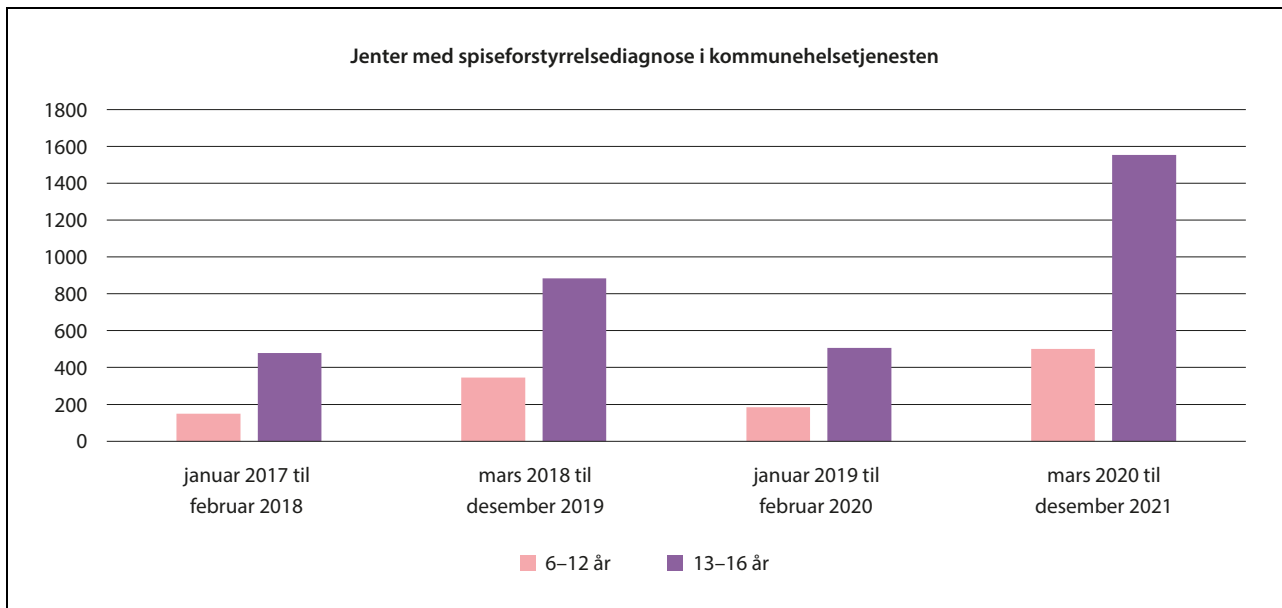
Under koronapandemien har det vært en kraftig økning i antall jenter som får behandling for spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten. Som vist i figur 9.4 er andelen doblet sammenliknet med før pandemien, mens andelen jenter i alderen 6–12 år med spiseforstyrrelser er nær tredoblet. Økningen ser ut til å henge sammen med nedstengningen som førte til stengte skoler og fritidsaktiviteter (558).

Også i kommunehelsetjenesten er det en økning i andelen jenter med spiseforstyrrelsesdiagnose før og etter pandemien, som vist i Figur 9.3. Det er begrenset tilgang på lokale og kommunale tilbud særlig for personer med spiseforstyrrelser eller et anstrengt forhold til mat og kropp. 98 prosent av ressursbruken i den offentlige helse-tjenesten går til behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten (556). Allikevel er det for liten kapasitet for behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten. Andelen pasienter med spiseforstyrrelser som får behandling, er relativt lav med tanke på forekomsten av spiseforstyrrelser

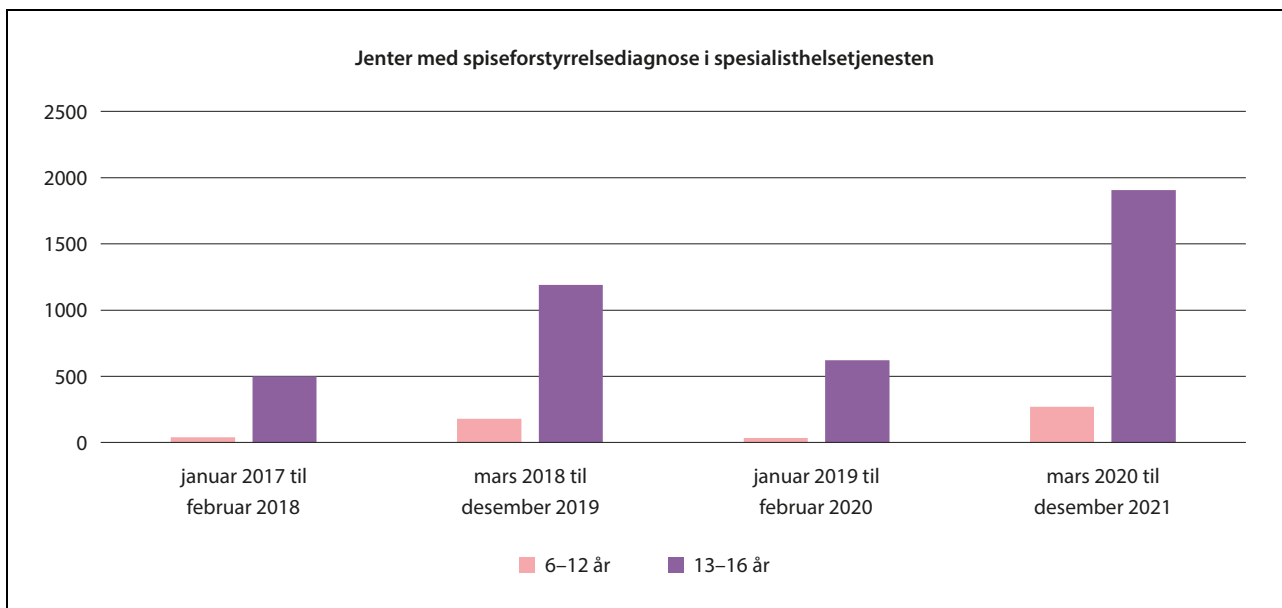
Boks 9.6 Kvinnestemme

«En giftig, ny venn som ødelegger deg og de rundt deg, men som du for alt i verden ikke vil gi slipp på. Slik vil jeg beskrive det å ha anoreksien i hodet døgnet rundt. Jeg utviklet anoreksi da jeg var 15, mens jeg nå er 19 år og frisk. Anoreksi er en forferdelig ambivalent sykdom, og den fjerner all fornuft hos den som er syk. Jeg tenkte at en smule brød kunne føre til at jeg la på meg fem kilo over natten. Et glass melk kunne drepe meg. Jeg visste ikke konsekvensene av maten, og jeg sluttet å stole på det mine nærmeste sa, for de ville bare lure meg. Årevis fylt med konstant angst, panikk, lammelse og skrekk. Det var realiteten min, og er dessverre realiteten til enormt mange andre akkurat nå».

Kvinne, 19 år



Figur 9.3 Jenter med diagnostisert spiseforstyrrelse i kommunehelsetjenesten før og under koronapandemien. Basert på Surén et al. (558).



Figur 9.4 Jenter med diagnostisert spiseforstyrrelse i spesialisthelsetjenesten før og under koronapandemien. Basert på Surén et al. (558).

i befolkningen, viser framskrivninger fra de regionale helseforetakene (559).

9.4.4 Tilbud til unge med psykiske plager og lidelser

Arbeid for bedre psykisk helse blant unge kan ha mange positive ringvirkninger på både kort og

lang sikt. Det er imidlertid flere utfordringer knyttet til dette arbeidet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten i dag.

Det er varierende hvorvidt kommunene har gode tilbud til unge med psykiske plager og lidelser. Det finnes også lite systematisk forskning som beskriver tilbudet om psykisk helsehjelp til barn og unge i kommunene i dag (560). Alle kom-

muner skal ha psykologkompetanse, men bare 84 prosent av kommunene oppfyller kravet. Andelen psykologer er mindre i kommuner som ikke ligger sentralt. Psykologen er imidlertid den hjelperen i kommunen som flest unge i alderen 16–19 år ønsker å gå til. Videre mangler mer enn 30 prosent av kommunene lavterskeltilbud om psykisk helsehjelp til barn og unge, og andelen er lavere i de små kommunene (561).

Helsestasjon for ungdom og skolehelse-tjenesten kan hjelpe til å fange opp barn og unge med psykiske plager og lidelser samt bidra til at de får nødvendig hjelp og oppfølging. Likevel har en av fem kommuner ingen egen helsestasjon for ungdom. De fleste helsestasjonene for ungdom har kun åpent en gang per uke i 3,9 timer i gjennomsnitt, og hele 20 prosent av helsestasjonene for ungdom har ikke åpent hver uke. Videre er det bare 18 prosent som har psykolog tilgjengelig. Noen flere kommuner har derimot psykiater, psykiatrisk sykepleier eller helserådgiver tilgjengelig ved helsestasjon for ungdom (562).

Flere ideelle organisasjoner tilbyr lavterskeltilbud til unge med psykiske plager og lidelser. Rådgiving om spiseforstyrrelser (ROS) er en brukerorganisasjon som tilbyr gratis støtte og veiledning til de som sliter med spiseforstyrrelser, eller har problematisk forhold til kropp, mat, trening og følelser. Antall henvendelser fra barn og unge økte med 105 prosent fra 2019 til 2021. I tillegg har antall alvorlige henvendelser, inkludert henvendelser om selvmord, økt med 75 prosent. ROS skal være et lavterskeltilbud, men det økte behovet under pandemien har ført til en lang venteliste for individuelle samtaler. I løpet av pandemien har de hatt perioder med over 200 personer på venteliste, og ventetiden vært opptil fem måneder (556).

Også ventetiden innenfor psykisk helsevern for barn og unge (spesialisthelsetjenesten) økte under pandemien. Det har vært en kraftig vekst i antall barn og unge som ble henvist til psykisk helsevern under pandemien. Behandlingsapparatet har meldt om høy belastning samt mangel på personell og rekrutteringsproblemer. Regjeringens mål er at den gjennomsnittlige ventetiden innen psykisk helsevern for barn og unge skal være under 35 dager. I desember 2021 var gjennomsnittlig ventetid på landsbasis 45 dager, en økning på seks dager fra året før. I kommuner som mangler tilbud til barn og unge med lettere og moderate psykiske lidelser, vil trykket på spesialisthelsetjenesten trolig bli større (563). Helsedirektoratet har uttrykt bekymring for at pasienter som tidligere har blitt ivaretatt i kommunehelse-

tjenesten, nå ikke får et tilbud der og dermed utvikler mer alvorlige tilstander i mangel på andre tilbud (564).

9.5 Menstruasjon

Menstruasjon markerer begynnelsen på en kvinnes månedlige syklus og innebærer at livmoren kvitter seg med det øverste laget i livmor-slimhinnen, noe som forårsaker blødninger. Den månedlige hormonelle syklusen starter hos jenter en gang mellom 9 og 17 år, som oftest i 12–13-årsalderen. I gjennomsnitt har kvinner 456 menstruasjoner i løpet av livet (565). Mange kvinner får smerter i nedre del av magen like før eller under menstruasjonen (566). I noen tilfeller kan sterke menstruasjonssmerter skyldes underliggende sykdom, som for eksempel endometriose. Noen jenter og kvinner som oppsøker helsetjenesten med plager knyttet til menstruasjon, opplever imidlertid å bli avfeid med begrunnelsen «det er bare mensesen» (567, 568).

En undersøkelse gjennomført av CARE Norge viser at hele 83 prosent av kvinner i alderen 15–19 år har gjemt sanitærprodukter i ermet eller liknende når de skal på toalettet. Flertallet av norske jenter og kvinner synes også at det var flaut å fortelle at de hadde fått menstruasjon, da de fikk menstruasjon for første gang. Dette tyder på at det fortsatt eksisterer mye skam og tabuer knyttet til menstruasjon i Norge (569). Dette kan igjen påvirke jenter og kvinners hjelpesøkende atferd.

Flere anslår at kvinner bruker omtrent 30 000 kroner på bind og tamponger i løpet av livet, hvorav 25 prosent er merverdiavgift. De siste årene har derfor flere (565, 570–572) tatt til orde for å fjerne momsen eller å gjøre sanitærprodukter gratis for alle i Norge. I 2021 ble Skottland det første landet i verden hvor sanitærprodukter er gratis for alle (573). Videre har fylkeskommunene i Nordland og Vestland innført gratis bind og tamponger i skolen (574, 575). Ifølge Skolekravet har hele 77 prosent av jenter i alderen 16–24 år opplevd ubehagelige situasjoner som følge av manglende tilgang på bind og tamponger i skolen eller på studiestedet sitt (576).

Siden 1940-tallet har gjennomsnittsalderen for første menstruasjon vært rundt 13 år. Vekststudien i Bergen viser at snittalderen for når jenter får første menstruasjon har gått ned med 2,8 måneder det siste tiåret. Nå er jenter i gjennomsnitt 12,7 år ved første menstruasjon. Det er uklart hva nedgangen skyldes, men økt forekomst av stress, overvekt og fedme og stoffer i omgivel-

Boks 9.7 Polycystisk ovariesyndrom (PCOS)

Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) rammer rundt 15 prosent av kvinner i reproduktiv alder og kjennetegnes av at hormonene er i ubalanse (579, 580). Dette fører til små cyster på eggstokkene, at eggløsningen uteblir, og sjeldne eller uregelmessige menstruasjoner. Det kan være vanskeligere for kvinner med PCOS å bli gravide, og de har også økt risiko for komplikasjoner under svangerskapet. Kvinner med PCOS sliter ofte med uønsket hårvekst på kroppen og i ansiktet samt akne. I tillegg er halvparten av alle med PCOS overvektige. Behandling inkluderer vektnedgang, hårfjerning og/eller legemidler som p-piller, spironolakton, finasterid og/eller metformin (579).

sene (hormonhermere) er mulige forklaringer. Ifølge forskerne er ikke nedgangen dramatisk, men tidligere studier har vist sammenhenger mellom tidlig pubertetsutvikling og flere uheldige helsekonsekvenser, blant annet økt risiko for kreft, hjerte- og karsykdommer og psykiske plager og lidelser (577, 578).

9.5.1 PMS og PMDD

De fleste har hørt om premenstruell tensjonsyndrom (PMS), men færre har hørt om premenstruell dysforisk lidelse (PMDD). PMS er plager som kan komme i dagene før menstruasjonen, og som avtar så snart menstruasjonen begynner. Vanlige symptomer på PMS er oppblåst mage, ømme bryster, hodepine, økt matlyst, sinne, irritasjon, anspenhet og nedstemthet (581). Det antas at rundt 80 prosent av alle kvinner har PMS-symptomer (582).

PMDD er en alvorlig form for PMS som kun rammer rundt 2–5 prosent av alle kvinner (582, 583). PMDD skiller seg fra PMS ved at det påvirker kvinnens dagligliv, sosiale relasjoner og evne til å stå i arbeid og utdanning i større grad. I tillegg til PMS-symptomer kan kvinner med PMDD blant annet oppleve depresjon og angst (583). Kvinner med alvorlig PMDD kan ha økt risiko for selvmordstanker og selvmordsforsøk (582).

Det finnes foreløpig ingen medisiner for PMDD, men hormonelle prevensjonsmidler bru-

kes av noen med varierende grad av toleranse og effekt. Ifølge organisasjonen PMDD Norge blir kvinner med PMDD ofte ikke trodd eller tatt på alvor av helsepersonell. Ofte blir symptomene bagatellisert eller psykologisert. Det er derfor behov for mer kunnskap om PMDD blant helsepersonell, særlig blant fastleger, gynekologer, psykiatere og psykologer (583).

9.6 Endometriose og adenomyose

Endometriose er en kronisk sykdom der livmor-slimhinnevev befinner seg utenfor livmoren. Det er vanligst å finne endometriose rundt eggstokker, eggledere, i bekkenet og i området mellom livmor og tarm, men endometriose kan også oppstå på andre organer, som tarmen, urinblæren og vagina (584, 585). Endometriose rammer trolig rundt 6–10 prosent av den kvinnelige befolkningen (586, 587). En sikker prevalens er vanskelig å angi fordi mange kvinner med endometriose ikke opplever symptomer, og en sikker diagnose krever kirurgi (588).

Adenomyose er betegnelsen når livmorens slimhinne vokser inn i livmorens muskellag. Nøyaktig hvor mange som rammes av adenomyose er ukjent, men er beskrevet hos rundt 20 prosent av kvinner som oppsøker gynekologisk poliklinikk med forskjellige problemstillinger (589, 590). Forekomsten øker med alderen (591).

Både endometriose og adenomyose anses å være kroniske inflammatoriske sykdommer, og de opptrer ofte samtidig, men har varierende symptom-bilde. Typisk for begge tilstander er blødningsforstyrrelser, smertefull menstruasjon og bekken-smerter samt irritasjon av urinveier og tarmfunksjon. Smerter ved samleie er også vanlig (584, 592, 593). Blødning og betennelsesreaksjon i endometriosevevet kan medføre kroniske smerter og infertilitet (584). Blant kvinner som søker hjelp for ufrivillig barnløshet, har så mange som 35–50 prosent også diagnosen endometriose (594). Mange pasienter har ingen symptomer eller er ikke så alvorlig plaget at det trengs operasjon. Mange oppdager først at de har endometriose når de utredes for infertilitet. Det finnes ingen kur for endometriose, kun behandling der målet er å redusere plager og øke livskvaliteten (584).

For noen kvinner med endometriose kan kontinuerlig bruk av p-piller eller gestagener for å stoppe menstruasjonsblødninger være tilstrekkelig behandling. Kirurgisk behandling er imidlertid det viktigste behandlingstilbudet til kvinner med store smerter og plager som følge av endo-

metriose. Kvinner med alvorlig endometriose må noen ganger gjennomgå kompliserte og risikofylte operasjoner som må utføres av spesialister med kompetanse og erfaring (584, 585, 595).

9.6.1 Kvinner med endometriose i møte med helsetjenesten

Selv om endometriose er en vanlig kvinnesykdom, er sykdommen lite kjent, også blant helsepersonell. Dette kan føre til at det tar lang tid før mange kvinner får stilt diagnosen, og at kvinner blir gående med store smerter i mange år (584). I Norge tar det rundt fem år fra kvinner får de første symptomene til de får diagnosen (11). Ifølge dansk forskning får kun rundt 1,6 prosent av kvinner endometriosed diagnose, men det ser ut til at sykdommen er betydelig underdiagnostisert, og forskerne antar at forekomsten kan være opp mot 10 prosent (596). Endometriose har store samfunnsøkonomiske konsekvenser. En internasjonal studie fra 2011 viste at kvinner med endometriose i gjennomsnitt taper 11 produktive timer i løpet av en arbeidsuke (596).

Helsepersonell som møter tenåringer med sterke menstruasjonssmerter, bør vurdere om endometriose kan være en mulig årsak. De sterke menstruasjonssmertene forårsakes av endometriose i 49–75 prosent av disse tilfellene (584). Siden symptomene på endometriose ofte oppstår i tenårene, er det viktig med undervisning om sykdommen og informasjon om hva som er uakseptable menstruasjonssmerter. Det er viktig at allmennleger og helsesykepleier på helsestasjonen

Boks 9.8 Geografiske forskjeller

Det er stor geografisk variasjon i antall inngrep for endometriose (analyse gjort ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering på oppdrag fra Kvinnehelseutvalget). I de fleste opptaksområdene var antall inngrep per 1000 kvinner mellom 1,0 til 1,6, noe som utgjør moderat geografisk variasjon. For bosatte i to av opptaksområdene, Førde og Nord-Trøndelag var det en vesentlig lavere rate (0,6), og i Vestfold var den betydelig høyere (2,5). Den høye kirurgiske aktiviteten i Vestfold kan forklares med oppbygging av et kompetansemiljø i en fase da Sykehuset i Vestfold fungerte som et uoffisielt referansesykehus for denne typen behandling (153).

Boks 9.9 Kvinnestemme

«Etter et studieopphold i utlandet kom jeg hjem på sommerferie. Jeg var lei av å ha mellomblødninger og milde smerter på hormonpreparatet jeg gikk på, og jeg bestemte meg for å bytte. Et par dager senere ble livet mitt snudd på hodet, og jeg fikk sterke kroniske smerter. Det endte med avbrutt studieopphold i Argentina, to operasjoner, kunstig overgangsalder, mange turer på legevakten, en god del medisinske traumer etter ikke å ha blitt trodd i helsevesenet, og til slutt diagnosen endometriose. I dag har jeg grunnet operasjoner og riktig hormonbehandling fått livet tilbake: jeg tar en mastergrad i antropologi og driver aktivt med hest».

Kvinne, 26 år

og i skolehelsetjenesten har kunnskap om og er oppmerksomme på symptomer på endometriose. For jenter og kvinner med endometriose er det viktig å få en diagnose tidlig slik at de kan få aksept for at det er en reell grunn til plagene. Økt kunnskap og bevissthet i befolkningen og i skole- og kommunehelsetjenesten er viktig (584).

9.7 Vulvasmerter

Ulike studier viser at 3–15 prosent av kvinner rapporterer om kroniske vulvasmerter (597–599). Kroniske vulvasmerter kan medføre alt fra ubehag til invalidiserende smerter. Mange opplever mye skam knyttet til vulvasmerter. Derfor er det sannsynligvis store mørketall for antall pasienter og et stort behov for åpenhet og anerkjennelse av denne pasientgruppen. Det er også mangel på kunnskap om vulvasmerter (600).

Vaginisme er vedvarende eller tilbakevendende ufrivillig stramning i bekkenbunnsmuskulaturen som gjør det vanskelig å føre noe inn i skjeden, for eksempel tampong eller penis.

En del ulike hudsykdommer kan oppstå i vulva, og mange av disse er kroniske. Sykdommene gir synlige forandringer i huden, og det kan oppstå smerte, kløe og strukturendringer i vulva. Noen eksempler på hudsykdommer i vulva er genital psoriasis, lichen sklerosus og lichen planus (601, 602).

Boks 9.10 Kvinnestemme

«Min sykdomshistorie begynte i 2019. Smerte-debuten var knyttet til en infeksjon som raskt ble behandlet og deretter bekreftet negativ, men smertene forble. Jeg strevde lenge med å tas på alvor av min fastlege, men ga dessverre opp. Jeg henvendte meg dermed til Sex og samfunn. Endelig ble jeg tatt seriøst og klinikken ble en sentral brikke i veien mot vulvodynidiagnosen. De gjorde egne undersøkelser og hadde gode tiltak, men hjalp meg også med å finne ut av hvor jeg kunne søke videre behandling. Jeg ønsker med denne uttalelsen å trekke fram hvor viktig det var for min helse å ha tilgang på et tverrfaglig lavterskeltilbud med kompetanse på vulvalidelser».

Kvinne, 25 år

Vulvodyni betegner vedvarende ubehag, smerter eller svie i kvinnens ytre kjønnsorgan der det ikke finnes tegn til annen sykdom eller årsak. Mange oppsøker ikke lege eller får ingen diagnose, og det er derfor usikkert hvor mange kvinner i Norge som har vulvodyni. Internasjonale tall antyder at rundt 10–15 prosent av alle kvinner rammes i løpet av livet (603). Vulvodyni kan forekomme hos kvinner i alle aldre. Plagene kan være til stede hele tiden eller utløses av berøring, penetrering, tampongbruk eller andre faktorer. Årsaken til vulvodyni er ukjent, men ser ut til å være sammensatt av ulike faktorer. Mulige årsaker inkluderer kronisk betennelsestilstand, genetiske faktorer, stram bekkenbunnsmuskulatur, stress, livsstilsfaktorer eller tidligere traumer (603, 604).

Kroniske vulvasmerter kan gi betydelige helseplager for kvinner i alle aldre og påvirker også deres partnere. Smertene går utover seksualliv, helse, dagligliv og livskvalitet. Det er lite forskning på denne gruppen når det gjelder årsaker, konsekvenser og behandlingsmuligheter, og det finnes foreløpig få gode behandlingsmuligheter. Det er spesielt lite psykologisk forskning, til tross for at psykologiske variabler ser ut til å både påvirke og bli påvirket av smertene (605, 606).

I dag har Norge tre tverrfaglige vulvapoliklinikker (Oslo, Trondheim og Tromsø), bestående av hudlege, gynekolog og sykepleier. Sverige har derimot over 20 vulvapoliklinikker i 11

fylker og er likevel bekymret for den dårlige landsdekningen (607). Alle pasienter som ønskes henvist til vulvapoliklinikk i Norge, må henvises fra spesialist, og ventetiden ved vulvapoliklinikken i Oslo er ofte opp mot seks måneder. Pasientene som henvises til vulvapoliklinikkene, har ofte ikke fått riktig diagnose eller tilstrekkelig oppfølging og behandling tidligere, til tross for mange legebesøk (608).

9.8 Seksuell helse

Seksuell helse defineres som «fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet» (609). Seksualiteten er sentral i de fleste menneskers liv fra fødselen, uavhengig av om den uttrykkes eller ikke, og omfatter blant annet kjønnsidentitet, seksuell identitet, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon. Seksualiteten kan gi mennesker glede og nytelse og bidra til å bygge relasjoner og et godt selvbylde (610).

I ungdomsårene begynner mange å utforske sin egen og andres kropp og seksualitet (611, 612). Dette innebærer blant annet å reflektere over sin egen seksuelle identitet, altså hvem en forelsker seg i, tiltrekkes av og eventuelt vil være kjæreste med. Mange unge er usikre på egen seksuelle identitet og har behov for å finne svar og definere seg selv. Gjennomsnittsalderen for seksuell debut – kjent som debutalderen – har vært stabil i Norge i mange tiår. Debutalderen for jenter er rundt 16,7 år og for gutter rundt 17,9 år. De fleste unge debuterer seksuelt med en kjæreste av egen vilje fordi de er forelsket (612).

Det er mange ting som kan fremme god seksuell helse, som lengsel, lyst, nærhet og kjærlighet – men også mange ting som kan true god seksuell helse, som sykdom, uplanlagte svangerskap og overskridelse av grenser (611). Negative seksuelle opplevelser i barndommen og ungdomsårene kan påvirke den enkeltes seksuelle helse i lang tid. Derfor er det viktig å fremme god seksuell helse gjennom hele livet, også i ungdomsårene.

9.8.1 Prevensjon

Prevensjonsbruk bidrar til å forebygge uønskede svangerskap. I Norge er det ingen øvre eller nedre aldersgrense for prevensjon. I tillegg får alle jenter og kvinner mellom 16 og 22 år økonomisk støtte for å dekke hele eller deler av kostnadene til prevensjon. Bidragsordningen gjelder alle typer hormonell prevensjon (p-piller, p-plaster, p-ring, p-stav, og hormonspiral) og kobberspiral

Boks 9.11 Myten om «jomfruhinnen»

Det har opp gjennom historien eksistert en seiglivet myte om at kvinner som ikke har hatt samleie, har en såkalt «jomfruhinne» som dekker inngangen til skjeden. Forskning har tilbakevist denne myten for lenge siden. Like innenfor skjedeåpningen finnes en ringformet slimhinnefold med elastisk bindevev, kalt hymenalfolden eller skjedekransen. Skjedekransen varierer mye fra kvinne til kvinne, fra en hinne som dekker deler av skjeden til en knapt synlig fold. I noen tilfeller kan denne vevsfolden få en rift og blø under første samleie, men hos de fleste gir ikke første samleie noen synlig skade på denne

folden. Det er derfor ikke mulig å bekrefte eller avkrefte hvorvidt en kvinne har hatt samleie eller ikke ved å gjøre en underlivsundersøkelse hvor denne folden vurderes (613).

Såkalt «jomfruhinnesjekk» er i strid med helsepersonellovens forsvarlighetsplikt. Undersøkelser for å bekrefte eller avkrefte om en kvinne fortsatt er «jomfru», innebærer medvirkning til eller legitimering av en uakseptabel kontroll av kvinners seksualliv og privatliv. Det strider også mot krav om at helsepersonell skal opptre omsorgsfullt (614).

(615, 616). Ulike typer hormonell prevensjon og kobberspiral kan også brukes som behandling for blant annet akne, smertefull menstruasjon, anemi, uregelmessig syklus, PCOS og PMS (617).

Kondomer bidrar til å forebygge uønskede svangerskap og er det eneste prevensjonsmidlet som beskytter mot seksuelt overførbare infeksjoner. Kondomer fås gratis blant annet på helsestasjon for ungdom og i skolehelsetjenesten, eller hjem i posten via [gratiskondomer.no](https://www.gratiskondomer.no) (615, 618). Det ble sendt ut mer enn 8 millioner gratis kondomer i 2019 (615).

Fire av fem kommuner har en egen helsestasjon for ungdom som tilbyr en eller annen form for prevensjon. Kondomer tilbys ved alle helsestasjoner, og hele 93 prosent tilbyr innsetting av p-stav, men bare 63 prosent tilbyr innsetting av spiral. Helsestasjoner som ikke tilbyr innsetting av p-stav og spiral, henviser jentene til lege eller jordmor for innsetting. Hos lege eller jordmor må imidlertid pasienten betale egenandel i over 60 prosent av tilfellene. I kommunene som kun har skolehelsetjeneste, er det bare 18 prosent som tilbyr innsetting av p-stav, og 11 prosent som tilbyr innsetting av spiral (562).

Siden 2014 har bruken av reseptbelagt prevensjon endret seg. Det har vært en nedgang i bruk av korttidsvirkende prevensjon (p-piller, p-plaster, p-ring og p-sprøyte) blant jenter og kvinner i alderen 15–25 år. Det har derimot vært en markant økning i antall brukere av langtidsvirkende prevensjon (p-stav og spiral) i alderen 15–35 år, særlig i aldersgruppen 15–24 år (615). Langtidsvirkende prevensjonsmidler er bedre enn korttidsvirkende prevensjon når det gjelder å hindre

uplanlagte svangerskap (619). Til tross for at nødprevensjon har blitt mer tilgjengelig de siste 15 årene, har salget gått ned fra mer enn 166 000 definerte døgndoser i 2009 til rundt 115 300 doser i 2019 (615). Noen kvinner som ikke ønsker å bli gravide, velger å sterilisere seg. For sterilisering som ikke skyldes medisinsk indikasjon, er egenandelen i 2023 på 6 079 kroner for kvinner og 1 268 kroner for menn (620).

På grunn av god tilgang på prevensjon og informasjon er det relativt få tenåringsjenter i Norge som blir gravide (22). I 2016 var det 12 jenter i alderen 15 år eller yngre og 115 jenter i alderen 16–17 år som fødte et barn, hvilket utgjorde 0,2 prosent av alle fødsler (615). De fleste tenåringsjentene som blir gravide, velger å avbryte svangerskapet. Likevel har det vært en nedgang i abortraten blant tenåringsjenter fra 16,3 aborter per 1 000 jenter i alderen 15–17 år i 2003 til 6,3 aborter i 2017 (22).

Gjennom hele sitt reproduktive liv påtar mange kvinner seg hovedansvaret for prevensjon, som for de fleste innebærer en hormonbehandling som griper inn i kroppens vanlige sykliske rytme. Den siste tiden har det vært økt oppmerksomhet på negative bivirkninger ved bruk av hormonell prevensjon både i Norge og internasjonalt (621–626). De ulike prevensjonsmidlene har ulik risiko og ulike bivirkninger. Blant annet gir p-piller med både gestagen og østrogen økt risiko for blodpropp, mens prevensjon som kun inneholder gestagen, ofte gir blødningsforstyrrelser. Mange kvinner opplever også at hormonell prevensjon påvirker dem psykisk i form av humørsvingninger og nedstemthet. De fleste må derfor

prøve seg fram med ulike typer prevensjon før de finner noe som fungerer for dem (626, 627). For noen kvinner oppleves bivirkningene imidlertid så omfattende at det er vanskelig å finne et godt alternativ.

En dansk studie fra 2016, som hadde fulgt rundt en million kvinner i alderen 15–34 år i over 14 år, påviste en sammenheng mellom bruk av hormonelle prevensjonsmidler og depresjon. Studien viste at p-piller, p-ring, og hormonspiral ga økt risiko for bruk av antidepressiver (223). Det er samtidig viktig å påpeke at et overveldende flertall av jenter og kvinner som bruker hormonell prevensjon, ikke blir deprimerte (223, 624). I tillegg tyder amerikansk forskning på at hormonprevensjon påvirker hjernen i større grad enn man tidligere har trodd. Forskerne påpeker at prevensjon har en stor positiv innvirkning på kvinnehelsen og kvinners selvrådere, men at det er behov for mer forskning og kunnskap om hvordan kunstige hormoner påvirker hjernen (628).

9.8.2 Seksuelt overførbare infeksjoner

Kondomer er den eneste prevensjonstypen som beskytter mot seksuelt overførbare infeksjoner. Seksuelt overførbare infeksjoner, også kalt kjønnssykdommer, er sykdommer som først og fremst smitter ved seksuell kontakt. Smitte- risikoen for de fleste seksuelt overførbare infeksjoner er større for kvinner enn for menn fordi kvinner ofte er mer mottakelige for smitte.

Klamydia er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen i Norge. I 2019 ble det diagnostisert 534 tilfeller av klamydia per 100 000 innbyggere (629). I 2019 var 58 prosent av dem som ble diagnostisert, kvinner, og flertallet var under 25 år. Dog tester flere kvinner enn menn seg for klamydia, og det diagnostiseres derfor flere kvinner. I 2019 var 66 prosent av de som ble undersøkt for klamydiainfeksjon, kvinner, men bare 6,5 prosent av dem var positive, mot 9 prosent av mennene som ble undersøkt (629).

Gonorré har økt markant blant kvinner de siste årene, og antall meldte tilfeller er tidoblet på ti år. I 2019 ble det meldt 1703 gonoretifeller i Norge. Av disse var 376 kvinner, hvilket er 69 tilfeller mer enn året før. Medianalderen til kvinnene var 23 år, og 76 av kvinnene var under 20 år. I løpet av de siste ti årene har medianalderen gått ned fra 28 til 23 år (629).

De aller fleste helsestasjonene for ungdom tilbyr testing av klamydia og gonorré. Noen tilbyr også testing av hiv, syfilis, og hepatitt B. Tilgjengeligheten til testing av seksuelt overførbare infek-

sjoner er lavere i kommuner som kun har skolehelsetjeneste og ingen egen helsestasjon for ungdom. Bare 34 prosent av skolehelsetjenestene i disse kommunene tilbyr testing av seksuelt overførbare infeksjoner (562).

HPV-infeksjon (humant papillomavirus) er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen i verden. Det er hittil identifisert 200 ulike HPV-typer, og om lag 40 av disse smitter ved seksuell kontakt og infiserer slimhinner. Infeksjon med høyrisiko HPV-typer kan føre til kreft. HPV smitter også via intim hudkontakt, og mange får derfor HPV-infeksjon før de har hatt sitt første samleie (630). Over 70 prosent av den norske befolkningen får en genital HPV-infeksjon i løpet av sitt seksuelt aktive liv, ifølge Folkehelseinstituttet (630). I en norsk studie som undersøkte forekomsten av HPV blant uvaksinerte jenter og unge kvinner, ble det funnet HPV hos nesten halvparten av 21-åringene og hos 15–20 prosent av 17-åringene (631).

Livmorhalskreft er den tredje vanligste krefttypen blant kvinner i Norge og står for 9,8 prosent av krefttilfellene blant kvinner (632). I 2021 fikk 345 kvinner i Norge livmorhalskreft. Medianalderen i 2017–2021 var 46 år (632). Langvarig infeksjon med HPV er årsaken til livmorhalskreft i mer enn 99 prosent av tilfellene. Det aller viktigste for å minske risikoen for å få livmorhalskreft, er å ta HPV-vaksine og regelmessige livmorhalsprøver. Fra 2009 ble HPV-vaksinen en del av barnevaksinasjonsprogrammet for jenter, og fra 2018 ble vaksinen et tilbud til gutter (22). Fra 2016 til 2018 fikk alle kvinner født i 1991 og senere, tilbud om HPV-vaksine gjennom et midlertidig vaksinasjonsprogram (630). Man regner med at vaksinen på sikt vil føre til en ytterligere reduksjon i forekomsten av livmorhalskreft (22, 93).

Som vi så i kapittel 3, har Norge hatt landsdekkende masseundersøkelse mot livmorhalskreft siden 1995. Men ifølge Kreftregisteret er det over 200 000 kvinner i Norge som ikke har tatt livmorhalsprøve på ti år eller mer. Dette er bekymringsfullt fordi mer enn halvparten av dem som får livmorhalskreft, ikke har fulgt anbefalingene fra Livmorhalsprogrammet (93).

9.8.3 Seksuelle dysfunksjoner

Seksuell dysfunksjon er et begrep som beskriver en rekke seksuelle problemer med overlappende biologiske, psykologiske og interpersonelle årsaker. Det dreier seg hovedsakelig om pasientens opplevelse av egen seksuell funksjon.

Kvinner opplever primært seksuelle dysfunksjoner som libido- og responslidelse, orgasmelidelse og smertelidelse (633):

- Libido- og responslidelse kjennetegnes blant annet av ingen eller redusert opphisselse, interesse i eller glede under seksuell aktivitet og/eller respons på forsøk fra partner.
- Orgasmelidelse kjennetegnes av manglende, betydelig forsinket eller redusert orgastisk respons, også ved seksuell opphisselse.
- Smertelidelser kjennetegnes av vedvarende eller tilbakevendende smerter ved vaginal penetrasjon (dyspareuni) og omfatter blant annet vaginisme (633).

Blant kvinner er forekomsten av libido- og responslidelse rundt 15 prosent, orgasmelidelse rundt 10 prosent og smertelidelse rundt 5 prosent. Ifølge Legeforeningen er seksuell dysfunksjon hos kvinner sterkest relatert til dårlig psykisk helse, negative følelser for partneren og engstelse for forholdet (633).

I en fransk undersøkelse blant unge i alderen 15–24 år rapporterte rundt halvparten av kvinnene om minst én seksuell dysfunksjon. Rundt én av tre kvinner og én av ti menn opplevde at deres seksuelle dysfunksjon påvirket deres seksualitet. Videre fant forskerne en sammenheng hos kvinnene mellom seksuell dysfunksjon og tidligere opplevelser med uplanlagte svangerskap og seksuelt overførbare infeksjoner (634).

Det er vanlig å oppleve ingen eller redusert seksuell lyst i kortere eller lengre perioder av livet. Fravær av lyst kan blant annet skyldes psykologiske faktorer som stress, uro, angst, depresjon og tristhet, det kan skyldes fysiologiske faktorer som sykdom, hormonelle endringer og bivirkninger av medikamenter og medisinsk behandling, og/eller relasjonelle faktorer som kjedsomhet og mistriivsel i parforholdet samt vold og overgrep i nære relasjoner (634–639). Det finnes også biologiske kjønnsforskjeller i seksuell lyst (640, 641). Likevel ser det ut til at mange unge har en idé om at det er noe alvorlig galt med dem når de mangler seksuell lyst. Flere kvinner enn menn i parforhold opplever manglende seksuell lyst som problematisk (642). Videre kan forventning om likhet i tenningsmønstre og seksuell interesse mellom kjønnene også medføre opplevelser av dysfunksjon.

I en norsk undersøkelse blant kvinner i alderen 18–29 år rapporterte rundt 37 prosent av kvinnene om manglende seksuell lyst. Misnøye med eget utseende eller med parforholdet økte sannsynligheten for redusert seksuell interesse og lyst. I intervjuer med noen av kvinnene med

Boks 9.12 Samme sykdom, samme plager – ulik oppfølging

Når diabetes type-1 debuterer i ungdomsårene eller tidlig voksenalder, påvirker det også seksuell helse. Kvinner med diabetes type-1 har nesten dobbelt så høy risiko for å oppleve seksuell dysfunksjon som kvinner uten sykdommen (643). En ny norsk studie viser kjønnsforskjeller i rutinene for oppfølging av pasienter med diabetes type 1, når det kommer til seksuell helse. På årskontroller er det rutine at diabeteslegen snakker med mannlige pasienter om seksuell helse. Slike rutiner finnes imidlertid ikke for oppfølgingen av kvinner med diabetes type 1, selv om én av to kvinner med sykdommen rapporterer om betydelige utfordringer med seksualfunksjonen som nedsatt lyst på sex, tørr skjede og smerter ved samleie (644).

manglende lyst var disse temaene sentrale: fysisk og mental helse, å være en ung jente i dagens samfunn, relasjonelle faktorer og negative opplevelser, personlige forventninger til seksualitet og seksuelle traumer (637).

Ifølge Sex og samfunn er det knyttet store forventninger til orgasme. For mange er målet med seksuell aktivitet å oppnå orgasme, og sex uten orgasme kan dermed bli sett på som mislykket sex. For de fleste er det å ikke få orgasme et sammensatt problem. Det kan for eksempel handle om dårlig selvilde, prestasjonsangst, mangel på kunnskap om egen kropp og/eller fravær av trygghet sammen med partner (639). Det kan også handle om normale individuelle forskjeller.

Til tross for at seksualitet er en sentral del av livet, unngår en stor del av helsepersonellet å tematisere seksuell helse, særlig seksuelle problemer. I en norsk studie fra 2013 oppgir bare 34 prosent av helsepersonell å ha snakket med sine pasienter om seksualitet (645). Mens mange pasienter ønsker og har forventninger om at helsepersonell skal ta initiativ eller skape rom for å diskutere seksuelle spørsmål, er det mange helsepersonell som er redde for å krenke pasienten, eller å skape en flau og ubehagelig situasjon hvis de tar opp seksualitet (646).

En norsk undersøkelse blant medisinstudenter viste at manglende mestringstro og sexologisk kompetanse gjør dem lite rustet til å

møte befolkningens behov hva angår seksualitet og seksuell helse. Studentene syntes det var enklere å snakke om tradisjonelle medisinske problemområder, som for eksempel seksuelt overførbare infeksjoner, enn utradisjonelle medisinske temaer som orgasme, seksuell lyst, og seksuelle tenningsmønstre (646). Uten større evne til å snakke om normal seksualitet og relasjonelle og følelsesmessige sider ved sex, vil man i mindre grad kunne hjelpe unge og voksne kvinner med seksuelle problemer.

9.8.4 Seksualundervisning

Gjennom god og alderstilpasset seksualundervisning får barn og unge nødvendig kunnskap, ferdigheter og holdninger knyttet til seksuell helse (609). Seksualundervisning bidrar også til å forebygge seksuelle overgrep og er viktig for at barn og unge skal få et godt forhold til egen kropp (609, 647). Dessverre blir det ofte lagt størst vekt på det som kan true god seksuell helse gjennom sykdom og overskridelse av grenser i seksualundervisningen, ikke lengsel, lyst, nærhet og kjærlighet (611, 648).

Seksualundervisning er omtalt ulike steder i læreplanverket fra Kunnskapsløftet 2020, med en rekke tilhørende kompetansemål. I læreplanen for samfunnsfag fra 2020 står det blant annet at «faget skal bidra til at elevene kan gjøre gode livsvalg og håndtere utfordringer knyttet til seksualitet, personlig økonomi, rus, utenforskap og digital samhandling». Det er også satt kompetansemål etter 2., 4. og 7. trinn som omhandler seksualitet og relaterte tema (534, 649). I Fagfornyelsen som kom i 2020, ble det tverrfaglige temaet *Folkehelse og livsmestring* som blant annet omhandler seksualitet, innført i skolen (534).

I 2021 rapporterte sju av ti elever at de ønsket seg mer seksualundervisning i skolen. Særlig jentene (9 av 10) ønsket mer undervisning om seksualitet. Halvparten av alle elevene hadde hatt mindre enn fire timer med seksualundervisning, og nesten hver femte elev hadde hatt mindre enn en time. De fleste hadde fått undervisning om prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner. Hele 66 prosent av elevene ønsket imidlertid at seksualundervisningen skulle dekke flere temaer. Av disse ønsket 68 prosent mer om alt, og over halvparten savnet mer om følelser, skeiv seksualitet og seksuell debut. Bare litt over halvparten av elevene syntes kvaliteten på seksualundervisningen var god (647).

Selv om 68 prosent av elevene mente at læreren hadde noen eller høy grad av kompetanse på

området, ønsket tre av fire elever at helsesykepleier skulle holde seksualundervisningen. Bare 12 prosent av lærerne følte at lærerutdanningen ga dem kunnskap om seksualundervisning som de kunne bruke i sin arbeidshverdag. Omtrent like mange (13 prosent) mente at de nye lærerplanene fra høsten 2020 hadde endret hvordan de underviste om seksualitet. I tillegg mente kun 22 prosent av lærerne at kvaliteten på seksualundervisningen var tilfredsstillende, og 63 prosent ønsket mer seksualundervisning i skolen (647).

9.8.5 Pornografi

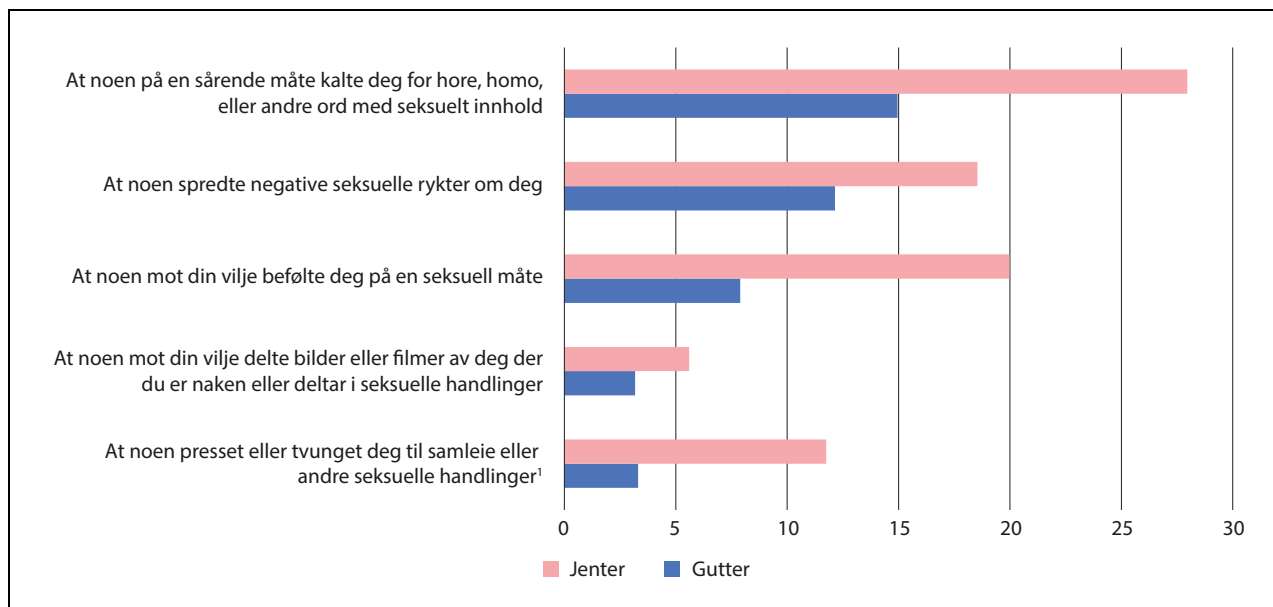
Halvparten av alle 13–18-åringer har sett pornografi (porno) på nettet. Av disse så nær seks av ti porno for første gang før de fylte 13 år. Ungdommene både oppsøker og blir ufrivillig eksponert for et bredt utvalg av porno (650). Bare seks prosent av jenter ser porno på nettet regelmessig mot 48 prosent av gutter i Norge (651).

Mange ungdommer har et ambivalent forhold til porno. Porno gir ungdommer mulighet til å bli kjent med egen seksualitet, og mange lærer nye ting om sex og hvordan andre mennesker ser ut. Dette kan oppleves positivt, men porno kan også påvirke seksualvaner, holdninger og forventninger på en negativ måte (650). Forskning viser at det er en sammenheng mellom å se regelmessig på porno, og å ha kjønnsdiskriminerende holdninger blant gutter (651).

Det er lett å finne porno som inneholder røff og aggressiv sex, eller krenkende og voldelige elementer. Ungdommer ser ofte porno hvor menn kontrollerer og dominerer kvinner, inkludert framstillinger av seksuelle handlinger uten samtykke. Dette kan skape et inntrykk blant guttene om at jenter liker dominerende og aggressive handlinger i større grad enn de faktisk gjør. Flere jenter ender også opp med å delta i seksuelle handlinger de opplever som grenseoverskridende, smertefulle eller krenkende. I tillegg får urealistiske framstillinger av kvinner og kvinnelig nytelse i porno mange jenter til å føle seg usikre og utilstrekkelige (650).

9.9 Kjærestevold, seksuell trakassering og seksuelle overgrep

En god del jenter og unge kvinner opplever seksuell trakassering, overgrep, voldtekt og kjærestevold. Ifølge Ungdata 2022 er verbal trakassering, spredning av seksuelle rykter og uønsket seksuell beføling mest utbredt. Over 100 000 elever i ung-



Figur 9.5 Prosentandel som har blitt utsatt for ulike former for seksuell trakassering i løpet av det siste året (244).

domsskoler og videregående skoler fra store deler av landet har besvart Ungdata-undersøkelsen i 2022. Figur 9.5 viser prosentandelen jenter som har blitt utsatt for ulike former for seksuell trakassering det siste året. Jenter er mer utsatt for alle former for seksuell trakassering enn gutter (244). Seksuell trakassering blant elever i ungdomsskolen og videregående opplæring er et betydelig samfunnsproblem (652).

Jenter er også betydelig mer utsatt for seksuell vold og krenkelser enn gutter, ifølge undersøkelsen UngVold 2015 (280). Mens 93 prosent av 18- og 19-årige gutter aldri har blitt utsatt for en seksuell krenkelse, kan bare 72 prosent av jevnaldrende jenter si det samme. Undersøkelsen viste at 9–14 prosent av jentene har opplevd voldtekt. Jenter og unge kvinner opplever som regel seksuell vold fra jevnaldrende, og det er ofte alkohol med i bildet (280). Ifølge Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) var halvparten av alle kvinner som har opplevd voldtekt, under 18 år da de ble voldtatt (261).

Mesteparten av volden ungdom blir utsatt for, skjer i møte med andre ungdommer som de kjenner, eller kjenner til fra før. Likevel er det gjort lite forskning på kjærestevold blant ungdom i Norge. En undersøkelse blant 549 skoleelever viste at 42,9 prosent av elevene hadde opplevd noen form for kjærestevold (653). Videre hadde 29,1 prosent opplevd digital vold, 18,8 prosent hadde opplevd seksuell vold, og 12,8 prosent hadde opplevd fysisk vold i et kjæresteforhold

(653). Flere jenter enn gutter blir utsatt for kjærestevold, og de opplever ofte at problemet blir bagatellisert (654).

Det er en tydelig sammenheng mellom seksuell trakassering og selvrapporterte depressive symptomer både for gutter og jenter, og denne effekten er større for jentene (655). Hver tredje ungdom som har opplevd seksuell trakassering, rapporterer om et høyt nivå av depressive symptomer. Til sammenlikning rapporterte rundt 13 prosent av ungdom som ikke har opplevd seksuell trakassering, om depressive symptomer (656).

9.10 Chronic fatigue syndrome/myalgisk encefalomyelitt (CFS/ME)

Chronic fatigue syndrome/myalgisk encefalomyelitt (CFS/ME) kjennetegnes av blant annet langvarig utmattelse som forverres av beskjedne fysiske og mentale anstrengelser (post-exertional malaise, PEM), og som i liten grad lindres av søvn og hvile. Dette medfører betydelig nedsatt aktivitetsnivå og ofte høyt sykefravær fra skole eller jobb. Ved alvorlig CFS/ME er pasienter ofte sengeliggende over lengre tid. Dette får store konsekvenser for blant annet muskler og skjelett, gjennom muskelatrofi og nedbryting av beinvev som fører til redusert beintetthet (657, 658). Lengre perioder med sengeleie er heller ikke bra for hjertemuskelen (659). Sykdommen har ukjent årsak.

Boks 9.13 Betegnelse av CSF/ME

Korrekt betegnelse av sykdommen har vært mye diskutert. Tilhengere av betegnelsen myalgisk encefalomyelitt, som betyr muskelsmerter (myalgier) og betennelse (inflammasjon) i hjerne og ryggmarg (encefalomyelitt) eller hjernen (encefalopati) poengterer at sykdommen kjennetegnes av mer enn kronisk utmattelse, mens tilhengere av betegnelsen kronisk utmattelsessyndrom poengterer manglende holdepunkter for en betennelse i sentralnervesystemet. I litteraturen brukes begrepene ME og CFS synonymt eller i kombinasjon som ME/CFS eller CFS/ME.

Nasjonal veileder for CFS/ME, utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet, legger føringer for diagnostikk og behandling (660). Ifølge veilederen finnes det per i dag ingen dokumentert standardbehandling som kan kurere CFS/ME. Behandlingsstrategien er å bidra til konstruktiv mestring og bedring av funksjon og livskvalitet for pasienten. Det er Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME ved Oslo universitetssykehus som har ansvar for å bygge opp og formidle kompetanse, overvåke og formidle behandlingsresultater i Norge.

CFS/ME kan være vanskelig å utrede fordi flere av symptomene overlapper med lidelser som fibromyalgi, klinisk depresjon og lavt stoffskifte. Dette og ulike sett med diagnosekriterier gjør at det er vanskelig å anslå hvor mange som har sykdommen. I en kunnskapsoppsummering fra 2020 var forekomsten beregnet til at 0,89 prosent av befolkningen er rammet (661). Tilstanden er vanligst hos kvinner, og forekomsten er beregnet å være tre ganger så høy hos kvinner som hos menn (662). Sykdommen oppstår hyppigst hos jenter tidlig i tenårene og hos kvinner i begynnelsen av 30-årene. Vi vet ikke hvorfor kvinner i disse aldersgruppene er spesielt sårbare.

Utredning av sykdommen går ut på å kartlegge sykehistorien og symptombildet og utelukke andre mulige diagnoser. Det er per i dag ingen diagnostisk test som kan påvise CFS/ME. Diagnosen CFS/ME stilles ved at pasienten har et typisk sykdomsbilde, og ved at annen årsak til symptomene utelukkes. Flere sett med diagnosekriterier kan brukes til å stille diagnosen. En systematisk oversikt fra 2014 fant 20 ulike sett av diagnosekriterier, og senere har det blitt utviklet

flere nye kriteriesett (663). Diagnosekriteriene er generelt sett dårlig validerte. I Norge brukes Canada-kriteriene (2003) eller Fukada-kriteriene (1994) i utredning av voksne. Pediatriske kriterier brukes i utredningen av barn og ungdom. Likt for begge kriteriesettene som brukes for voksne, er at sykdommen skal ha pågått i minst seks måneder, og ha en klar begynnelse. Ifølge Canada-kriteriene må pasienten ha betydelig grad av ny, uforklarlig, vedvarende eller tilbakevendende fysisk og mental utmattelse som i vesentlig grad reduserer aktivitetsnivået, og øker sykdomsfølelse eller utmattelse etter anstrengelse (post-exertional malaise (PEM)), søvnforstyrrelser og betydelig grad av smerter (660). Om disse kriteriene ikke er tilfredsstillende, kan ikke diagnosen CFS/ME fastsettes. I tillegg må det forekomme minst to nevrologiske eller kognitive manifestasjoner, som svekket konsentrasjonsevne og korttidsminne, og minst to kroppslige symptomer, som hjertepalpitasjoner («hjertebank») og ømme lymfeknuter. Fukada-kriteriene fra 1994 stiller ikke samme krav til sykdomsfølelse/utmattelse etter anstrengelse og er ansett for å være noe bredere enn Canada-kriteriene. Kriteriene for barn er lik kriteriene for voksne, men krever at symptomene har vært til stede i kun tre måneder.

Det varierer hvilket sett med diagnosekriterier som brukes på tvers av sykehus og i forskningsstudier, noe som medfører usikkerhet rundt hvilke pasienter som utgjør pasientgruppen. Dette er uheldig i forskningssammenheng fordi det er usikkert hvor like pasientene i utvalget er, og det er usikkerhet om likhet på tvers av studier. I flere studier er det ikke oppgitt hvilke kriterier som var brukt for å fastsette diagnosen (664). At kriteriene endrer seg over tid, gjør også at det er vanskelig å følge endringer i pasientgruppen, og kartlegge trender i for eksempel forekomst. Sammenlikninger av pasientkohorter medfører derfor også utfordringer.

9.10.1 To tilnærminger til forståelse av CFS/ME

9.10.1.1 Det biomedisinske perspektivet

Det biomedisinske perspektivet går ut på at det finnes en bakenforliggende og hittil ukjent biologisk årsak til CFS/ME. Forskning går ut på å lete etter mulige biologiske mekanismer og sårbarheter for å utvikle sykdommen (665–669). En rekke legemidler, kosttilskudd og dietter har vært prøvd ut som behandling ved CFS/ME, blant annet antibiotika, antiviral behandling, steroider,

legemidler som virker på immunsystemet/immunceller, og kostholdsendringer eller tilskudd (670–672). Det er få systematiske oversikter som har kartlagt kunnskapsgrunnlaget for om slike behandlinger virker, og få kliniske studier har vurdert effekten av legemiddelbehandlinger (673). Noen små kliniske studier har sett på alternativ behandling for CFS/ME. Her er det også varierende effekt (674). Per i dag er det for få studier, hvorav mange har metodiske begrensninger og for små studieutvalg til å konkludere om effekten av biomedisinske behandlingsmetoder.

9.10.1.2 Det biopsykososiale perspektivet

Det biopsykososiale perspektivet forener det biomedisinske og det psykososiale perspektivet, og det går ut på at CFS/ME har både psykiske og biologiske komponenter. Forskning på årsaks-mekanismer er basert på å finne psykologiske sårbarheter for å utvikle sykdommen. Det kan blant annet være negative tankemønstre, perfeksjonisme og angst eller andre kognitive og emosjonsrelaterte faktorer (675).

Tilnærmingen går ut på å behandle pasientene med psykologisk intervensjon. Ofte brukes kognitiv atferdsterapi for å gi pasienten verktøy til å identifisere og mestre negative tankemønstre. Kognitiv terapi er imidlertid ikke ansett som kurativ behandling. Det er mangelfull dokumentasjon om hvordan denne typen terapi virker på CFS/ME (676, 677). Kognitiv atferdsterapi har vist positive resultater i flere studier, for eksempel i forbedring av utmattelsessymptomer (678). En systematisk oversikt fra 2020 som undersøkte randomiserte studier på CFS/ME, konkluderte imidlertid med at nyere studier (fra 2010) har vist sprikende resultater, og at tre av syv randomiserte studier på kognitiv terapi i CFS/ME i tidsrommet 2010 til 2019 ikke viste (statistisk signifikant) effekt (679). Det er viktig å ta i betraktning at slike terapier har dokumentert effekt på livskvalitet og som symptomreducerende tiltak hos andre pasientgrupper, for eksempel hos kreftpasienter (680–682). Nasjonal veileder for CFS/ME foreslår at kognitiv terapi kan være et nyttig supplement til medisinske og tverrfaglige behandlinger, også for noen av pasientene med CFS/ME.

I Norge har *Lightning Process* (LP) fått spesielt mye oppmerksomhet. Dette er et tredagers kurs/program der deltakerne lærer en metode for emosjonsregulering. Det er imidlertid begrenset med forskning om effekten av behandlingen. En systematisk kunnskapsoppsummering (2021) har vurdert effekten av LP i behandlingssammenheng for

CFS/ME-pasienter (683). Kunnskapsoppsummeringen fant kun 14 studier om LP totalt, hvorav de fleste var kvalitative studier basert på selvrapporterte endringer etter gjennomgått kurs (601). Slike studiedesign er gode verktøy for å kartlegge pasientenes erfaringer, men resultatene kan ikke brukes til å si noe om årsakssammenheng og dermed heller ikke om effekt av behandlingen. Hittil er det gjort en randomisert studie med 100 CFS/ME-pasienter som har gjennomgått LP-kurset. Kurset mangler derfor tilstrekkelig forskningsmessig bevis for å kunne anbefales som behandling for pasientgruppen. Det er satt i gang en randomisert studie i Norge med støtte fra Forskningsrådet som kan bidra med videre kunnskap om denne tilnærmingen.

9.10.2 Pasientens møte med helsetjenesten

Møtet med helsetjenesten kan være utfordrende for pasienter med tilstander der det ikke foreligger gode diagnostiske tester som kan fastslå en sikker diagnose. Det er derfor viktig at helsepersonell opptrer med nysgjerrighet og åpenhet fram til vi har bedre kunnskap på området. Det er også viktig å ivareta brukerperspektivet. Brukere kan bidra med nyttig informasjon om byrden ved å leve med CFS/ME, erfaringer med dagens metoder og erfaringer med og forventninger til metodene som vurderes (684). Det finnes lite systematisk kunnskap om CFE/ME-pasientenes egne erfaringer med helsetjenesten. Et arbeid med å kartlegge pasientgruppens møte med helse- og velferdstjenestene er i gang ved Sintef Digital og Fafo. Norges forskningsråd finansierer prosjektet.

9.10.3 Kunnskapshull

En systematisk oversikt fra 2020 kartla studier gjennomført i perioden 1979–2019, som undersøkte mulige årsaksfaktorer til CFS/ME. Konklusjonen var at de fleste studier ikke var dimensjonert til å kunne finne reelle årsaker, til tross for stor forskningsinnsats (664). Dette er på grunn av 1) mangel på gode longitudinelle prospektive studier (studier som følger pasienter over tid), 2) et kunnskapsgrunnlag som er basert på studier med for små studieutvalg til å finne reelle effekter, og 3) at studier bruker ulike diagnosekriterier, og ikke alltid rapporterer hvilke kriterier de bruker.

Det er et stort behov for mer forskning som ser etter ulike behandlinger, både kurative og symptomreducerende. Det er behov for studier med gode kontrollgrupper som går over tid (pro-

spektive longitudinelle studier), for å lete etter årsaksmekanismer og biologiske markører. Vi trenger også studier som følger pasienter over lengre tid, for å få mer kunnskap om prognose. Vi trenger studier med store nok pasientutvalg for å kunne avdekke effekter av behandling, og for å kunne avdekke eventuelle relevante forskjeller mellom CFS/ME-pasienter, andre pasientgrupper og den generelle befolkningen. Utvalget ser her hen til en doktoravhandling fra 2022 som undersøkte validiteten til diagnosekriteriene for CFS/ME. I denne sammenhengen betyr valide diagnosekriterier at de kan fange opp personer som har CFS/ME, og skille mellom personer som har sykdommen og personer som ikke har sykdommen. Avhandlingen konkluderte med at det ikke var forskjell i biologiske markører blant personer med CFS/ME som innfridde og ikke innfridde Canada-kriteriene for diagnose. Forfatteren stiller seg kritisk til validiteten til Canada-kriteriene og de amerikanske SEID-kriteriene, og kritiserer grunnlaget for å gruppere kronisk utmattede pasienter basert på kliniske symptomer (685). Mangel på spesifikke tester som kan skille CFS/ME fra andre liknende lidelser, samt bruk av ulike diagnosekriteriesett, medfører at pasientgruppen er uspesifikk, og at det trolig er store variasjoner innad i pasientgruppen med hensyn til symptombylde og alvorlighetsgrad av symptomer. Betydelig ulikhet (heterogenitet) innad i pasientgruppen kan bidra til å forklare de store variasjonene i effekt som vi ser på tvers av behandlingsstudier. Det er derfor viktig at bruk av diagnosekriterier i forskningen er standardisert.

9.11 Utvalgets vurdering

9.11.1 Psykisk helse

Utvalget ser med bekymring på de undersøkelsene som signaliserer økning i psykiske plager og lidelser blant unge kvinner de siste tiårene. Særlig foruroligende er forskningen som viser en økning i selvskading, spiseforstyrrelser og symptomer på angst og depresjon blant unge kvinner. Utvalget understreker behovet for mer forskning på forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge.

Sundby-utvalget etterspurte i sin utredning i 1999 et kjønnsperspektiv i behandling av psykiske lidelser og kunnskapsinnhenting i psykisk helsevern. I lys av økningen av rapporterte psykiske plager og lidelser blant unge kvinner fremstår denne anbefalingen som minst like aktuell i dag. I arbeidet med utredningen kan utvalget imidlertid ikke se at denne anbefalingen er fulgt opp. Utval-

get understreker behovet for et mer tydelig kjønnsperspektiv på psykisk helse, både på myndighetsnivå, i forskning og utdanning- og blant helseomsorgspersonell.

Utvalget understreker videre viktigheten av at ungdom får hjelp og støtte til å håndtere psykiske plager og lidelser. Her er helstasjons- og skolehelsetjeneste, fastleger, psykologer i kommunene og psykisk helsevern noen av de viktigste aktørene. Utvalget ser med på interesse på positive erfaringer fra bruk av kjønnsspesifikke tilbud som helsestasjon for gutter, men merker seg samtidig at det er begrenset kapasitet og for lite ressurser til å håndtere barn og unge med psykiske plager og lidelser både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Videre mener utvalget at egenandeler ved legebesøk er til hinder for at ungdommer mellom 16–18 oppsøker fastlegen. Mens vi ser at ungdommer over 16 år fortsetter å oppsøke fastlegen med somatiske helseplager, ser vi en kraftig reduksjon av psykiske helseplager som kontaktårsak. Mange ungdommer går dermed glipp av et helsetilbud som er nært og tilgjengelig i alle kommuner. Utvalget mener at også ungdom mellom 16–18 år bør være fritatt for egenandel ved legebesøk.

Det er nødvendig å prioritere helsefremmende og forebyggende tiltak, samtidig som det er behov for å styrke tilbudet til dem som trenger et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Utvalget er oppmerksom på at regjeringen vil styrke tilbudet innen psykisk helse over hele landet, og skal legge fram en opptrappingsplan i 2023. Opptrappingsplanen skal blant annet bidra til å styrke det helsefremmende og forebyggende psykiske helsearbeidet.

Utvalget ser at det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget om behandling av psykiske plager og lidelser, er mangelfullt. Det mangler kunnskap om hvilken behandling som har effekt for flere psykiske plager og lidelser (686). Ifølge Riksrevisjonen mener nesten 30 prosent av lederne i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) at poliklinikken de leder, benytter behandlingsmetoder som har for svakt kunnskapsgrunnlag (686). Utvalget mener det er behov for mer forskning om behandling av psykiske plager og lidelser. Utvalget mener videre at det er behov for systemer for å sikre en mer kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern. Dette innebærer mer forskning, men også virkemidler for å sikre at kunnskapen tas i bruk.

Utvalget ser det som en styrke at regjeringen også har satt ned et ekspertutvalg for å vurdere sterkere tematisk organisering i psykisk helsevern. Ekspertutvalget skal blant annet utrede

hvordan helsemyndighetene kan legge til rette for at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandling av psykiske lidelser. De skal også vurdere om tjenester til barn og unge tematisk kan organiseres bedre for å oppnå best mulig behandlingsresultat. Målet med ekspertutvalget er å forbedre kvaliteten i behandlingen og bidra til at pasientene kommer raskere til riktig behandling (687). Utvalget har forventninger til at arbeidet munner ut i konkrete og treffsikre tiltak, og at unge kvinners psykiske helse prioriteres i de kommende årene.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 29 Styrke helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten; 30 Innføre fritak for egenandel ved legebesøk for ungdom mellom 16 og 18 år; 32 Styrke tilbudet til barn og unge med spiseforstyrrelser; 35 Prioritere forskning på psykiske lidelser; og 36 Prioritere forskning på effektiv behandling av psykiske lidelser og sikre at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandling.

9.11.2 Endometriose, adenomyose og vulvasmerter

Det er behov for mer kompetanse og kunnskap om endometriose, adenomyose og vulvasmerter blant helsepersonell i Norge. Det tar for lang tid før kvinner med endometriose, adenomyose og vulvasmerter får en diagnose og behandling. Det er også stort behov for mer forskning på endometriose, adenomyose og vulvasmerter. I tillegg må det sikres at kapasiteten blant relevant helsepersonell er tilstrekkelig til å kunne ta hånd om disse pasientene.

Helsedirektoratet har pekt på behov for at det utarbeides en nasjonal retningslinje for behandling av pasienter med endometriose og adenomyose. Utvalget stiller seg bak denne vurderingen. En slik retningslinje vil bidra til at pasienter får det samme tilbudet i hele landet og tilrettelegge for kvalitetsforbedring. Med hensyn til ressursforvaltning vil en nasjonal retningslinje også kunne gi et grunnlag for å kunne prioritere pasientgruppen i forhold til andre lidelser.

Helsedirektoratet har også anbefalt at de regionale helseforetakene samarbeider om å opprette en nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose. Spesialkompetanse for å behandle de mest avanserte tilfellene bør sentraliseres til definerte gynekologiske avdelinger i regionene, ifølge anbefalingene (688). De regionale helseforetakene har i begynnelsen av 2023 søkt Helsedirektoratet om å etablere en nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adeno-

myose. Utvalget stiller seg bak dette initiativet, og anbefaler at det utredes om det også er behov for et nasjonalt behandlingssenter for de vanskeligste tilfellene. Utvalget er også positive til Helsedirektoratets anbefaling om å opprette endometriose-team i alle helseregioner.

Utvalget ser også med stort alvor på manglende kunnskap om kroniske underlivssykdommer/kroniske smertetilstander i vulva. Utvalget vurderer at denne pasientgruppen ikke får et godt nok tilbud i den offentlige helsetjenesten. I dag finnes det tilbud kun i Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og i Helse Nord. Helse Vest er uten tilbud. Disse klinikkene tilbyr ulike behandlinger, men ventetiden er ofte lang. Utvalget merker seg at det i Sverige finnes om lag 20 vulvaklinikker og mener at helsemyndighetene burde se hen til organisering og finansieringsløsninger der.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 38 Prioritere arbeidet med å sikre gode helsetjenester til pasienter med endometriose og adenomyose; og 39 Styrke vulvapoliklinikker i alle helseregioner.

9.11.3 Seksuell helse

Utvalget merker seg at forskning viser at flere velger langtidsvirkende prevensjonsmidler når det blir billigere eller gratis (619). Videre er det ofte kvinnene som får ansvaret for prevensjonsbruk, blant annet fordi det foreløpig finnes få prevensjonstyper for menn. For å gjøre det enklere for kvinner å beskytte seg mot uønsket graviditet mener utvalget at dagens ordning med bidragsdekning til prevensjonsmidler bør utvides, slik at prevensjon blir gratis for alle under 25 år. Det er også viktig at helsetjenesten har god kompetanse i å veilede i prevensjonsvalg og tilbyr hjelp til kvinner som av ulike årsaker ikke kan bruke hormonell prevensjon. Dette inkluderer informasjon om naturlig familieplanlegging.

Det er viktig at helsepersonell har kunnskap og kompetanse om kvinners seksualitet gjennom ulike livsfaser, og at de våger å snakke om seksualitet med pasienten. Gjennom informert dialog kan det bedre legges til rette for at alle kvinner, herunder kvinner med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer, både de som bor hjemme og de som bor på institusjon, får muligheten til å ha gode og trygge seksuelle relasjoner. Universiteter og høyskoler bør styrke studentenes formelle opplæring i sexologi og aktivt fremme studentenes opplevde mestring av det å kunne tematisere seksualitet, blant annet temaer som normal seksuell funksjon, kjønnsforskjeller og seksuelle dysfunksjoner. Utvalget understreker viktigheten

av å ufarliggjøre seksuelle dysfunksjoner hos kvinner. Her kan sexologer spille en viktig rolle.

Utvalget merker seg at det eksisterer mer forskning og ikke minst medikamentelle intervensjoner for menns dysfunksjoner, for eksempel ereksjonssvikt, enn for kvinners seksuelle dysfunksjoner. Det er behov for mer grunnleggende forskning om kvinners seksuelle psykologi og tenningsmønstre og utprøving av psykososiale eller andre medisinske tiltak, for å behandle kvinner med spesifikke dysfunksjoner bedre. Vi trenger også økt kunnskap om hvilke effekter ulike behandlinger og operasjoner har på kvinners seksuelle helse.

Utvalget merker seg at jenter ønsker mer og bedre undervisning om seksualitet i skolen. Undervisningen må være normkritisk og mangfoldig og speile elevenes ønsker og behov. I tillegg må de som skal undervise, få økt kompetanse. Det er viktig at alle elever, uavhengig av kjønnsidentitet, seksualitet, etnisk bakgrunn, religion eller funksjonsevne, opplever at undervisningen er relevant for dem, og at ingen føler seg oversett eller diskriminert (689). Utvalget mener at undervisning om seksualitet og kritisk forståelse av porno kan bidra til å forebygge grenseoverskridende opplevelser, krenkelser og seksuelle overgrep (650, 651).

Se utvalgets anbefalte tiltak: 29 Styrke helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten; 31 Gjøre prevensjon gratis for alle under 25 år; 33 Styrke seksualundervisningen på barne- og ungdomsskolen; og 34 Heve kompetansen om kjønn og helse blant lærere og barnehagelærere.

9.11.4 Kjærestevold, seksuell trakassering og seksuelle overgrep

Det er uakseptabelt at så mange jenter og unge kvinner opplever seksuell trakassering, overgrep, voldtekt og kjærestevold. Utvalget etterlyser mer forskning på årsaker og konsekvenser av seksuell vold og trakassering blant ungdom og mer forskning for å identifisere effektive metoder for å redusere fenomenene blant ungdom (652). Mye av dagens forskning fokuserer på ofre for seksuell vold, men det er også behov for mer forskning på utøvere av seksuell vold og på de sosiale mekanismene som muliggjør passivitet fra vitner.

Det er foreløpig forsket lite på kjærestevold, både blant heteroseksuelle og skeive ungdommer. Økt kunnskap om fenomenet vil bidra til økt bevissthet blant ofre, i hjelpeapparatet og i befolkningen ellers. Det er viktig at kjærestevold blant

ungdom ikke bagatelliseres, og at hjelpeapparatet er i stand til å fange opp volden.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 37 Sikre effektive tiltak mot seksuell trakassering i skolen.

9.11.5 CFS/ME

Utvalget merker seg at spørsmål knyttet til årsakssammenhenger og behandling av CFS/ME er omdiskutert i norske og internasjonale fagmiljøer. Fagmiljøer samt pasientorganisasjonene i Norge, Norges Myalgisk Encefalopati Forening og Recovery Norge, er splittet i synet på årsakssammenhenger og virkning av de ulike behandlingsformene.

Utvalget understreker behovet for forskning med bred front med utgangspunkt i både det biomedisinske og det biopsykososiale perspektivet. Det er behov for studier som går over tid (prospektive longitudinelle studier) for å lete etter årsaksmekanismer. Det er videre et stort behov for mer forskning som ser etter kurative og symptomreducerende behandlinger, og tiltak som kan bidra til økt livskvalitet. Slike tiltak bør ha godt dokumentert effekt og være forankret i forskning. Det er behov for mer kunnskap om konsekvenser av å være sengeliggende over lengre tid, sosial isolasjon, og andre fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser av alvorlig utmattelse. Det er også behov for longitudinelle studier som kan gi kunnskap om prognose for barn, unge, og voksne.

Utvalget merker seg at det er variasjon i hvilke sett med diagnosekriterier som brukes på tvers av sykehus og forskningsstudier. Variasjonen er uheldig i forskningssammenheng og gjør det vanskelig å vurdere forekomst, forløp og prognose. Utvalget mener at forente diagnosekriterier er en forutsetning for å kunne tette de store kunnskaps hullene i CFS/ME-forskningen.

Utvalget ser med bekymring på at mange pasienter med CFS/ME blir stående utenfor utdanning og arbeidsmarked over lengre tid. Utvalget understreker viktigheten av at pasientgruppen mottar de tjenesteytelser og trygderettigheter de har krav på. Samtidig merker utvalget seg at det er betydelig variasjon innen pasientgruppen, og at de aller fleste barn og unge med CFS/ME blir bedre, og mange blir friske.

Utvalget understreker at helse- og velferdstjenestene ikke må bidra til mistenkeliggjøring av pasienter med CFS/ME. Pasienter må bli møtt med nysgjerrighet, respekt og fagkompetanse om tilstanden. Brukerperspektivet må bli ivaretatt – pasientene må lyttes til.

Kapittel 10

Kvinner i etableringsfasen

10.1 Innledning

Etableringsfasen kjennetegnes av overgangen fra utdanning til arbeidsliv, og er for mange en fase i livet hvor man danner familie. Dette er kanskje den delen av livet der kvinner og menn er mest ulike. Som omtalt i kapittel 5 har kvinnelivet endret seg de siste 20 årene. Andelen kvinner med universitets- eller høyskoleutdanning er for eksempel nær doblet siden 2000 (22). Dette er én av flere faktorer som påvirker familiedanning, samt kvinners helse og behov for helse- og omsorgstjenester i etableringsfasen.

I etableringsfasen blir mange kvinner gravide og føder barn. Tiden rundt svangerskap, fødsel og barsel er en gledelig, men også sårbar fase i livet. Selv om mange kvinner går gjennom svangerskap og fødsel uten store utfordringer, vet vi at kvinner kan oppleve store fysiske og psykiske påkjenninger og sykdom i denne perioden. Utmattende og alvorlig svangerskapskvalme, bekkenleddsmerter, diabetes og svangerskapsforgiftning rammer mange gravide kvinner (690). Gravide og nybakte mødre har også større risiko for å utvikle fødselsdepresjon, psykoser og andre psykiske lidelser.

For ellers friske kvinner er det å gjennomgå svangerskap og fødsel den største helserisikoen de har i denne livsfasen. Det er fordi svangerskap og fødsel innebærer en liten, men ikke ubetydelig fare for alvorlige komplikasjoner, som for eksempel store blødninger og blodpropp. De som opplever ufrivillig barnløshet og spontanaborter, kan også rammes av betydelige psykiske belastninger.

Helsetjenestens oppfølging av kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barsel har fått stor oppmerksomhet de siste årene. Temaet går igjen i flere av innspillene til utvalget, der det påpekes at svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet til kvinner er i ferd med å svekkes. Spesielt nedleggelse av fødetilbud og historier om mangelfull oppfølging i barseltiden vekker sterke reaksjoner blant mange.

I dette kapitlet ser utvalget nærmere på kvinners helse og bruk av helsetjenester i etable-

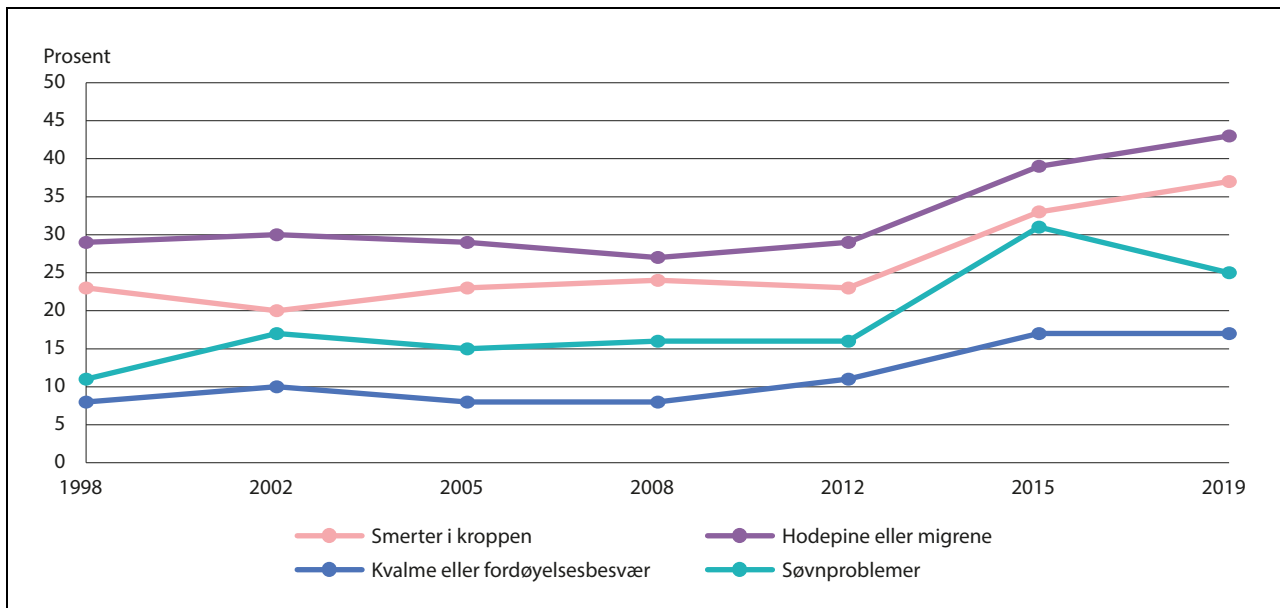
lingsfasen, og hvordan familieforhold påvirker helse. Kapitlet vier særskilt plass til kvinners møte med helse- og omsorgstjenesten i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

10.2 Kvinners helse i etableringsfasen

Langt de fleste kvinner mellom 25 og 44 år (88 prosent) rapporterer om god helse. Bare seks prosent oppgir at de opplever egen helse som dårlig. Sosioøkonomiske forhold spiller en rolle for helse blant kvinner også i denne alderen. Det er i dag flere kvinner med høy utdanning i denne alderen enn for 20 år siden. Kvinner med høy utdanning deltar i arbeidslivet i større grad og har ofte bedre økonomi. Dette kan slå positivt ut for helsetilstanden til kvinner og deres barn. På dette området har utviklingen vært positiv, selv om bruken av helserelaterte trygdeytelser er nokså høy blant kvinner i denne fasen. En del av sykefraværet er knyttet til svangerskap og barsel (22).

Kun fire prosent av kvinner med høyere utdanning i denne alderen har dårlig helse, mens blant kvinner med grunnskole som høyeste utdanning oppgir 14 prosent at de har dårlig helse. En av fem kvinner som er aleneforsørgere opplever å ha mindre god helse. 18 prosent av kvinnene har helseproblemer som begrenser dem i hverdagen i noen eller i stor grad. Dette gjelder i hovedsak de som mottar trygdeytelser (65 prosent) og færrest som er i heltidsarbeid (10 prosent). Selv om en stor del av helseproblemene og sykefraværet blant kvinner i denne alderen er knyttet til svangerskap og barsel, er også sykdom i muskel- og skjelettsystemet og psykiske helseplager relativt utbredt. De vanligste psykiske lidelsene blant kvinner i denne alderen er angstlidelser og depresjon, som henholdsvis 15 og 10 prosent vil oppleve i løpet av et år (22).

Mange kvinner i etableringsfasen lever med smerter og plager. Figur 10.1 viser andelen kvinner 25–44 år som oppga at de har vært plaget med smerter i kroppen, hodepine eller migrene,



Figur 10.1 Andel kvinner 25–44 år som har hatt smerter i kroppen, hodepine/migrene, søvnproblemer eller fordøyelsesbesvær de siste tre månedene (22).

søvnproblemer eller fordøyelsesbesvær de siste tre månedene (1998–2019). I 2019 oppga 37 prosent at de har vært plaget med smerter i kroppen. Det har vært en økning i slike plager over tid. Videre oppga 43 prosent av kvinnene i 2019 at de var plaget med varige eller tilbakevendende hodesmerter eller migrene. Andelen har økt relativt kraftig fra 1998 da den var i underkant av 30 prosent. Andelen kvinner som oppgir at de er plaget med søvnproblemer har variert siden 1998, med en økning i 2015, fulgt av en nedgang i 2019.

Mange kvinner i etableringsfasen opplever svangerskapsrelaterte plager. Dette er ofte årsaken til sykmeldinger for mange førstegangs-fødende kvinner (22). Dette omtales nærmere under punkt 10.6 om helse før og etter fødsel.

10.3 Kvinners bruk av helsetjenester i etableringsfasen

Kvinner i etableringsfasen har relativt mange besøk hos fastlegen i løpet av et år, og antallet besøk har økt over tid. Fra 2012 til 2021 har det vært en klar økning i antall konsultasjoner hos fastlege både for aldersgruppen 20–29 år og 30–49 år. Kvinnene kommer oftest til fastlegen med muskel- og skjelettplager, og mange har psykiske plager eller andre lidelser de ønsker å følge opp. Blant de som har hatt fem konsultasjoner eller mer hos en allmennlege, er det kvinner mellom 16 og 44 år som utgjør den høyeste andelen (32 pro-

sent). Bruken er høyest blant kvinner som mottar arbeidsrelaterte trygdeytelser og alderstrygd, og det er en høyere andel kvinner som har vært hos legen det siste året blant kvinner med lavere utdanning enn blant kvinner med høy utdanning (22). Blant voksne kvinner i fruktbar alder er det særlig luftveislidelser (inkludert covid-19), muskel- og skjelettlidelser, diagnoser som sorterer under allment og uspesifisert og ulike lidelser i fordøyelsessystemet som medfører legevaktbesøk.

I denne fasen er mange kvinner også innlagt på sykehus i forbindelse med fødsel. Drøyt en av ti kvinner i aldersgruppen 20–39 år var innlagt på sykehus i 2021. Ser vi på antall kvinner som får døgnbehandling i alle aldersgrupper, går antallet døgnopphold ned over tid. Det er imidlertid særlig innenfor svangerskap og barsel det er færre døgnopphold per 1 000 kvinner (22).

Kvinnens bruk av helsetjenester i denne livsfasen preges i stor grad av at flere går gjennom svangerskap, føder barn og har barsel. Dette innebærer relativt mange og ulike helse- og omsorgstjenester fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Noen kvinner har et større oppfølgingsbehov og mer kompliserte svangerskap og fødsler enn andre. Dette skyldes blant annet at kvinner får barn senere i livet. Kvinners behov for helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel beskrives nærmere under punkt 10.6 og 10.7.

10.4 Familieforhold og helse

I dag er det større grad av variasjon i når kvinner velger å etablere seg med familie og barn. Rundt to av tre kvinner (67 prosent) i alderen 25–44 år bor med en partner. De fleste som blir mødre i denne fasen av livet lever i et samboerforhold, og færre enn før er gift. Av barn som ble født i 2020, ble 11 prosent født av enslige kvinner.

Mens 20 prosent av yngre kvinner (16–29 år) bor alene, gjelder dette om lag 40 prosent av kvinner 30 år og eldre. Figur 10.2 viser antall aleneboende kvinner i tre aldersgrupper (2005–2021). Som figuren viser er det en økning i alle tre aldersgrupper i antallet kvinner som bor alene.

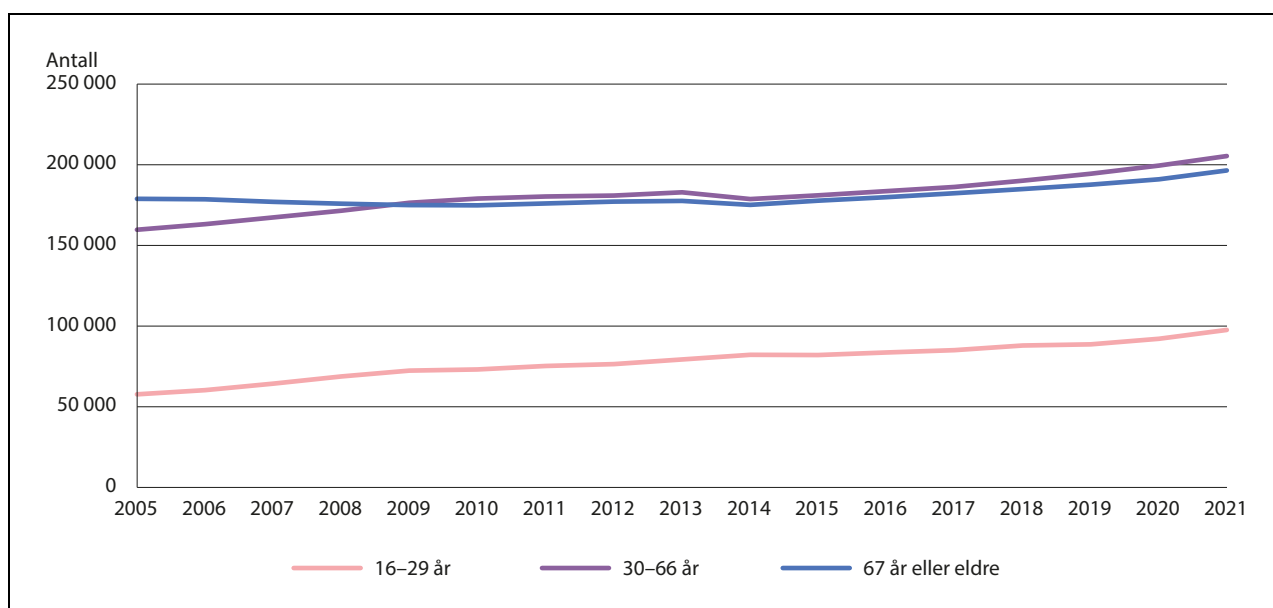
Studier viser at det kan være positive helsegevinster ved å leve i parforhold (691). Dette kan dreie seg om at partneren yter sosial støtte og hjelp, for eksempel ved å være pådriver for å søke medisinsk hjelp, finne beste behandlingstilbud og følge behandlingsopplegg ved sykdom. Forskning peker her særskilt på at dette kan være tilfellet ved kreftsykdom (692). Det kan se ut til at kvinner som bor uten partner i større grad har dårligere psykisk helse enn kvinner som lever i parforhold. 16 prosent av enslige kvinner og 7 prosent av kvinner i parforhold har symptomer på psykiske problemer (22, 692). Stress forbundet med å oppleve et samlivsbrudd kan føre til negative endringer i helse, målt ved for eksempel økt bruk av antidepressiver og økt helsetjenestebruk, iallfall på kort sikt (22).

Politikere har gjennom ulike familiepolitiske reformer ønsket å legge til rette for at flere skal kunne etablere familie i denne livsfasen. Lovfestet rett til barnehageplass og foreldrepermisjon for både mor og far har gjort det enklere for mødre å være yrkesaktive, også på fulltid (693). I 1996 var 45 prosent av barn i alderen 0–6 år i barnehage. I dag er barnehagedekningen langt bedre. I 2020 hadde 93 prosent av barn i alderen 1–5 år barnehageplass (22).

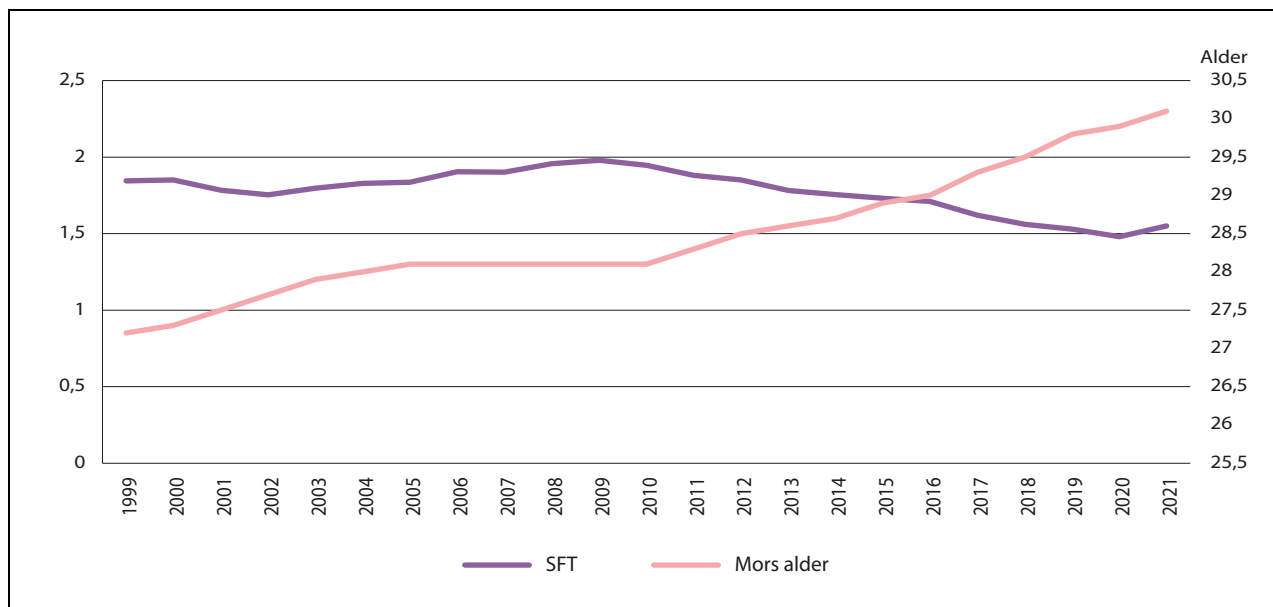
Til tross for flere slike familie- og likestillingspolitiske grep, fødes det færre barn i Norge i dag enn tidligere. En undersøkelse av holdninger til familieliv og det å få barn blant norske kvinner og menn (24–46 år), viser at de fleste verdsetter familielivet høyt. Foreldre i undersøkelsen forteller at de ønsker tiltak som kan gi mer tid med barn. Den mest utbredte grunnen til at man ikke får flere barn, er at en selv eller partner ikke ønsker det. Flere barn ville skapt behov for større bolig, økte utgifter, samt belastninger knyttet til svangerskap, fødsel og søvn (694).

10.5 Helse i svangerskap, fødsel og barseltid

I denne delen av kapitlet vies svangerskap, fødsel og barsel særskilt oppmerksomhet. Utvalget ser nærmere på endringer i fødepopulasjonen, kvinners helse før og etter fødsel, samt utfordringer i organiseringen av dagens svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.



Figur 10.2 Antall aleneboende kvinner i tre aldersgrupper, 2005–2021 (22).



Figur 10.3 Samlet fruktbarhetstall (SFT) og alder ved første fødsel, 1999–2021 (22).

10.5.1 Endringer i fødepopulasjonen og konsekvenser for helsetjenestene

Det fødes færre barn i Norge i dag enn tidligere. Samlet fruktbarhetstall¹ gikk opp fra 1,48 i 2020 til 1,55 i 2021. Med unntak av dette oppsvinget, er antall fødte barn synkende (695). I første kvartal 2022 ble det født 12 900 barn, som er det laveste i et førstekvartal siden 1997 (695).

Kvinner er i snitt også eldre når de får sitt første barn nå enn de var tidligere. Figur 10.3 viser samlet fruktbarhetstall og mors alder ved første fødsel. Gjennomsnittsalderen for første-gangsfødende var i 1999 litt over 27 år. I 2021 var snittalderen for første gang over 30 år (696). Høy alder innebærer risiko for at fosteret kan ha kromosomfeil og at mor trenger assistert befruktning, men gir også økt risiko for en rekke svangerskapskomplikasjoner, så vel som komplikasjoner i forbindelse med fødsel (697). Også høyere kroppsmasseindeks øker risikoen for sykdommer før svangerskapet og risikoen for svangerskapskomplikasjoner.

De siste årene har sett en økning i antallet barnløse (22). I 2020 var andelen barnløse kvinner 14,2 prosent (698). Barnløshet kan være både frivillig og ufrivillig. Ufrivillig barnløshet (infertilitet) omtales nærmere under punkt 10.10. Andelen

fødende kvinner med innvandrerbakgrunn er økende, og i 2019 utgjorde innvandrerkvinner 28 prosent av alle fødende i Norge (699). Samtidig synker også samlet fruktbarhetstall i denne gruppen. (698) Innvandrerkvinner er en særskilt sårbar gruppe innen fødselsomsorgen, og grup-

Boks 10.1 Fødeplass og fødetilbud

Det offentlige fødetilbudet er delt inn i tre nivåer: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. Hensikten er å gi friske kvinner et jordmorstyrt fødetilbud i nærområdet og kvinner og barn med risiko for komplikasjoner en tilpasset fødselsomsorg med høy beredskap på sykehus (701). Som hovedregel kan friske kvinner med forventet normal fødsel selv velge fødested. Enkelte gravide har imidlertid behov for ekstra oppfølging. Fødestuer ligger utenfor sykehus og er et tilbud til friske gravide med forventet normal fødsel. Hvis det oppstår komplikasjoner under fødsel på fødestue, flyttes kvinnene til fødeavdeling eller kvinneklinikk ved sykehus. Fødeavdelinger har fødselsspesialister og jordmødre på vakt hele døgnet. Kvinneklinikker er spesialiserte enheter for kvinner med risikofødsler og er bemannet med fødselsleger, barneleger og nyfødtavdeling (702).

¹ Samlet fruktbarhetstall (SFT) for kvinner beskriver gjennomsnittlig antall levendefødte barn hver kvinne kommer til å føde i hele kvinners fødedyktige periode (15–49 år). Dette forutsetter at fruktbarhetsmønsteret i perioden vedvarer og at dødsfall ikke forekommer.

**Boks 10.2 Endringer
i bioteknologiloven og betydning
for helsetjenestene**

I 2020 vedtok Stortinget endringer i bioteknologiloven. Det ble tillatt med assistert befruktning for enslige, eggdonasjon og tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide. Det ble innført tilbud om gratis NIPT-test (non invasiv prenatal test) for alle gravide over 35 år, og det ble lovlig for kvinner under 35 år å ta NIPT-test privat. NIPT-testen er en blodprøve av mor som tester fosterets DNA for de tre vanligste kromosomfeilene (trisomi 13, trisomi 18 og trisomi 21). Innføring av tidlig ultralyd til alle har medført utfordringer for helsetjenesten. Det er blitt økt behov for ultralydapparater og undersøkelsesrom, men tilbudet har også bidratt til økt behov for flere ultralydjordmødre og gynekologer med riktig kompetanse i det offentlige tjenestetilbudet. Dette påpekes av flere fagmiljøer (703).

pen er spesielt utsatt for økt risiko for fødselskomplikasjoner og for dødfødsel (700).

Samlet påvirker disse endringene i fødepopulasjonen behovet for helse- og omsorgstilbudet til gravide og fødende. Det påvirker også hvor ressurskrevende tjenestene er. Eksempelvis øker andelen gravide som defineres som høyrisikofødende, og mange av disse gis tilbud om fødsel ved fødeavdeling eller kvinneklinikk. Dette gjør det nødvendig med et mer differensiert fødetilbud med tilpasset kompetanse og bemanning innenfor de tre nivåene av fødeinstitusjoner (se boks 10.1) (697).

10.6 Helse før og etter fødsel

Selv om de fleste norske kvinner går gjennom graviditet og fødsel uten å oppleve alvorlige og eller langvarige helseutfordringer, er svangerskap, fødsel og barseltid en periode som preges av fysiske og psykiske påkjenninger. Svangerskapskvalme, blødninger, rifter etter fødsel, bekkenbunnsplager, bekkenleddsmerter, sårhet og betennelse i forbindelse med amming, psykisk stress og bekymringer er eksempler på helsemessige påkjenninger som kvinner erfarer

gjennom svangerskap, fødsel og i tiden etter fødsel.

For mange er plagene etter en fødsel ubehagelige, men kortvarige og forbigående. Andre kvinner opplever alvorlige helseutfordringer før og etter fødsel, som vedvarer og gir store smerter og funksjonsnedsettelse. For flere av disse tilstandene mangler det kunnskap om årsaker og behandling. Ett eksempel på en slik tilstand er bekkenleddsmerter. Til tross for at bekkenleddsmerter er relativt vanlig blant gravide kvinner, er kunnskapen om tilstanden mangelfull (704). Folkehelseinstituttet finner i et forskningskart (9) utarbeidet på oppdrag fra utvalget, ingen systematiske oversikter om behandling av bekkenleddsyndrom.

10.6.1 Fødselsskader og dysfunksjoner i bekkenet

Mange kvinner opplever å få rifter ved fødsel, der de fleste ikke gir plager senere. Noen få kvinner (0,9–3 prosent) får en større rift som omfatter skade på endetarmens lukkemuskel (705). For flere innebærer skaden på endetarmsmuskulaturen at man ikke klarer å holde på luft eller avføring, og man kan oppleve smerter ved samleie. Dette gjelder særlig tilfeller der slik fødselsskade ikke blir erkjent og reparert rett etter fødsel. Det vil variere hvor alvorlig skaden er, men ikke alle skader blir diagnostisert, og flere kvinner opplever andre plager senere som kan knyttes til skade på endetarmsmuskulaturen. I Norge har det vært oppmerksomhet på forebygging og tidlig diagnostisering av slike rifter, og forekomsten har sunket i takt med dette (705).

Graviditet og fødsel innebærer risiko for senere dysfunksjoner i bekkenet. Dette kan være lekkasje og tømmingsproblemer for urin, luft eller avføring, eller smerter i underlivet. Både det å bære vekten av et barn under graviditet og fødsel gir store fysiologiske og anatomiske forandringer i bekkenet. Plager kan også gjøre seg gjeldende 20 til 30 år etter fødsel, da ofte i forbindelse med menopausen.

Forskning viser at kvinner som utvikler symptomer fra bekkenbunnen i forbindelse med svangerskap og fødsel sliter med plager i lang tid, og ofte må vente lenge før de får et tilpasset behandlingsopplegg (706–708). For mange kan plagene være til dels invalidiserende og føre til redusert livskvalitet, redusert sosial omgang og psykisk påvirkning i tiden etter fødsel. Det påvirker også overgangen tilbake til jobb.

10.6.2 Psykisk helse i svangerskap og barsel

Svangerskap og barseltid er en risikoperiode for psykisk uhelse. Internasjonale studier viser at depressive symptomer forekommer hos omtrent hver tiende kvinne i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode (709–711). Rundt en av tre depresjoner under graviditet og barseltid (perinatale depresjoner) starter under svangerskapet. Basert på tall fra Legeforeningens fødselsveileder, har omtrent 6 000–12 000 kvinner hvert år en psykisk lidelse i forbindelse med graviditet og barseltid som krever spesialistkompetanse (715). Til sammenlikning har rundt 3 000 diabetes (716).

Omtrent 1,5 prosent av alle gravide i Norge bruker antidepressiver i løpet av svangerskapet (712). Dette tilsvarer om lag 900 svangerskap årlig. En dansk registerstudie viste at risikoen for innleggelse på grunn av psykiatrisk sykdom er forhøyet de første månedene etter fødsel, og risikoen for å trenge psykisk helsehjelp er doblet de tre første månedene etter en fødsel sammenliknet med ett år senere (713). Tilsvarende mønster finner man ikke hos menn som blir fedre (713, 714).

Det kan være en ekstra høy terskel for å snakke åpent om psykiske helseutfordringer i forbindelse med svangerskap og barsel. Det er rimelig å si at det er en generell forventning i samfunnet om at gravide eller kvinner i barsel skal være lykkelige.

10.6.3 Særlig sårbare gravide

Med sårbare gravide menes gravide med utfordringer knyttet til psykisk helse, gravide der egen helsebakgrunn eller livssituasjon gir økt risiko for komplikasjoner under svangerskap eller fødsel, og gravide som bærer et foster der det mistenkes eller er bekreftet avvik eller risiko for alvorlig sykt barn. Gravide som av ulike årsaker velger å avbryte svangerskapet, papirløse gravide og gravide som ikke behersker norsk eller engelsk og har annen kulturell bakgrunn vil kunne være ekstra sårbare i forbindelse med graviditet. Ofte er det mer presist å si at den gravide befinner seg i en sårbar livssituasjon, framfor at kvinnen selv er særlig sårbar. Andelen sårbare gravide og risiko-svangerskap i Norge er økende, i takt med at fødepopulasjonen er i endring, ettersom blant annet høy alder hos den gravide gir økt risiko for komplikasjoner i svangerskap og under fødsel (717).

Som omtalt i kapittel 6, er kvinner med innvandrerbakgrunn en særlig sårbar gruppe i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid.

Blant annet er innvandrerkvinner spesielt utsatt for komplikasjoner som svangerskapsdiabetes under svangerskapet, og har økt risiko for fødselskomplikasjoner og for dødfødsel (700). En gjennomgang av alle dødfødsler i 2016 viste at en tredjedel av dødfødslene kunne vært unngått. Blant kvinnene som opplevde en dødfødsel utgjorde innvandrerkvinner om lag halvparten (718). Dette indikerer et stort forebyggingspotensiale.

Forskning viser også at psykiske helseutfordringer i tilknytning til graviditet og fødsel rammer skjevt. En studie om angst og depresjon blant mødre i Norge viser at barnerelaterte belastninger, levekårsrelaterte belastninger, lav utdanning og liten sosial støtte er assosiert med høyere nivå av symptomer på angst og depresjon blant mødre (719). En studie fra 2019 viser at dobbelt så mange kvinner med innvandrerbakgrunn som vesteuropeiske kvinner har depressive symptomer under svangerskapet (720). Helseplager og sykdom i tilknytning fødsel er også sterkt assosiert med voldserfaringer (721).

Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen har en sterk anbefaling om at helsepersonell skal spørre gravide om psykisk helse. I

Boks 10.3 Flerkulturell doula

Oslo universitetssykehus startet høsten 2017 prosjektet *Sårbar, gravid og ny i Norge – Trygg under fødsel med flerkulturell doula*. Doula-ordningen er et tilbud der en kvinne som har erfaring fra flere kulturer, kan følge opp andre kvinner med minoritetsbakgrunn under svangerskap, fødsel og barseltid. Flerkulturell doula tilrettelegger for en likeverdig og individuell svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg gjennom fødselsstøtte til gravide innvandrerkvinner i en sårbar livssituasjon. Eksempler kan være kvinner med kort botid, som erfarer språkbarrierer i møte med tjenestene, som er utsatt for vold, som har lite nettverk eller lever under fattigdomsgrensen. Flere sykehus i Norge tilbyr i dag flerkulturell doula. Forskning om erfaringene med doula-ordningen peker på at doulaene bidrar med kunnskap og støtte, og bygger bro mellom den fødende og helsetjenesten. Doulaene opplevde også selv at de var en ressurs (723). I dag drives doula-prosjektet av Norske Kvinners Sanitetsforening.

veilederen gjøres det klart at helsepersonell i svangerskapsomsorgen skal ha rutiner for å identifisere depresjon og angst. Dersom dette identifiseres, skal det sørges for et individuelt tilrettelagt tilbud (722). Psykisk helse utgjør også en viktig del av jordmor- og helsesykepleierutdanningen. Gravide og nye mødres psykiske helse omfatter et bredt spekter av psykiske plager og lidelser, fra lettere angst- eller depresjonssymptomer til livstruende barselpsykoser. Fagfeltet befinner seg i skjæringspunktet mellom mange fag, og det er nødvendig med tverrfaglig koordinering og samarbeid.

10.7 Dagens svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

I denne delen av kapitlet ser utvalget nærmere på situasjonen i dagens svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Dette er noe som opptar mange, og som til dels preges av kraftfull politisk debatt. Svangerskaps- og fødselsomsorgen handler om å skape nytt liv, og er dermed grunnleggende forskjellig fra de andre områdene vi tar opp i denne utredningen. Utvalget vil understreke verdien av god mødrehelse. Dette omfatter langt mer enn det å overleve svangerskap og fødsel. Både på individ- og samfunnsnivå er det ønskelig at det fødes friske og sunne barn. Verdien av mødrehelse er dermed verdien for mor, for barnet, for familien og for samfunnet. Mødrehelse for mor omfatter tiden før hun blir gravid, mors helse under svangerskapet og mors helse under og etter fødsel. En god svangerskapsoppfølging, og trygg og god fødselshjelp og barselomsorg er sentrale forutsetninger for god helse gjennom hele livet for både mor og barn.

10.7.1 Svangerskapsomsorgen

Svangerskapsomsorgen i Norge er oppfølgingen helse- og omsorgstjenesten gir overfor gravide. Ansvaret for dette er lagt til kommunehelsetjenesten. En del av svangerskapsomsorgen handler om at gravide skal få relevant informasjon om levestett, svangerskap og fødsel. Gravide skal også kunne ha innflytelse på oppfølgingen av svangerskapet (722). Jordmødre og fastleger er begge sentrale i svangerskapsomsorgen. I *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen* anbefales det at gravide med normalt svangerskap får et tilbud om ni konsultasjoner, inkludert fosterdiagnostisk tidlig ultralyd.

Boks 10.4 Mamma Mia

Mamma Mia er en app som er utviklet for å styrke relasjonen mellom mor og barn, involvere partneren på en god måte og å forebygge svangerskaps- og barseldepresjon. Appen er et selvhjelpsprogram som består av 44 sesjoner som følger forløpet i graviditeten, fra uke 21 i graviditeten til barnet er seks måneder. Innholdet er forskningsbasert og gir blant annet informasjon og kunnskap om barnets utvikling, støtte både før og etter fødsel, stressmestring, avspenningsøvelser, hjelp til å styrke forholdet til partner og råd om kommunikasjon med barnet.

Svangerskapskontrollene hos jordmor eller fastlege er den viktigste arenaen for å fange opp gravide som av ulike årsaker defineres til å ha økt risiko for komplikasjoner under svangerskap og/eller fødsel, og som trenger ekstra oppfølging eller henvisning til spesialisthelsetjenesten. Eksempler på dette er å identifisere høyt blodtrykk, svangerskapsforgiftning, diabetes eller mistanke om redusert fostervekst. Testresultater registreres i helsekort for gravide. Per i dag er det den gravide selv som oppbevarer helsekortet. Dette skal medbringes på alle kontroller og til fødestedet. Konsultasjonene i svangerskapsomsorgen er også en viktig arena for å fange opp særlig sårbare gravide. Gravide skal få spørsmål om erfaringer med vold, og gravide som kan være utsatt for kjønnslemlestelse, bør få tilbud om samtale om informasjon om mulig forebygging av komplikasjoner ved fødsel (722).

Endringer i bioteknologiloven har hatt betydning for svangerskapsomsorgen. NIPT-testen (se boks 10.2) er i dag tilgjengelig i den offentlige helsetjenesten for kvinner over 35 år. Kvinner under 35 år kan få utført testen hos private aktører og må selv betale for den. Fagmiljøet peker på at det er et skille mellom kvinner som må betale for testen, og de som ikke må betale. De yngste kvinnene med lavest risiko, men flest svangerskap, må selv betale for det samme tilbudet som kvinner i høyere alder får kostnadsfritt, påpekes det. Det vises også til en geografisk ulikhet i tilbudet fordi det er langt færre private tilbud i distriktene (703).

10.7.2 Kvalitet i fødselsomsorgen

Norge er blant landene som har best resultater innen fødselsomsorgen. I løpet av de siste 100 årene har mødredødeligheten sunket kraftig (724), og er i dag på 3,8 dødsfall per 1 000 fødsler (716). Norge er med andre ord et trygt land å være gravid og å føde barn i. Likevel forekommer det fortsatt uønskede hendelser, og flere av disse kunne vært unngått (725). I dag kan også flere kvinner med kroniske underliggende sykdommer, som revmatiske sykdommer eller hjerte- og kar-sykdom, få friske barn og gjennomgå svangerskap uten langsiktige medisinske komplikasjoner for mor. For ikke mange år siden var dette vanskeligere og farligere.

Kvalitet i fødselsomsorgen forutsetter tilstrekkelig bemanning av kompetent personell ved fødeinstitusjonene. Kvinner som har kontinuerlig støtte under fødselen, har større sannsynlighet for spontan, vaginal fødsel, og rapporterer om en bedre fødselsopplevelse og kortere fødselsforløp (726, 727). Studier har også pekt på at kvinner som har kontinuerlig støtte under fødselen, også er mindre utsatt for fødselsdepresjon (728).

Internasjonale anbefalinger støtter norske kvinners ønske om én til én-omsorg under aktiv

fødsel (729). I Helsedirektoratets veileder om kvalitetskrav til fødeomsorgen, *Et trygt fødetilbud*, anbefales tilstedeværende jordmor under den aktive fasen av fødselen (730). Det påpekes også at bemanningen ved fødeavdelingene må være tilstrekkelig for å ivareta forsvarlig overvåkning og behandling. Fra og med 2017 har det vært krav om å dokumentere tilstedeværelsen av jordmor under aktiv fødsel, og der dette ikke var gjennomført, skal det dokumenteres i helseforetakenes avvikkssystemer. Undersøkelser viser at kvinner som føder i Norge, ønsker kontinuitet i omsorgen, og de ønsker også i større grad at partneren blir involvert og ivaretatt. Funnene understøtter behovet for å vurdere om den medisinske rammen for fødselsomsorgen bør utvides fra å se på fødsel som en ren klinisk hendelse til en langt større begivenhet, der behovet for omsorg og psykisk helse også ivaretas med tilstrekkelige ressurser (731).

10.7.3 Betydningen av nok jordmødre og fødselsleger

Både Statistisk sentralbyrå og Riksrevisjonen peker på betydelige bemanningsutfordringer i dagens fødsels- og barselomsorg. Statistisk sentralbyrå framskrev i 2019 et underskudd på omkring 700 jordmorårsverk i 2035. Samme år viste en rapport fra Riksrevisjonen at helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere og beholde spesialsykepleiere og jordmødre, og at mange jobber deltid. Riksrevisjonen finner også en sammenheng mellom høy stillingsprosent og høyt sykefravær, noe som tyder på høy arbeidsbelastning. Ved enheter med mange ubesatte stillinger, er det også en tendens til at ansatte uten videreutdanning fyller stillinger som skulle vært fylt av kvalifisert personell. Høy arbeidsbelastning og at mange ikke ønsker eller klarer å jobbe heltid trekkes fram som grunn til høyt sykefravær (732).

Også fødselsleger (gynekologer) spiller en viktig rolle for å sikre en trygg fødselsomsorg. Fødselslegen har ansvar for blant annet sykdom og komplikasjoner under en fødsel. Fødselslegens rolle er å blant annet å forløse barn med sugeskopp eller keisersnitt, ta imot barn som fødes i seteleie, eller ved tvillingfødsel. En kompetent fødselslege som er tilgjengelig til enhver tid, er en forutsetning for å drifte en fødeavdeling. Ifølge fødselsleger som har engasjert seg i debatten om fødselsomsorgen, velger mange av legene som utdannes til å bli gynekologer, å søke seg bort fra å bli spesialister ved fødeavdelingene på grunn av arbeidsbelastningen. Mange velger å ta jobber i det pri-

Boks 10.5 ABC-enheten

ABC-enheten (Alternativ Birth Care) var en fødeenhet spesialisert for naturlige fødsler ved Oslo Universitetssykehus. Her har gravide og fødende fått tilbud om naturlige hjelpemidler som tilstedeværelse, avspenning, akupunktur for smertelindring og mulighet for vannfødsler. ABC-enheten var et tilbud til friske gravide, som måtte møte noen kriterier, herunder blant annet ikke ha en alvorlig kronisk sykdom, ikke ha svangerskapsdiabetes, ikke være overvektig (kroppsmasseindeks på over 30 før graviditeten), ikke røyke eller snuse, og ikke tidligere ha tatt keisersnitt. ABC-enheten har vært et tilbud til fødende i 25 år og har vært et populært tilbud. Flere reagerte da det i januar 2023 ble det kjent at ABC-enheten legges ned. Oslo Universitetssykehus har uttalt at nedleggelsen skyldes behov for kostnadskutt og mangel på jordmødre. Å kutte dette tilbudet er ifølge sykehuset det kuttet som i minst grad gir negative utslag for fødselsomsorgen ved sykehuset som helhet.

vate framfor ved de offentlige fødeinstitusjonene (733). Dette har også en klar geografisk dimensjon fordi det særlig er vekst i tilfanget av gynekologer i det private markedet i urbane strøk. Dette tilbudet finnes ikke i samme grad i distriktene (734). Det pekes også på at gynekologi er et av områdene hvor dyre vikarordninger er utbredt for å opprettholde et minimumsnivå av helsetjenester (735).

10.7.4 Følgetjeneste til fødende med lang reisevei

I Norge har mange kvinner relativt lang reisevei til fødeinstitusjon. Innbyggere som er bosatt i områder med spredt bosetting, kan ofte ha lang vei til offentlige tjenestetilbud, det gjelder også gravides reisevei til sykehus. Gravid kan oppleve avstanden til fødeinstitusjonen som en psykisk, praktisk og økonomisk utfordring, særlig i tiden før fødsel (736). Det er store variasjoner i beregnet kjøretid til nærmeste fødeavdeling eller fødestue i Norge (737).

De regionale helseforetakene har ansvar for døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste for fødende som har mer enn 1,5 time reisevei fra hjemmet til fødeinstitusjonen. Dette innebærer at det finnes samhandlingsavtaler om jordmortjenester og akuttmedisinske tjenester, herunder vaktberedskap og følgetjeneste mellom helseforetak og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Organisert følgetjeneste består av jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødsels hjelp i kommunen. Følgetjenesten har dialog med fødeinstitusjonen og vurderer responstid og egnet ambulansetransport. De vurderer også om det er behov for følge av jordmor eller lege til fødestedet.

En kunnskapsoppsummering om betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for fødende viser at en avstand på over 1 time mellom den gravides hjem og fødeinstitusjonen sannsynligvis medfører økt sannsynlighet for ikke-planlagt fødsel utenfor fødeinstitusjon (736). Folkehelseinstituttet påpeker at det også er en liten økning i risikoen for alvorlig svangerskapsforgiftning, og at: «Det er kanskje også en stor økning i risikoen for igangsetting av fødsler som skyldes ren logistikk.» For andre utfall er det ifølge rapporten ikke grunnlag for å konkludere sikkert om hvilken betydning avstand har på utfall for fødende og fostre eller nyfødte. Det vises til behovet for mer forskning og mer standardiserte målemetoder. Det mangler også forskning om effekter av følgetjenester for fødende med lang reisevei til fødeinstitusjon for alle relevante utfall (736).

Det har vært diskusjoner om hvorvidt avstandsgrensen for følgetjenesten bør reduseres. Helsedirektoratet vurderer at en reduksjon i reisevei fra 1,5 timer til 1 time fra hjemmet til fødeinstitusjonen vil medføre behov for økte ressurser, og at det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag før grensen utvides sett i lys av prioriteringsregelveket (738). Det bør nevnes at det er uenighet om kunnskapsgrunnlaget om risikoen knyttet til lang reisevei til fødeinstitusjonen (736, 739, 740). Studier (739) peker på at førstegangsfødende hadde noe økt risiko for svangerskapsforgiftning ved reisevei på over 1 time til nærmeste fødeinstitusjon, sammenliknet med gravide som bodde under 1 time unna.

10.7.5 Et godt tjenestetilbud i hele landet

Følgetjenesten er av særlig betydning for kvinner med lang reisevei til fødeinstitusjon. En annen sentral side ved fødselsomsorgen er tjenestetilbudet som møter kvinnene på fødeinstitusjonen. Vurderingen av hvor en kvinne skal føde – på en fødestue, en fødeavdeling eller kvinneklinikk – gjøres ut fra gitte seleksjonskriterier. Det skal også gjøres en vurdering av individuelle faktorer og behov. Kvinner som har kjente helseutfordringer, skal som regel selekteres til å føde ved kvinneklinikk. Dette er ett av flere virkemidler for å sikre kvalitet i fødetilbudet. Norske studier peker på at kvinner selv ønsker seg sammenhengende omsorg under fødselen, som ivaretar mer enn bare den medisinske sikkerheten. Mange uttrykker behov for følelsesmessig omsorg under fødselen og behov for å føle seg trygg, sett og hørt (731). Helsetilsynet har pekt på at selv om fødselsomsorgen i Norge er trygg, kan fødeinstitusjonene bli bedre til å lære av egne feil (725). For eksempel viser deres kartlegginger at nesten halvparten av fødeinstitusjonene ikke gjennomførte praktisk trening i henhold til Helsedirektoratets veileder (741). På flere områder har helseforetakene retningslinjer i henhold til nasjonale kvalitetskrav, men det er fortsatt uklart om de etterleves i praksis (742). En ny nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen er på høring parallelt med utvalgets arbeid.

10.8 Utfordringer med finansiering av fødselsomsorgen

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten bygger på en kombinasjon av basisbevilgning og finansiering basert på aktivitet i tjenestene, såkalt innsats-

Boks 10.6 Kvinnestemme

«Jeg hadde tullet med at det kom til å bli en hjemmefødsel siden min første kom relativt fort, og det ville bli rundt 1,5 år mellom dem.

Dagen kom, og ambulanse ble ringt. Jeg ble bedt om å si fra når riene startet og stoppet. Siden jeg pustet meg gjennom dem, klarte ikke ambulansepersonellet å se når jeg hadde rier. De hadde kontaktet sykehuset som ligger en god time unna, og de skulle sende jordmor i en møtende bil. Og jeg var så heldig at det ikke var noen som var i aktiv fødsel i Sandnessjøen, for da hadde jeg ikke fått jordmor.

Da jordmor kom inn i bilen, ble jeg undersøkt, og det ble bestemt at vi skulle prøve å nå sykehuset. Jeg ble bedt om å gi beskjed når vannet gikk – det gjorde det midt på ei bru fem minutter unna sykehuset. Og etter tre pressrier var hun født. Men totalt livløs. Nå stod det om liv! Jordmor ropte HJERTESTANS og utførte hjerte- og lungeredning i en ambulanse som nå

kjørte i den farten som var forsvarlig. Jeg lå faststroppet til båren og så lite til hvor hardt hun jobbet i fotenden av båren med vår lille.

Det første jeg så av min datter var at hun hang livløs i armene på jordmor da hun løp inn på sykehuset. Da jeg var kommet inn og opp på avdelingen, var vår lille koblet til det meste av apparater, og de var i kontakt med spesialister. Jeg fikk vite at jordmor hadde klart å få liv i vår lille.

Hun gråt, og de forsikret meg om at det gikk bra med henne. Jeg svarte «er det lyd, er det liv». Jeg fikk holde henne i 30 minutter før vi måtte reise videre med Sea King-helikopter. Det tok tre og et halvt døgn før jeg fikk holde min datter igjen.

Jeg vil være evig takknemlig til dem som var sammen med oss og reddet min datter den natten.»

Kvinne, 36 år

styrt finansiering (ISF). Det er basisbevilgningen som utgjør den største andelen av den totale finansieringen. Den aktivitetsbaserte finansieringen innebærer at deler av inntektene til helseforetakene gjøres avhengig av både hvor mange og

hva slags pasienter som får behandling i helseforetakene. ISF bygger på DRG-systemet (se boks 10.7). ISF er i utgangspunktet et system for å fordele inntekter fra staten til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene bruker også i stor grad ISF til å viderefordre inntekter til helseforetakene.

Boks 10.7 DRG-poeng

DRG står for diagnoserelaterte grupper og er et verktøy for å klassifisere aktivitet i spesialisthelsetjenesten i ulike grupper basert på blant annet diagnoser og prosedyrer. Dette brukes som grunnlag for innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten, men også som grunnlag for styring og oppfølging av sykehusene. Det finnes om lag 1000 DRG-er. Hver DRG har en kostnadsvekt, som uttrykker hvor ressurskrevende et opphold er i forhold til gjennomsnittet. For å beregne kostnadsveksten tas det utgangspunkt i hvor mye ressurser som faktisk brukes for å yte helsehjelpen. Disse kostnadsberegningene gjennomføres av helseforetakene og samles inn av Helsedirektoratet som forvalter DRG-systemet og innsatsstyrt finansiering.

10.8.1 Fødselsomsorgen som akuttberedskap

Flere har påpekt at fødselsomsorgen egner seg dårlig for logikken om aktivitet som grunnlag for inntjening, som ligger til grunn for dagens finansieringssystemer (743). Fødselsomsorgen kan sies å være en særegen og kompleks aktivitet ved sykehusene. Dagens ordning er utviklet for somatisk kurativ behandling. Fødselsomsorgen har flere fellestrekk med akuttberedskap, heller enn elektiv sykehusbehandling. Et finansieringssystem som belønner etter aktivitet, har svakheter som blir tydelig i fødselsomsorgen, fordi fødselsomsorgens aktivitet er vanskelig å planlegge. De fleste fødsler starter akutt, og det er vanskelig å forutsi bemanningsbehovet fra dag til dag. Det kan også være betydelige sesongvariasjoner. Samtidig er beredskapen kritisk, og denne må være til stede hele døgnet (697). Det er med andre ord behov for at fødeinstitusjonene har tilstrekkelig bemanning på

plass, selv om det er vanskelig å planlegge behov til enhver tid.

10.8.2 Kompleksitet i fødepopulasjonen og behov for forebygging

Endringer i dagens fødepopulasjon innebærer behov for ekstra oppfølging og tiltak for å forebygge komplikasjoner. Flere påpeker at denne forebyggende innsatsen ikke belønnes tilstrekkelig i dagens finansieringssystem. Helsedirektoratet har vist til at ISF må gi et riktig bilde av kompleksitet og ressursbruk for ulike typer fødsler og behandlingsforløp, og at det er nødvendig å vurdere justeringer i DRG-klassifikasjonssystemet og modellen for kostnadsberegninger, for å bedre reflektere innsatsen som krevet for å imøtekomme dagens fødepopulasjon. Helsedirektoratet har fulgt opp anbefalinger fra rapporten fra 2020, blant annet ved at det i 2022 ble innført to nye DRG-er for fødende med svangerskapsforgiftning – for vaginal fødsel og ved keisersnitt. I 2023 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere behovet for ytterligere justeringer i ISF fra 2024 for å sikre at ordningen er tilstrekkelig tilpasset variasjonen i gravide og fødendes behov. Videre har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å gjennomgå og vurdere finansieringen av den spesialiserte fødselsomsorgen, og vurdere tiltak. Dette vil omfatte finansieringen av disse tjenestene innad i helseforetakene.

Utfordringen relatert til inntjening gjennom DRG-poeng gjelder ikke bare innen fødselsomsorgen. Enkelte har påpekt at konsultasjoner knyttet til for eksempel vulvalidelser gir lite DRG-poeng, til tross for at konsultasjonene kan være tidkrevende. Det hevdes at dette samlet gjør at vulvalidelser blir et lite attraktivt poliklinisk tilbud for helseforetakene (744). Samtidig er det nødvendig å understreke at det er basisbevilgningene, ikke ISF, som utgjør hovedandelen av finansieringen.

10.8.3 Helhetlige tjenesteforløp

Helsedirektoratet peker på muligheten for å finansiere deler av fødselsomsorgen som helhetlige tjenesteforløp. Dette kan gi sektoren større grad av fleksibilitet og handlingsrom, og kan vurderes som del av det mer langsiktige arbeidet med utvikling av den innsatsstyrte finansieringen. Helsedirektoratet innførte i 2021 såkalte tjenesteforløpsgrupper (TFG) innen fødselsomsorg, som beskriver denne aktiviteten i et forløpsperspektiv.

Disse gruppene er foreløpig ikke brukt som grunnlag for innsatsstyrt finansiering.

10.9 Utfordringer i barselomsorgen

Barseltiden er definert som de første seks ukene etter fødselen og er ofte en sårbar tid for kvinnen, barnet og familien (745). Barseltiden er særlig viktig for å fange opp og gi et godt tilbud til kvinner og familier hvor det er risiko knyttet til psykisk helse, familie- og omsorgssituasjonen eller andre forhold som kan komme i veien for god utvikling og stabilitet. Ett til tre døgn etter fødsel skal også den nyfødte undersøkes med fokus på hofter, hjerte, hørsel og forekomst av sjeldne sykdommer. Disse undersøkelsene gjennomføres for de fleste mens mor og barn er på barselavdelingen eller barselhotell i sykehus (746).

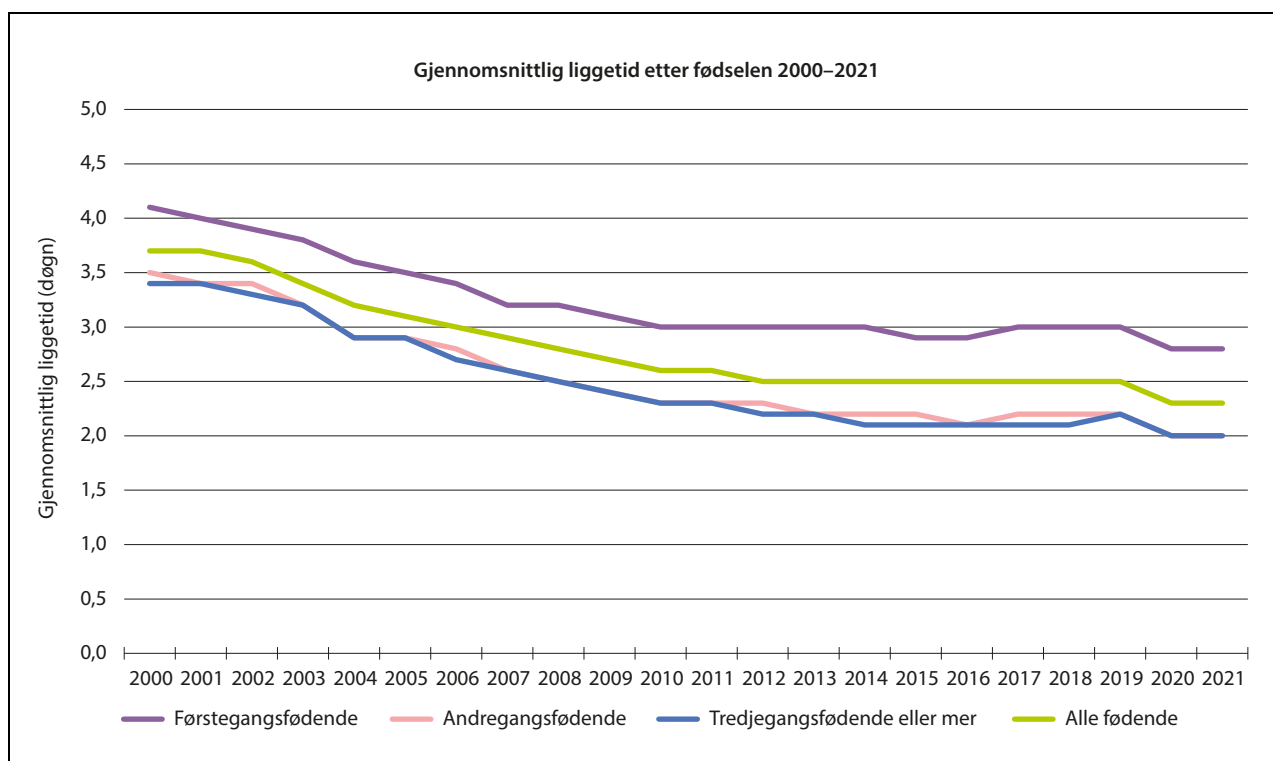
Mens noen opplever få plager i barseltiden, opplever andre en rekke helseproblemer, også problemer de ikke hadde før de ble gravide eller fødte. Alvorlige problemer som kan dukke opp både tidlig og senere i barselperioden er infeksjoner, blødninger, psykoser, fødselsdepresjon og blodpropp. Andre helseplager, som vansker med å tømme urinblæren eller ulike grader av ubehag i underlivet hos de som har blitt sydd, kan skape stor bekymring for egen underlivshelse. Slike plager oppleves av mange, men er som regel forbigående og kan regnes som en normal del av barseltiden. I flere studier har omtrent halvparten av kvinnene oppgitt minst ett nytt helseproblem etter fødselen, og for to tredeler var problemet der fortsatt et år etter fødselen (747, 748).

10.9.1 Kortere liggetid på fødeinstitusjon og geografisk variasjon

Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at liggetiden på fødeinstitusjon i forbindelse med fødsel og keisersnitt har gått betydelig ned, både for førstegangsfødende og for kvinner som har født tidligere (749).

Fra 2000 til 2008 gikk liggetiden på sykehusene ned fra 4,1 til 3,1 døgn. Fra 2010 det en ytterligere reduksjon i liggetiden, og i 2021 var mors gjennomsnittlige oppholdstid ved sykehus etter vaginal fødsel 2,4 døgn (se figur 10.4). Opphold på sykehus varierer med fødsel og om mor er førstegangsfødende. Den gjennomsnittlige liggetiden er lengre for førstegangsfødende og for keisersnitt (716).

Liggetiden varierer også mellom ulike fødeinstitusjoner. Eksempelvis er gjennomsnittlig



Figur 10.4 Kvinners gjennomsnittlige liggetid etter fødselen ved henholdsvis første, andre og tredje svangerskap eller mer, 2000 til 2021 (716).

opphold etter fødsel mer enn tre døgn ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen, mens det er langt kortere ved St. Olavs hospital og ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø (749). Variasjon i liggetid på sykehus etter fødsel har sammenheng med lokal praksis og kapasitet ved barselavdelingene (749). Det er også store geografiske forskjeller i bruk av polikliniske kontakter de første seks ukene etter fødsel (746). Med unntak av opptaksområdet Bergen som har en særlig høy andel som reiser hjem tidlig, og dermed lav gjennomsnittlig liggetid, kunne ikke variasjonen i liggetid forklare den store variasjonen i bruk av polikliniske kontakter. Det har også vært en stor økning i perioden 2019–2021 i antall barselkvinner per 1000 fødende som har minst én kontakt med kommunal jordmørtjeneste i barseltiden. Dette er en ønsket utvikling og resultat av en oppbygging av denne tjenesten i kommunene. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering peker på at barseltiden som helhet er preget av stor geografisk variasjon. Dette gjelder både bruk av spesialisthelsetjenesten og bruk av den kommunale jordmørtjenesten, der hvor en slik tjeneste er etablert. Ifølge senteret kan dette tyde på at ansvarsfordelingen mellom helseforetak og kommune ikke

er avklart og tydelig slik helse- og omsorgstjenesteloven krever.

Det foreligger lite kunnskap om hvilke helsemessige konsekvenser den forkortede liggetiden har på nye mødre og deres nyfødte i Norge. En studie fra Helse Bergen viste imidlertid at da gjennomsnittlig liggetid gikk fra 3,5 til 2,7 døgn, økte antall innleggelser av spedbarn på grunn av alvorlig dehydrering (750, 751).

Helsedirektoratets retningslinjer for barselomsorgen påpeker at sykehusoppholdets varighet skal tilpasses kvinnens og den nyfødtes behov, og at vurderingen gjøres i samråd med kvinnen (745). Det heter videre at en kvinne som ønsker å amme, får være på barselavdelingen inntil ammingen er etablert og barnet ernæres med morsmelk (745). Vurderingen gjøres både ut fra faglige vurderinger og i tråd med mors behov. Samtidig har fagmiljøer uttrykt bekymring over nedgang i amming og økt forekomst av uheldige hendelser hos mor og barn etter tidlig utskrivning (752). Blant annet frykter barneleger at kortere liggetid kan medføre at man overser sjeldne, men alvorlige tilstander som debuterer de første dagene etter fødsel, for eksempel sepsis (blodforgiftning), hjertefeil og metabolske sykdommer (stoffsiftesykdommer) (751).

10.9.2 Behov for bedre oppfølging i barselomsorgen

Til tross for at det finnes nasjonale faglige retningslinjer, handler flere av innspillene til utvalget om betydelige mangler i dagens barselomsorg. Helseatlas for fødselshjelp av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, viser til brukerundersøkelser om at kvinners erfaringer fra fødeavdelingen er bedre enn erfaringene fra barseloppholdet (153). Også Ammehjelpen rapporterer om økende etterspørsel etter deres frivillige tjenester. Folkehelseinstituttets undersøkelse blant 8 156 barselkvinner i 2017 viser at kvinnene var minst fornøyde med informasjonen de fikk under barseloppholdet. Dette gjaldt både barselkvinnens egen helse, barnets helse etter fødsel og i alle helseregioner. Brukerne oppga at de savnet tilgjengelige jordmødre med nok tid til medisinsk observasjon og veiledning, og bedre kontinuitet i oppfølgingen. En studie av fødselsopplevelse og depressive symptomer under pandemien, avdekket betydelig misnøye med ivaretagelsen på barselavdelingen (753).

Ansvar for oppfølgingen av nye mødre og spedbarn blir i stadig større grad overført fra sykehusene til kommunene, der jordmødre, helsesykepleiere og fastleger spiller en sentral rolle. For kvinner og nyfødte hvor det vurderes som like trygt med oppfølging i hjemmet som i føde- og barselavdeling, anbefaler retningslinjen

for barselomsorgen ett hjemmebesøk av jordmor innen første til andre døgn etter hjemreisen. For kvinner med gode erfaringer fra tidligere fødsel, amming og barseltid, tilbys det ett hjemmebesøk av jordmor i løpet av de tre første døgnene etter hjemreisen (745).

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at bare 54 prosent av barselkvinner og nyfødte fikk hjemmebesøk av jordmor de første tre dagene etter hjemkomst (754). Retningslinjen anbefaler videre at første hjemmebesøk av helsesøster bør gjennomføres 7.–10. dag etter fødselen, og dette er definert som en «sterk anbefaling» (755). Imidlertid sank andelen nyfødte som fikk hjemmebesøk av helsesykepleier, fra 90 prosent i 2019 til 70 prosent i 2020. I 2021 var tallet 80 prosent (754).

10.9.3 Amming

Norske helsefaglige råd anbefaler at mor fullammer barnet i seks måneder, og har en samlet ammeperiode på et år, men gjerne lenger. Amming bidrar til å dekke barns næringsbehov og beskytter mot sykdom og infeksjoner. Amming gir også helsegevinster for mor. Amming kan bidra til å forebygge fødselsdepresjon og gjøre det enklere for mor å komme tilbake til normalvekt. På lengre sikt bidrar amming også til å redusere risikoen for alvorlige sykdommer, som brystkreft, eggstokkreft, diabetes type 2 og hjerte- og kar-sykdommer (758). Til tross for fordelene for både mor og barn, slutter en del kvinner å amme tidligere enn de hadde planlagt. Dette kan skyldes at en opplever problemer som kunne vært løst med oppfølging fra helsepersonell med fagkompetanse om amming og ernæring (745). I dag finnes det flere initiativ som tilrettelegger for at barselavdelinger gir gode forutsetninger for å komme i gang med amming, og for å støtte mødre som opplever utfordringer med amming, blant annet flere læringsressurser.

Som omtalt i kapittel 5 har kvinner rett på «ammefri» dersom en ønsker å fortsette å amme når de er tilbake på jobb. Likevel kan arbeidsorganisering og tidspress utfordre dette i praksis. Mange kvinner kan oppleve at ønsket om fortsatt amming og reelle muligheter til å jobbe ikke fungerer i praksis. Det har vært flere medieoppslag om kvinner som opplever utfordringer med dagens anbefalinger om amming, og ordningen med tredelt foreldrepermisjon.

Kvinner med lav utdanning ammer kortere enn de med høy utdanning (759). Amming har vist å kunne bidra til å redusere sosiale forskjeller i helse fordi barn som ammes, gis et godt grunnlag

Boks 10.8 Gulsott hos nyfødte

Gulsott er relativt vanlig hos nyfødte. Dette er sjelden farlig, og hos de fleste nyfødte forsvinner gulsott etter en uke eller to uten behandling. Mer alvorlige tilfeller kan forekomme og kan i verste fall være dødelig, dersom sykdommen ikke oppdages og behandles. Gulsott ses som regel tidligst etter ett til to levedøgn. Det kan være utfordringer knyttet til å oppdage tilstanden når gjennomsnittlig liggetid på barselavdelinger går ned. I 2021 var den på 2,6 døgn. Tidligere hjemreise medfører at barnelegeundersøkelsen ofte gjøres tidligere enn to døgn etter fødsel. Dette gjør det vanskeligere å oppdage alvorlige tilstander, herunder gulsott (756). Flere har påpekt at hjemreise etter ett til to døgn gjør at en viktig fase for å oppdage gulsott er flyttet til hjemmet (757).

for god helse og utdanning uavhengig av foreldres sosioøkonomiske status (760). Det har imidlertid vært en nedgang i forekomsten av fullamning til seksmånedersalderen de siste årene, ifølge en ny norsk studie (761).

10.10 Ufrivillig barnløshet og behandling med assistert befruktning

Ufrivillig barnløshet (infertilitet) er definert som når et par har hatt regelmessige prevensjonsløse samleier i ett år uten å bli gravide (762). Ufrivillig barnløshet rammer ett av sju par, og i de siste 20–30 årene har forekomsten økt betraktelig (763). Årsaken til denne økningen er i hovedsak at kvinner og par stifter familie senere i livet enn det som var vanlig før. Det finnes lite forskning på hvilke andre faktorer som kan være medvirkende til denne økningen.

De siste 40 årene har teknologiske framskritt ført til at flere par tilbys behandling med assistert befruktning, med samtidig økte sjanser for å få barn etter behandling og færre bivirkninger. Muligheten for å få barn etter assistert befruktning er avhengig av flere faktorer hos paret. I 2021 ble det registrert 3137 barn født i Norge etter assistert befruktning. Antakelig er tallet høyere fordi mange barn som er unnfanget ved hjelp av assistert befruktning i utlandet, ikke registreres systematisk. Behandlingstilbudet for infertile par i Norge er todelt, og behandling tilbys både av den offentlige helsetjenesten og av flere private aktører.

Forskning har vist at par som er rammet av infertilitet, i liten grad deler disse problemene med venner og familie. Forekomst av depresjon blant kvinner og menn er høy, henholdsvis 15 prosent og 6 prosent (764). Par rapporterer også økt fare for seksuelle problemer og samlivsbrudd. Infertilitet er fortsatt tabubelagt for mange, og mye tyder på at par kommer sent til behandling. Dette har betydning fordi alder er den viktigste faktoren som påvirker utfall av behandlingen.

10.11 Svangerskapsavbrudd

Abort er avbrytelse av et svangerskap. Begrepet abort benyttes både om spontanabort, et uventet tap av et foster før uke 22 og om provosert abort, der et svangerskap blir avbrutt i den hensikt å hindre fødsel av et barn (765).

10.11.1 Provosert abort

Kvinner i Norge har siden 1976 kunne bestemme om de vil avbryte svangerskapet i løpet av de 12 første svangerskapsukene. Etter tolvte svangerskapsuke behandles kvinnens ønske om avbrudd i en abortnemnd. Det ble utført 10 841 svangerskapsavbrudd i Norge i 2021, hvilket tilsvarer en abortrate på 9,0 per 1000 kvinner. De siste årene har aborttallene i Norge vært historisk lave. Nedgangen er i hovedsak knyttet til en nedgang i tallet på uønskede svangerskap blant kvinner under 25 år siden 2008. I dag er det aldersgruppen 25–29 år som har den høyeste abortraten, 15,2 per 1000 kvinner i 2021 (766).

I 2021 var 95,4 prosent av alle svangerskapsavbrudd selvbestemte, og 84,5 prosent av disse ble utført før uke 9 (766). De fleste begjæringer om svangerskapsavbrudd som blir behandlet i nemnd etter uke 12, blir innvilget. Det var totalt 569 begjæringer om svangerskapsavbrudd etter uke 12 i 2021. Av disse ble 518 innvilget, og 500 av disse ble gjennomført. Det var 379 begjæringer om svangerskapsavbrudd innen utgangen av uke 18 som ble behandlet i nemnd i 2021. Av disse ble 371 innvilget i primærnemnd og tre innvilget i klagenemnd – bare fire kvinner fikk avslag². Videre var det 190 begjæringer om svangerskapsavbrudd etter uke 19. Av disse ble 142 innvilget i primærnemnd og ni innvilget i klagenemnd (766).

10.11.1.1 Medikamentell og kirurgisk abort

I Norge har kvinner mulighet til å velge mellom medikamentell og kirurgisk abort ved selvbestemt svangerskapsavbrudd. Medikamentell abort kan utføres fra og med uke 6, og kirurgisk abort kan utføres fra og med uke 7. Det kan derfor ta noe tid fra kvinnen oppdager at hun er gravid til hun får time på sykehuset. Før svangerskapsuke 12 er verken medikamentell eller kirurgisk abort vanskelig å utføre, det er sjelden komplikasjoner, og brukertilfredsheten høy. Det er likevel vesentlig mer ressurs- og kostnadskrevende for spesialisthelsetjenesten å utføre kirurgisk abort.

Selv om de fleste svangerskapsavbruddene i Norge er ukompliserte, viser forskning at det også er viktig at kvinnen har mulighet til å bestemme behandlingsmetode i samråd med legen. Kvinner oppgir ulike grunner for valg av behandlingsmetode. Noen kvinner foretrekker for

² Ett vedtak mangler, det kan skyldes at den gravide har trukket begjæringen eller ikke møtt.

Boks 10.9 Medikamentell abort hos avtalespesialister

Under koronapandemien ga Helsedirektoratet en sterk anbefaling til de regionale helseforetakene om å gi privatpraktiserende gynekologer (avtalespesialister) midlertidig tilgang til å tilby medikamentell abort før utgangen av svangerskapsuke 12. Formålet var å frigjøre noe kapasitet ved helseforetakene og å sikre at tilgjengeligheten til trygg abort ble ivarettatt. Anbefalingen ble gitt på bakgrunn av positive erfaringer fra et prøveprosjekt i regi av Helsedirektoratet i 2015–2017. Formålet med prosjektet, hvor avtalespesialister i gynekologi kunne tilby medikamentell abort før utgangen av uke 9, var å etablere et lavterskeltilbud og å øke kvinners valgfrihet. De fleste kvinnene som deltok i prosjektet opplevde tilbudet som trygt. Ifølge Helsedirektoratet er medikamentell abort hos avtalespesialister et godt supplement til tilbudet ved sykehusene, og «det kan anbefales til abortsøkende kvinner med svangerskapsvarighet under 9 uker» (772).

eksempel medikamentell abort fordi det er med på å bevare følelsen av kontroll eller fordi de er mer komfortable i eget hjem. Andre foretrekker kirurgisk abort fordi de ikke ønsker å være våkne under inngrepet, eller fordi det som oftest medfører mindre blødninger og smerte, over en kortere periode (767, 768).

I 2021 ble 95,3 prosent av de selvbestemte avbruddene utført medikamentelt. Dette kan utføres hjemme hos pasienten (før uke 9) eller på sykehus. I 2020 vedtok Stortinget at alle kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, skal få tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset, dersom kvinnen ønsker det. Flere studier viser at kvinner i stor grad er tilfredse med medikamentell abort hjemme (769–772). Samtidig viser en ny kvalitativ undersøkelse at flere kvinner har negative opplevelser knyttet til oppfølgingen ved medikamentell abort hjemme (773). Kvinnene beskriver en rutinepreget tjeneste, manglende oppfølging og mangel på informasjon fra helsepersonell. Mange av kvinnene i studien hadde ikke fått mulighet til å velge abortmetode eller hvor aborten skulle gjennomføres. Kvinnene opplevde også kontakten med helsetjenesten som et hinder for å søke hjelp. Det var imidlertid bare

24 kvinner som deltok i studien og noen av erfaringene som beskrives fant sted i 2008. I en tidligere implementeringsstudie, gjennomført i 2015–2017, opplevde 94 prosent av 426 kvinner det som trygt å være hjemme under aborten (772). Det er viktig å understreke at alle kvinner som søker abort, skal møtes med respekt og ha valgfrihet og medbestemmelse i abortprosessen (773). Det er nødvendig at helsepersonell tar seg tid til å forklare, lytte til pasienten og svare på spørsmål for at pasienten skal kunne gi informert samtykke til behandling.

Helseatlas for fødselshjelp viser at det var store geografiske forskjeller i abortbehandling i perioden 2015–2017. Mindre enn 70 prosent av kvinner i opptaksområdet Østfold som valgte å avbryte et svangerskap, gjennomgikk medikamentell abort, mens 98,1 prosent av kvinner bosatt i opptaksområdet til Stavanger gjorde medikamentell abort (774). Ifølge Folkehelseinstituttet kan noe av forskjellen forklares med at ikke alle sykehus har tilbud om medikamentell abort i svangerskapsuke 9–12, og at noen helseforetak prioriterer å samle alle kirurgiske aborter ved én klinikk (194).

10.11.2 Spontanabort

Tidlig tap av graviditet som følge av spontanabort eller svangerskap utenfor livmoren (ektopisk graviditet) kan utgjøre en stor påkjenning for kvinnene som opplever dette. I snitt ender rundt 10–20 prosent av alle erkjente svangerskap i spontanabort. Risikoen for spontanabort øker med mors alder, med antall tidligere spontanaborter og ved enkelte svangerskapskomplikasjoner. Det å miste et foster, også tidlig i svangerskapet, oppleves for mange kvinner som en belastende og traumatisk hendelse. Angst og depresjon og andre psykiske plager og lidelser kan også følge av spontanaborter (775–777).

Sommeren 2020 vedtok Stortinget at alle som gjennomgår en spontanabort, skal få tilbud om oppfølging fra helsepersonell. Vedtaket følges opp ved alle sykehus, med unntak av ett, viser årsrapportene fra helseregionene. Utvalget kjenner ikke til særskilt oppfølging av vedtaket i kommunehelsetjenesten. Det har imidlertid ikke lyktes utvalget å finne en samlet oversikt over hvilken oppfølging som gis til kvinner og familier som gjennomgår spontanabort. Det er nærliggende at det ikke foreligger noen koordinert innsats på dette området, og at oppfølgingen er styrt av tilfældigheter. Dette kan ha sammenheng med at det ikke var spesifisert hva slags type helsepersonell som skulle bidra i denne oppfølgingen.

10.12 Utvalgets vurdering

De siste tiårene har den norske fødepopulasjonen blitt mer kompleks. Dette har konsekvenser for kompetansebehov i og organiseringen av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Utvalget ser også at teknologiske framskritt og endringer i lovverk, for eksempel endringer i bioteknologiloven som åpner for tidlig fosterdiagnostikk, også bidrar til mer kompleksitet i svangerskapsomsorgen. Flere kvinner lever også som ufrivillig barnløse, noe det trengs mer kunnskap om – både for den enkelte kvinne og på samfunnsnivå. At flere kvinner velger å vente lenger med å få barn, gjør at gjennomsnittsalderen for førstegangs fødende øker, og i 2021 var den over 30 år. Dette skyldes med sannsynlighet flere strukturelle forhold. Utvalget mener likevel det er grunn til å kartlegge om dagens støtteordninger er gode nok, særlig for unge småbarnsforeldre, for eksempel studenter.

Utvalget er oppmerksom på at regjeringen har varslet at det skal settes i gang et arbeid om det helhetlige føde- og barseltilbudet. Regjeringen skal også legge fram en nasjonal helse- og samhandlingsplan i 2023, og utvalget har forventninger om at svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet omtales særskilt i denne. Utvalget er også oppmerksom på Helsepersonellkommisjonens arbeid som ble lagt fram i februar 2023, herunder kommisjonens anbefalte tiltak for å organisere helse- og omsorgstjenestene bedre for å sikre et bærekraftig tjenestetilbud.

10.12.1 Det er behov for å styrke svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen

Utvalgets gjennomgang av kunnskap om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen viser at disse tjenestene står overfor betydelige utfordringer. Særskilt merker utvalget seg behovet for å sikre at alle kvinner i Norge, uavhengig av bosted, blir godt ivaretatt under graviditet, fødsel og barsel. Utvalget tolker dagens utfordringer som et resultat av en nedprioritering av tjenestene over tid og manglende anerkjennelse av disse tilbudenes særskilte betydning for kvinners helse. Det mangler en systematisk satsing for å sikre geografisk balanse og et likeverdig tilbud. Utvalget ser også med stor bekymring på at stadig flere fødetilbud legges ned, og at dette skaper usikkerhet og utrygghet hos gravide i hele landet.

Utvalget vil understreke at ansvaret for døgnkontinuerlig beredskap og organisering av følge-

tjeneste for gravide er tydelig lagt til helseforetakene. Helseforetaket har det overordnede ansvaret for å sørge for tilrettelegging av beredskaps- og følgetjenesten. Kommunen har plikt til å samarbeide med spesialisthelsetjenesten for å legge til rette for forsvarlige tjenester. Dette innebærer at foretakene også må sørge for å møte gravide med behov for følge som bor nærmere enn 1,5 time reisevei, dersom fødselen utvikler seg slik at det er behov for ledsagelse av kompetent personell. Utvalget vil påpeke at grensen for følgetjenesten ikke kan beregnes ut fra ideelle reiseforhold. Utvalget merker seg at utkast til ny veileder for fødselsomsorgen ikke er tydelig nok på disse forholdene og mener en bør vurdere å gå tilbake til veiledende grense på 1 time. I påvente av denne endringen må foretakene evaluere egen praksis og legge til rette for tilstrekkelig beredskap som gjør at alle fødende kan føle seg trygt ivaretatt.

Utvalget vil understreke viktigheten av god kvalitet på tjenestene som møter gravide og fødende på fødeinstitusjonene. Det er sentralt for utvalget at det sikres kompetanse og tilstrekkelig personell ved fødetilbudet i hele landet. Utvalget mener det er grunn til å være bekymret for utfordringene med å rekruttere og beholde et tilstrekkelig antall jordmødre og fødselsleger både i distriktene og på sykehus. Dette går også utover barselomsorgen, der undersøkelser tyder på at for mange nybakte mødre og familier blir overlatt til seg selv, og ikke får tilstrekkelig oppfølging. Utvalget mener det er nødvendig at det rekrutteres på en måte som sikrer et godt fødetilbud både i distriktene og ved sykehus i mer sentrale strøk. Utvalget vurderer at det også her er nødvendig å vurdere nye verktøy for å bidra til å sikre bærekraftig rekruttering for framtiden.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 40 Sikre trygg og god svangerskaps-, fødsels- og barseloppfølging uavhengig av bosted.

10.12.2 Finansieringsmodellen for fødselsomsorgen treffer ikke godt nok

Det er etter utvalgets vurdering nødvendig med endringer i finansieringsmodellen slik at innsats for å forebygge komplikasjoner i fødselsforløpet belønnes økonomisk. Systemet er sårbart for endringer; eksempelvis ved synkende fødselstall som reduserer bevilgningene betydelig. Utvalget vil understreke at fødselsomsorgen er å betrakte som akuttberedskap, som vil bety en viss overkapasitet. Dette bør finansieringssystemet ta hensyn til på en bedre måte.

Utvalget mener det er problematisk at godt forebyggende arbeid ikke gir inntjening i dagens finansieringssystem. Utfordringen ligger i at dagens system i spesialisthelsetjenesten kan hevdes å gi forrang til kvantifiserbar behandling. Samtidig gjør endringer i fødepopulasjonen, blant annet flere komplikasjoner i svangerskap og fødsler, at det er behov for økt oppfølging og godt forebyggende arbeid. Utvalgets vurdering er at klassifiseringssystemet DRG bør reflektere dette bedre. Utvalget mener at det er et stort potensial for forebyggende tiltak på flere områder innen kvinnehelse. At forebyggingstiltak ikke gir økonomisk uttelling, er en utfordring som ikke bare gjelder fødselsomsorgen, men også andre kvinnehelserelaterte plager og lidelser.

Utvalget mener samtidig, og i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratets rapport, at muligheten for å finansiere deler av fødselsomsorgen som helhetlige tjenesteforløp, bør utredes. I tillegg må beredskapsdimensjonen ivaretas i en ny finansieringsmodell. Fødselsomsorgen egner seg særlig godt for pilotering av helhetlige forløp.

En slik modell bør imidlertid tilpasses slik at fødeinstitusjoner med høy andel risikofødende som krever store ressurser i spesialisthelsetjenesten, ikke rammes ufordelaktig økonomisk.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 2 Prioritere arbeidet med å innføre ny finansieringsmodell for fødselsomsorgen; og 3 Gjennomgå dagens diagnoserelaterte grupper (DRG) for å sikre at finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten legger til rette for prioritering av kvinnehelse.

10.12.3 Behov for et styrket lavterskeltilbud

Utvalget ser behov for å styrke lavterskeltilbudet til kvinner både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalget vil påpeke at et velutviklet og godt fungerende lavterskeltilbud virker forebyggende for senere helseplager. For eksempel kan et styrket lavterskeltilbud bidra til at kvinner som har fått fødselsskader, får oppfølging tidligere.

Utvalget er særlig oppmerksomme på at det mangler gode systemer for å fange opp kvinner med fødselsskader eller funksjonelle plager i etterkant av en fødsel i dagens barselomsorg. Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom peker på at det ikke er rutine for at kvinner blir spurt om funksjon knyttet til avføring, vannlating eller seksualitet i oppfølgingen hos fastlege eller på helsestasjonene. Dette er for mange tabubelagte temaer, og mange kvier seg for å ta opp slike temaer dersom det ikke åpnes opp for dette under konsultasjonen. I tillegg

er dagens praksis slik at om funksjonelle plager blir identifisert, blir kvinnene ofte bedt om å vente opp mot et år for å se om tilstanden bedrer seg, før tiltak iverksettes. Det er heller ikke rutine for at det settes opp kontroll etter at denne tiden har gått.

Utvalget vil løfte fram viktigheten av at kvinner etter fødsel får tilbud om undersøkelse hos fastlege eller jordmor 6–8 uker etter fødsel. I dag må kvinner selv oppsøke dette tilbudet. Utvalget mener det i tillegg er nødvendig at oppfølgingen av kvinner etter fødsel forlenges, og at det gis tilbud om oppfølging også 6–12 måneder etter fødsel.

Dette er etter utvalgets vurdering viktig for å kunne tilrettelegge for å oppdage blant annet bekkenbunnsplager, som kan få helsekonsekvenser senere i livet. Utvalget ser også et særskilt behov for lavterskeltilbud i form av drop-in timer ved ammepoliklinikk.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 41 Styrke lavterskeltilbudet for mødre helse i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

10.12.4 Styrket innsats for å nå særlig sårbare kvinner

Utvalget ser behov for en styrket innsats for å ivareta særlig sårbare gravide. Sårbare gravide får oppfølging i dagens svangerskapsomsorg, men utvalget finner grunn til å understreke at det er behov for mer kunnskapsbasert praksis i tjenestene og bedre samordning mellom tjenestene. Sårbare gravide kan ha særlig behov for helsehjelp fra flere faginstanser og for et velfungerende samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalgets forståelse er at det mangler en koordinerende instans som har faglig innsikt i denne typen problemstillinger, og mener det er behov for tverrfaglige team på sykehus og i kommuner, gjerne i kombinasjonsstillinger.

Utvalget vil særskilt trekke fram kvinner med behov for oppfølging før og etter svangerskapsavbrudd og spontanaborter, situasjonen til papirløse gravide og kvinner med minoritetsbakgrunn, for eksempel med kort botid eller som erfarer språkbarrierer i møte med helsetjenesten. Det er også behov for å imøtekomme gravide sårbare kvinner med samisk bakgrunn, med utgangspunkt i samisk kultur- og språkkompetanse. Dette omtales nærmere i eget kapittel om samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 43 Styrke tilbudet om flerkulturell doula for gravide; og 44 Sikre

papirløse gravide rett til helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel.

10.12.5 Behov for å styrke og koordinere arbeidet med psykisk helse blant gravide og kvinner

Utvalget mener at psykisk helse må vies mer oppmerksomhet i svangerskapsomsorgen. Utvalget mener kvinner som strever med psykiske helseproblemer i denne livsfasen, skal få tilgang til psykisk helsehjelp så raskt som mulig. Det er etter utvalgets vurdering liten tvil om at dette ikke fungerer tilfredsstillende i dag.

På dette området ser utvalget at samordning mellom tjenestene bør løses bedre enn i dag. Tilbudet til kvinner som har depressive symptomer i svangerskapet- og eller i barseltiden er mangelfullt, for dårlig, eller for lite. Utvalget vil løfte fram viktigheten av god tverrfaglig samhandling. Fastlegen som også følger de gravide i svangerskapsomsorgen, har en viktig rolle i oppfølgingen sammen med jordmor og helsestasjon.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 42 Sikre systematikk i arbeidet med å kartlegge og følge psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel.

10.12.6 Behov for bedre oppfølging etter provosert og spontan abort

Utvalget understreker behovet for å sikre at kvinner får forsvarlig og god oppfølging før, under og etter abort i Norge. Utvalget er opptatt av at kvinner som har gått gjennom en provosert eller spontan abort, skal gis et godt offentlig tilbud. Mange fastleger og jordmødre tilbyr på eget initiativ oppfølgingssamtale til kvinner som har gjennomgått abort, enten spontan eller provosert. Utvalget mener at dette tilbudet bør systematiseres, og at kvinner ikke skal betale egenandel for denne oppfølgingssamtalen.

En systematisk kartleggingsoversikt fra 2022 viser at de fleste kvinner som hadde psykiske utfordringer etter en provosert abort, hadde hatt tilsvarende utfordringer før graviditeten (778).

Helsepersonell bør derfor være spesielt oppmerksom på hvordan kvinner med tidligere psykiske lidelser håndterer abort. Tilbud om oppfølgingsamtale etter provosert abort er derfor særlig viktig for kvinner med tidligere psykiske lidelser (778).

Kvinner som har gått gjennom en spontanabort er ofte i en sårbar situasjon. Etter utvalgets vurdering trenger de et bedre tilbud enn dagens helsetjeneste tilbyr. De siste årene har mange kvinner som har gjennomgått en eller flere spontanaborter, stått fram og fortalt om manglende eller lite følsom oppfølging i helsetjenesten. Det er nærliggende at det ikke foreligger noen koordinert innsats på dette området, og at oppfølgingen er styrt av tilfeldigheter. Utvalget mener det er behov for å utarbeide et reelt tilbud til kvinner og partner om oppfølgingssamtale etter spontanabort.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 45 Bedre oppfølging etter provosert abort og spontanabort.

10.12.7 Verdien av fedre og medmødre

Utvalget legger til grunn at verdien av god mødre-helse er en verdi for hele samfunnet. God mødre-helse henger også sammen med god fedrehelse. Utvalget er oppmerksom på at kommende fedre og medmødre i dag har en svært liten formell plass eller økonomiske rettigheter i forbindelse med svangerskap og fødsel. For eksempel kan far eller medmor delta på kontroller hos både fastlege og spesialist, men får kun unntaksvis dekket reise og overnatting. Dette har en tydelig geografisk og sosioøkonomisk dimensjon ettersom mange har lang reisevei til fødested. Utvalget vil peke på behovet for å gjennomgå barnefars eller medmors rolle og rettigheter ved oppfølging i svangerskapet. Dette vil ha verdi både for mødres helse og for familien, men også for å sikre at distrikter der mange har lang reisevei til fødested, ikke rammes uforholdsmessig økonomisk. Utvalget vil oppfordre Mannsutvalget, som skal utrede menns likestillingsutfordringer, om å følge opp dette temaet.

Kapittel 11

Kvinner midt i livet

11.1 Innledning

Perioden fra midten av 40-årene til pensjonsalder kjennetegnes for mange av at livet har satt tydelige spor i kroppen. Mange kvinner i denne alderen har vært igjennom svangerskap og småbarnstid med aktivitet nærmest døgnet rundt, og mange har kombinert dette med karriere og høye krav og forventninger i arbeidslivet. Kvinner har kanskje jobbet i yrker der de står eller går mye eller har vært utsatt for ensidige og tunge belastninger (22). I denne livsfasen – midt i livet – har mange kvinner omsorgsansvar for foreldre eller andre pleietrengende, samtidig som de selv står i full jobb. Dette sammenfaller med kroppslige endringer. Kroppen begynner å produsere mindre kvinnelige kjønnshormoner, og overgangsalderen medfører betydelige helseplager for mange.

I dette kapitlet ser vi nærmere på helsen til kvinner midt i livet og hvordan denne har utviklet seg over tid. Vi belyser noen av de vanligste sykdommene som rammer kvinner i denne fasen. Deretter ser vi nærmere på noen sentrale helseutfordringer: muskel- og skjelettlidelser, sammensatte lidelser og smerter, beinskjørhet og plager i forbindelse med overgangsalderen. Utvalget har valgt disse helseutfordringene fordi de rammer svært mange kvinner, og fordi utvalget ser et betydelig potensial for målrettet forebygging og behandling av disse helseutfordringene.

Utvalget merker seg at fasen midt i livet, der kvinners reproduktive funksjon avtar og til slutt opphører, har hatt særlig lite oppmerksomhet, både i forskningen og i samfunnsdebatten. Dette til tross for at middelaldrende kvinner utgjør en vesentlig andel av den totale arbeidsstyrken, både når det gjelder formelt arbeid og uformelt omsorgsarbeid.

Utvalget ser et stort og ubenyttet samfunnsøkonomisk potensial i en mer målrettet satsing på helsen til kvinner midt i livet. Overgangsalderen representerer et mulighetsvindu for helsefremmende tiltak som vil ha betydelige gevinster på både individ- og samfunnsnivå.

11.2 Kvinners helse midt i livet

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå rapporterte 73 prosent av kvinner i alderen 45–65 år at de har god helse i 2019, mens 11 prosent sa at helsen var dårlig. Det kan se ut til at livskvaliteten for denne gruppen har økt over tid. I 2019 rapporterte 45 prosent av kvinner i denne aldersgruppen at de var fornøyde med livet. Det at flere har høyere utdanning og at flere er i arbeid gir en helsegevinst for denne generasjonen kvinner (22).

11.2.1 Helseutfordringer midt i livet

Kvinner midt i livet skårer høyere på flere risikofaktorer for en rekke sykdommer enn de som er yngre. Smerter i muskler og skjelett er særlig utbredt blant kvinner i denne fasen, og slitasjegikt eller artrose forekommer hos mange kvinner. Utbredelsen av artrose har økt de siste årene, og i 2019 hadde 22 prosent av kvinner 45–64 år artrose. Etter 50-årsalderen (rundt overgangsalder) reduseres kvinners beintetthet, og risiko for brudd øker kraftig (se figur 11.2). Om lag annenhver kvinne vil oppleve å få et brudd i hofte, underarm eller overarm etter fylte 50 år (779). Se videre omtale av beinskjørhet i del 11.5.

Det er en rekke symptomer som av ulike årsaker skaper plager hos kvinner i denne alderen. Søvnvansker er utbredt. Over tid har det vært en økning i andelen kvinner i denne alderen med søvnproblemer. I 2019 hadde 1 av 3 kvinner (45–64 år) problemer med søvnen (22).

14 prosent av kvinner i aldersgruppen 55–74 år har en lungesykdom, som kols, emfysem, bronkitt eller astma. Disse lungesykdommene er mest utbredt blant kvinner som lever uten partner. Her er det en åpenbar sosial gradient etter utdanningsnivå. Forekomsten av kols i befolkningen øker med alderen, og med økningen i antall eldre kan det også forventes en økning i antall personer som lever med kols. Reduksjon i røyking i befolkningen kan bidra til færre nye tilfeller av kols på sikt. Imidlertid er det slik at kvinner i 50- og 60-

årene henger etter når det gjelder røykeslutt. Det er flest voksne kvinner mellom 45 og 66 år som røyker daglig, og blant disse er det enslige kvinner og kvinner i lavere utdanningsgrupper som i størst grad røyker daglig (22).

Det er en relativt lav forekomst av hjerte- og karsykdommer som hjerteinfarkt, angina pectoris (brystsmerter) eller hjerneslag blant kvinner i alderen 45–64 år (3 prosent). Kvinner får ofte hjertesykdom senere i livsløpet enn menn. Imidlertid har relativt mange høyt blodtrykk og høyt kolesterol (henholdsvis 20 og 17 prosent), noe som øker faren for nettopp hjerte- og karsykdom. Høyt blodtrykk kan sammen med andre årsaker føre til svimmelhet. I 2019 hadde henholdsvis 16 prosent av kvinner i denne aldersgruppen høyt blodtrykk, og 19 prosent rapporterte at de hadde erfart plager med svimmelhet. Risikoen for diabetes type 2 øker kraftig med alderen, til en topp rundt 80-årsalderen. I 2019 hadde 8 prosent av kvinner 55–74 år diabetes type 2. Det er en sosial gradient i forekomsten av diabetes, som er mer utbredt i grupper med lav utdanning (22).

Kreft risikoen øker også med alderen. Mer enn 85 prosent av krefttilfellene hos kvinner oppstår etter 50-årsalder. Bedret prognose for overlevelse og en aldrende befolkning fører imidlertid til at flere vil leve med en kreftdiagnose (22).

Det har vært en økning i omfanget av psykiske plager de siste årene. Det er imidlertid lavere rapportering av psykiske plager blant voksne kvinner enn blant yngre. I 2019 hadde 10 prosent av kvinner 55–74 år betydelige symptomer på psykiske helseproblemer. Det kan se ut til at kvinner som bor uten partner, har dårligere psykisk helse enn kvinner som lever i parforhold. Psykisk helse er imidlertid vanskelig å måle i en utvalgsundersøkelse, og det er ikke kjent hvordan unge rapporterer sammenliknet med eldre (22).

11.2.2 «Caught in the middle»

Selv om de fleste kvinner midt i livet har god helse, opplever en del kvinner utfordringer knyttet til oppgaver og forventninger som oppstår i relasjon til andre. Flere går i denne perioden gjennom samlivsbrudd og barns løsrivelse. Mange kvinner har også store omsorgsoppgaver både for gamle foreldre, syk partner og/eller voksne barn. Kvinner kan føle seg skviset mellom ansvaret for egne barn som trenger økonomisk, fysisk eller emosjonell støtte, og ansvaret for å pleie aldrende foreldre som trenger oppfølging, omsorg eller økonomisk støtte. Denne gruppen blir derfor i

denne sammenhengen omtalt som «the sandwich generation» eller de som er «caught in the middle». Økt levealder og senere barnefødsler har bidratt til denne skvisen (22).

11.3 Kvinners bruk av helsetjenester midt i livet

Muskel- og skjelettlidelser er den vanligste grunnen til å oppsøke fastlegen og står for 17 prosent av alle fastlegekonsultasjonene blant kvinner. Andelen legebesøk for muskel- og skjelettlidelser er særlig høy i aldersgruppen 50 til 66 år, hvor hver fjerde konsultasjon dreier seg om slike lidelser. Dette er en aldersgruppe hvor de fleste kvinner fortsatt er i jobb, men hvor slitasjeskader og aldersrelaterte plager kan begynne å vise seg. Dette gjelder særlig for kvinner med fysisk anstrengende arbeid. Mange voksne kvinner har også psykiske plager eller andre lidelser de ønsker å følge opp hos fastlegen.

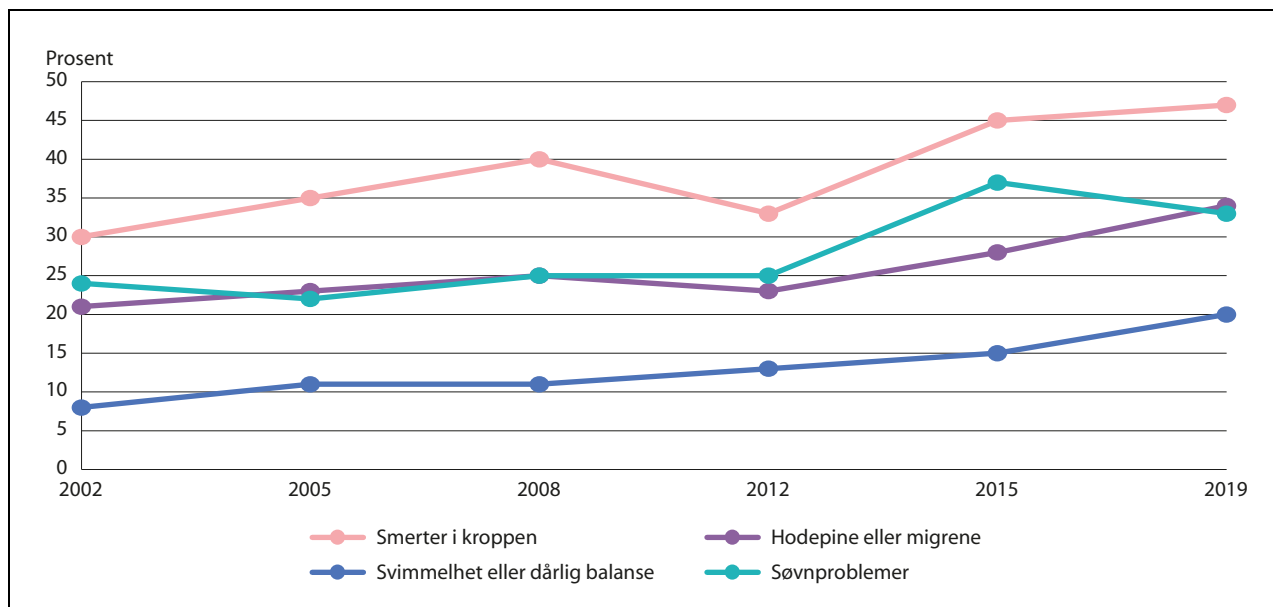
Sammenliknet med yngre og eldre aldersgrupper er det færre kvinner midt i livet som har vært innlagt på sykehus. I underkant av 7 prosent av kvinnene i aldersgruppen 40–59 år hadde døgnopphold på somatisk sykehus i 2021. Til sammenlikning hadde 30 prosent av alle kvinner 80 år og eldre vært innlagt på sykehus minst en gang i 2021 (22).

11.4 Muskel- og skjelettlidelser

Til enhver tid har omtrent en av fire personer i Norge langvarige plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet, det vil si om lag 30 prosent av kvinner og 20 prosent av menn. Muskel- og skjelettlidelser koster samfunnet over 255 milliarder hvert år og er beregnet å være den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest» (108).

I dag er muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager også den vanligste årsaken til legeomeldt sykefravær, og utgjør rundt 30 prosent av sykefraværstilfellene (146). Sykdomsgruppen er også blant de vanligste årsakene til uførhet (146); omtrent en av tre kvinner på uføretrygd hadde en muskel- og skjelettlidelse i 2016. Underkategoriene rygg sykdom og fibromyalgi er mest vanlig og står for ca. 10 prosent hver. Muskel- og skjelettlidelser er den vanligste grunnen til å få innvilget uføretrygd for middelaldrende og eldre kvinner (780).

Smerter i muskel- og skjelettsystemet er utbredt blant kvinner generelt, men særskilt midt



Figur 11.1 Andel kvinner 45–66 år med smerter i kroppen, hodepine, svimmelhet eller søvnproblemer (22).

i livet. Andelen kvinner med kroppssmerter og hodesmerter har økt siden 2002. Om lag 47 prosent hadde kroppssmerter og 33 prosent hadde hodesmerter i løpet av en måleperiode på tre måneder i 2019. Nakke- og ryggplager er særlig utbredt. Andelen som har smerter, er noe lavere blant kvinner som lever i parforhold med hjemmeboende barn, sammenliknet med enslige kvinner (22).

Muskel- og skjelettlidelser er langt vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status.

Forekomsten er også betydelig større hos personer med lav utdanning (146). Det er videre en klar sammenheng mellom langvarig smerte og sosioøkonomiske faktorer som utdanning, inntekt og yrkesstatus (781). Regelmessig bruk av sterke smertestillende midler (opioider) ses også hyppigere hos personer med lavere inntekt og utdanningsnivå (782).

Det finnes lite kunnskap om årsakene og mekanismene bak disse sammenhengene. På den ene siden kan yrkesbelastninger og livsstil hos

Boks 11.1 Arbeidsmiljøets innvirkning på muskler og skjelett

Kvinner blir oftere utsatt for vold, trusler og seksuell trakassering på arbeidsplassen, og mange opplever høye jobbkrav kombinert med lav kontroll over egne arbeidsoppgaver (784). Et dårlig tilrettelagt arbeidsmiljø kan skape muskel- og skjelettplager eller bidra til å forverre allerede eksisterende plager. Både fysiske og psykososiale forhold på arbeidsplassen kan påvirke risikoen for å få muskel- og skjelettsmerter. Høye jobbkrav sammen med lav kontroll over egne arbeidsoppgaver, tunge løft, jobbing med overkroppen framoverbøyd og høyt tempo, er eksempler på kjente risikofaktorer knyttet til arbeidssituasjonen. Høyt tempo har preget ganske mye av arbeidssituasjonen i kvinne-

dominerte yrker. Dette gjaldt særlig under pandemien (785).

Arbeidstidsordningen spiller også en viktig rolle, og forskning tyder på at skiftarbeid øker risikoen for kroniske muskel- og skjelettsmerter (786). Det er også vist en sammenheng mellom nattarbeid og helseplager. Forskning har også pekt på at det er sammenhenger mellom arbeidsliv og privatliv som øker risikoen for muskel- og skjelettplager hos arbeidstakere. Konflikt mellom arbeids- og familieliv påvirker muskel- og skjelettlidelser, blant annet gjennom påvirkning på søvnen. Dårlig søvnkvalitet over tid kan bidra til muskel- og skjelettsmerter (787).

dem med lav inntekt og utdanning, bidra til smerte. For eksempel er ryggsmarter vanligere blant personer med tungt fysisk arbeid, mens nakkesmarter er vanligere blant personer med stillesittende arbeid (783). På den andre siden kan langvarig smerte føre til frafall fra utdanning og arbeidsliv (146).

11.4.1 Langvarig smerte

Rundt tre av ti voksne i Norge lever med langvarig smerte (788), og forekomsten er noe økende de siste årene (789). Smarter i muskel- og skjelettsystemet er den vanligste formen for langvarig smerte. Flere kvinner enn menn rammes (790, 791), og forskjellen mellom kjønnene gjenspeiles også i uførestatistikken. Smarter antas å være den vanligste grunnen til at pasienter oppsøker helse-tjenesten (792).

Hovedtypen av langvarig smerte knyttet til muskel- og skjelettlidelser er såkalt nosiseptiv eller inflammatorisk smerte. Dette er smerte som skyldes skader eller sykdom i vev, som for eksempel betennelsesreaksjoner i muskulatur, artrose eller leddgikt (788).

Blant voksne med langvarige smerter rapporterer 80 prosent at smertene begynte i tenårene (793). Studier viser at de som opplever langvarig smerte over et par år, nesten utelukkende fortsetter å oppleve smerten videre i livet (794, 795). For en rekke smerterelaterte lidelser øker forekomsten med alderen. Bruk av smertestillende medisiner øker også gjennom livsløpet.

En norsk studie viser at langvarig smerte ofte oppstår sammen med flere andre medisinske diagnoser og lidelser, som depresjon, angst, dårlig søvn og utbrenthet (796). Studier viser videre at smerter samtidig fra flere plasser øker sjansen for sterkere assosiasjon med psykisk uhelse (797, 798). Personer med én smertetilstand har også høy risiko for å utvikle andre tilstander, for eksempel pasienter med fibromyalgi som også utvikler irritabel tarm og kronisk hodepine (788). Flest kvinner rammes av slike sammensatte lidelser, og ofte gjelder dette de som faller ut av arbeidslivet (81).

Som vist til i kapittel 4, befinner flere av de kroniske og sammensatte lidelsene som mange kvinner rammes av, langt nede i statushierarkiet for sykdommer. Samtidig er kvinner med sammensatte lidelser blant de som oppsøker helsetjenesten oftest. Å kunne imøtekomme disse pasientene på en god måte krever gode, helhetlige og sammenhengende tjenester på tvers av nivåene.

11.4.2 Medisinsk uforklarte plager og symptomer

Mange kvinner har uttalte plager, uten at helse-tjenesten finner en tydelig årsak til plagene (799). Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) er et samlebegrep for tilstander som karakteriseres av subjektive symptomer uten objektive funn; man har ikke klart å påvise noen underliggende medisinsk årsak (800). Uforklarte tilstander finnes innenfor ulike medisinske disipliner med overlappende symptomer, for eksempel generaliserte smerter, utmattelse og magebesvær (13). Fibromyalgi, kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) og irritabel tarm er eksempler på sykdommer i denne kategorien, og kvinner er overrepresentert blant pasientene med slike ubestemte plager. Om lag 90 prosent av pasienter med fibromyalgi er kvinner, og forekomsten blant kvinner i befolkningen er 5–10 prosent (164).

Kvinner med uforklarte plager og symptomer har generelt høy bruk av helsetjenester. En doktoravhandling viser til at pasientene kjennetegnes av «delvis overlappende symptomatologi og diagnosekriterier, høyt helsetjenesteforbruk, fare for å bli utsatt for unyttig og potensielt skadelig utredning og behandling, og negative personlige erfaringer i møte med helsevesenet» (13). Middelaldrende kvinner som tilhører lavere sosioøkonomiske klasser, og som har økt forekomst av negative livserfaringer, er overrepresentert blant pasientene i denne gruppen (13).

Pasienter med uforklarte plager og symptomer har økt forekomst av depresjon og angst (801). I tillegg er de assosiert med redusert livskvalitet, høy bruk av helsetjenester og kostnader forbundet med tapt produktivitet (802–804). Helseplagene påvirker ofte pasientens funksjonsnivå med tilbaketrekning fra sosialt liv og/eller yrkesdeltakelse (805).

I fravær av presis diagnostikk og veldefinerte behandlingsmuligheter opplever både pasienter og fastleger frustrasjon i møte med uforklarte plager og symptomer (165). Fastlegen har en nøkkelrolle i behandling av denne pasientgruppen, og det hyppigste tiltaket er støttesamtaler (13). Det er nødvendig å styrke legers kommunikasjonsferdigheter slik at pasienter med MUPS tilbys kognitiv terapi i en form de aksepterer (806). Både norske og internasjonale studier viser at legens arbeid med sykmelding er spesielt krevende der pasienten ikke har en klar diagnose (807, 808). Ingen kjente intervensjoner har ført til redusert sykefravær (809). Rask behandling er imidlertid viktig. Arbeidsfokuset kognitiv terapi

Boks 11.2 Et samtaleverktøy for fastleger og pasienter

I Norge er det utviklet et samtaleverktøy med bakgrunn i kognitiv terapi (Individual Challenge Inventory Tool (ICIT)). Verktøyet skal bidra til felles forståelse mellom pasient og lege om årsaker og konsekvenser av uspesifikke helseplager. Legen opplever mestring ved å ha en behandling å tilby, det får fram nye sider ved pasienten og gjør det lettere å vurdere behovet for sykmelding (812).

ICIT er skreddersydd for fastlegens hverdag. Verktøyet er en kortversjon av kognitiv terapi, en nedskrevet oppskrift som handler om samtalen fra «velkommen» til «takkk for i dag».

Grunnteknikken er utspørring med åpne spørsmål framfor å gi råd. Målet er økt mestring hos pasienten ved å se på hva som er mulig å få til i pasientens liv til tross for helseplagene og å lage en plan for å møte utfordringene.

Funn så langt indikerer at et strukturert samtaleverktøy kan bidra til mestring hos fastleger i møte med pasienter som kan være utfordrende å forstå og gi god oppfølging i allmennpraksis (812).

Av Cathrine Abrahamsen, fastlege og ph.d.-stipendiat, Universitetet i Oslo

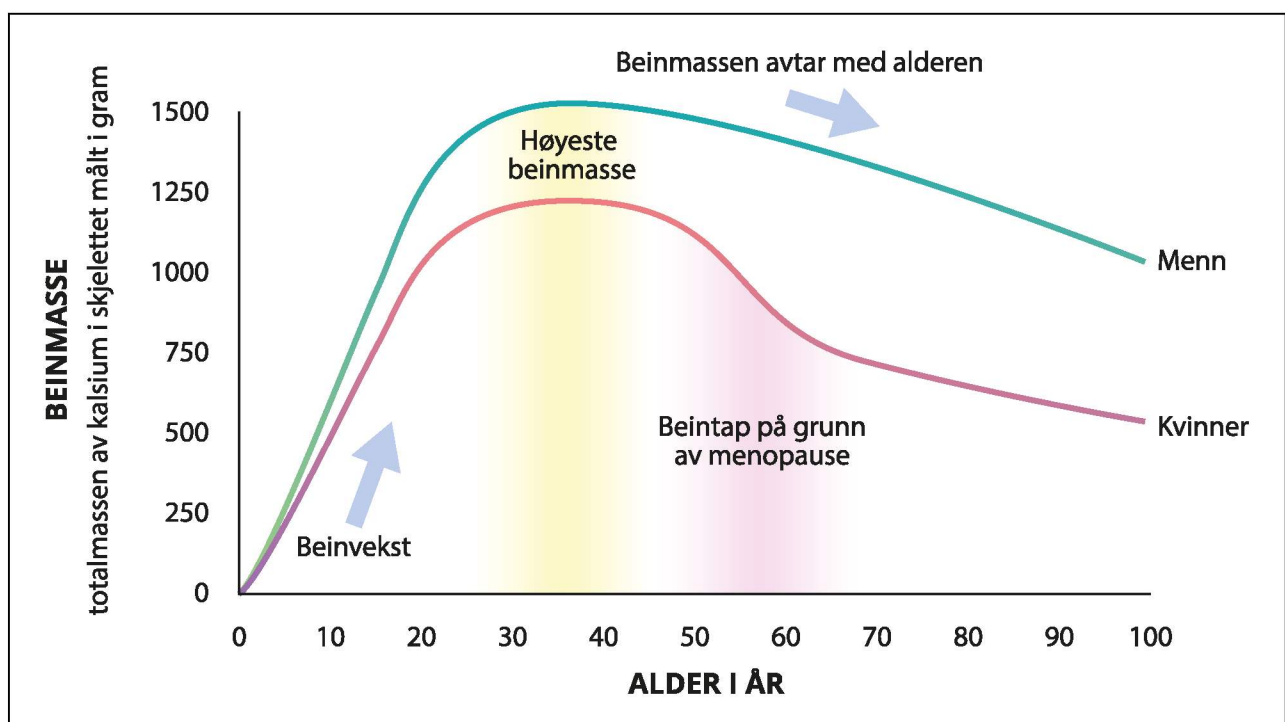
kan bidra til kortere sykefravær ved psykiske lidelser (810, 811).

11.5 Beinskjørhet og brudd

Beinskjørhet (osteoporose) og brudd rammer mange kvinner midt i livet. Rundt 70 prosent av bruddpasientene er kvinner. Kvinner har lavere beinmasse enn menn og flere blir derfor bein-

skjøre og mer utsatt for brudd. Dette skyldes at østrogenproduksjonen faller med 90 prosent i overgangsalderen, som fører til økt tap av beinmasse (813).

Etter fylte 50 år vil 50 prosent av kvinner og 25 prosent av menn oppleve å få et brudd (815). Til sammen utgjør dette om lag 50 000 nye brudd per år i Norge, hvorav 9000 av disse er hoftebrudd (816). Beinskjørhet og brudd medfører store kostnader for samfunnet. Hvert hoftebrudd koster



Figur 11.2 Beinmassen avtar med alderen raskere for kvinner enn menn. Basert på Anatomy & Physiology (814).

helsetjenesten 1 million kroner, det vil si 9 milliarder kroner årlig (817). Kostnader knyttet til andre typer brudd, smerter, redusert livskvalitet og sykkelmeldinger for yrkesaktive er ikke medregnet.

Hoftebrudd kan få alvorlige konsekvenser. I løpet av det første året etter et hoftebrudd dør 25 prosent av pasientene, 30 prosent blir pleiepasienter, og 40 prosent kan ikke gå uten hjelpemidler eller hjelp fra andre (818, 819). Eldrebølgen forventes å forsterke disse utfordringene. Medisiner mot beinskjørhet er billige og effektive og kan bortimot halvere risiko for nye brudd (820, 821). Likevel er det i dag få som får slik behandling, etter å ha hatt et hoftebrudd eller underarmsbrudd (11–17 prosent av kvinnene og 3–5 prosent av mennene) (822, 823).

11.5.1 Hva er beinskjørhet?

Beinskjørhet (også kalt osteoporose) er en tilstand der redusert beinmasse og forandringer i beinvevets mikroarkitektur fører til redusert skjelettstyrke og økt risiko for brudd (824). Beinskjørhet kan skyldes at det i ung alder bygges lite beinmasse, eller at mye beinmasse tapes med økende alder. Den individuelle beinmassen er i stor grad genetisk bestemt, men livsstilsfaktorer spiller også en viktig rolle for utvikling av beinskjørhet.

Risikofaktorer for beinskjørhet, som ikke kan påvirkes ved forebyggende tiltak, er økende alder, kvinnelig kjønn, tidlig overgangsalder, sykdommer som kan medføre beinskjørhet og arvelig disposisjon (825). Modifiserbare faktorer er tidligere beinbrudd, falltendens, lav kroppsmasseindeks

(KMI), fysisk inaktivitet, røyking og høyt alkoholinntak.

Måling av beinmineraltetthet er sentralt i diagnostikken av beinskjørhet. Beinmineraltetthet måles med en enkel røntgenundersøkelse som kalles DXA (dual-energy X-ray absorptiometry). I dag er det en klar geografisk skjevfordeling av DXA-maskiner i Norge, blant annet finnes det ingen DXA-maskiner i Finnmark.

Kompresjonsbrudd i ryggen er et av kjennetegnene på beinskjørhet. Høydetap og utvikling av en framover lutende kroppsholdning er typiske funn. Ryggbrudd gir ofte kroniske smerter, men de færreste blir diagnostisert. Ved utredning av beinskjørhet anbefales det derfor å ta et sidebilde av ryggen i DXA-maskinen for å undersøke om det foreligger kompresjonsbrudd.

11.5.2 Behandling av beinskjørhet

Siden beinskjørhet er en kronisk tilstand, trenger de fleste pasienter behandling over lang tid for å forebygge brudd. Førstevalget er bisfosfonat (alendronat) som hemmer beinresorpsjon (at beinvevet brytes ned) (820). Østrogenbehandling er et godt alternativ for kvinner under 60 år med høy risiko for brudd (827). Det er viktig med et tilstrekkelig inntak av kalsium, vitamin D og proteiner i kostholdet og/eller som tilskudd. Det er også viktig med individuelt tilpasset fysisk aktivitet der særlig vektbærende trening bidrar til å styrke skjelett og muskler og til å forebygge fall (828).

Bruddforebygging er viktig. Det anbefales utredning av de som har høy risiko for brudd (829, 830). Pasienter som har hatt et brudd, har doblet risiko for å få nytt brudd. Ved å gi forebyggende behandling til de som har hatt (sitt første) brudd, øker man muligheten for at brudd ikke skjer igjen. Det anbefales at bruddforebyggende behandling koordineres av en sykepleier som sørger for utredning og behandling i samarbeid med lege (829). Det er stor variasjon i hvordan dette praktiseres ved ortopediske avdelinger i Norge i dag. Slik sykehusenes finansieringssystem er organisert, får ortopediske avdelinger inntekter basert på hvor mange brudd som behandles. Forebygging av brudd gir ingen inntekter for sykehuset.

Flere fagmiljøer har påpekt at Helsedirektoratets *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd* fra 2005, må oppdateres slik at ny kunnskap og moderne behandling kommer pasientene til gode. Norsk endokrinologisk forening, Norsk revmatologisk forening og Norsk ortopedisk forening har utarbeidet veiledere for anbefalt utredning og

Boks 11.3 FRAX

FRAX er en online kalkulator som kombinerer de viktigste risikofaktorene for brudd og beregner individuell 10-års sannsynlighet for brudd basert på norske epidemiologiske data (826). Kalkulatoren anbefales i internasjonale retningslinjer, er gratis og lett tilgjengelig for både pasienter og helsearbeidere. Med FRAX kan bruddrisiko beregnes uten måling av beinmineraltetthet. En FRAXskår kan indikere behov for behandling av beinskjørhet eller behov for henvisning til måling av beinmineraltetthet, DXA. Dette er svært nyttig der det er knapphet på eller mangler tilgang til DXA-maskin, ved forflytningsvansker eller ved store reiseavstander.

behandling av beinskjørhet. Forskning og klinisk erfaring tilsier at utredning og behandling av beinskjørhet som starter i sykehus gir høyest behandlingsetterlevelse (831). Behandling bør derfor initieres av sykehusspesialister, og følges opp i et godt samarbeid mellom allmennleger og sykehusene.

11.6 Overgangsalderen

Overgangsalderen er en milepæl i kvinnens liv på godt og vondt. Forsinkede menstruasjoner og forekomst av hetetokter er tegn på at overgangsalderen har startet. Klimakteriet er et annet navn på overgangsalderen.

Menopausen betegner stopp i menstruasjoner og finner sted hos kvinner som er rundt 50 år, med variasjon fra 40 til 60 år. Symptombildet kan være sammensatt, men overgangsalder gjenkjennes ofte ved hetetokter, nattesvette og humørsvingninger. Symptomer som muskel- og skjelettplager og søvnproblemer er også vanlig. Mange opplever at symptomene oppstår før og varer i flere år etter menopausen. Hos gjennomsnittet vedvarer symptomene i 5–7 år, men så mange som 10 prosent kan ha hetetokter resten av livet. Med årene merker mange sårhet og tørrhet i skjeden som tegn på østrogenmangel (832).

Noen kvinner ser på overgangsalderen som en befrielse. Man slipper premenstruelle plager og menstruasjon, og mange behøver ikke lenger å tenke på prevensjon. De fleste møter imidlertid overgangsalderen med bekymring og er lite informert om hva de kan komme til å oppleve og hvordan de kan få hjelp.

Kvinner i overgangsalderen er typisk 45–55 år, og mange befinner seg i en fase av livet hvor det stilles høye krav til dem. Mange er på toppen av sin yrkeskarriere, de kan ha tenåringsbarn og aldrende foreldre. Mange har i tillegg en partner som også er travel. Helseplager som følge av overgangsalderen vil for mange oppleves som både slitsomt og utfordrende å kombinere med arbeids- og familieliv.

11.6.1 Arbeid og overgangsalder

Det er forsket relativt lite på hvordan overgangsalder påvirker innvirkning på kvinners arbeidsliv. Blant studiene som finnes, er det flere som påpeker at plager knyttet til overgangsalder kan ha negativ innvirkning på kvinners arbeidsevne og produktivitet (833, 834). En litteraturstudie om overgangsalder, helse og arbeid fra 2022 oppsummerer at kvinner med betydelige plager i overgangsalderen ser ut til å ha lavere arbeidskapasitet, høyere kort-

Boks 11.4 Kvinnestemme

«I begynnelsen av 40-årene startet plagene. Jeg våknet mange ganger hver natt av smerter, og kunne ikke snu meg i senga. Det gjorde så vondt at det kjentes ut som om hele bekkenet skulle revne. Men å løfte 200 kilo i beinpress på trening var ikke noe problem. Jeg klarte ikke å gå noe særlig, men syklet fram og tilbake til jobben hver dag. Mye av smertene var sentrert rundt bekkenregionen. Etter noen år tenkte jeg at dette minnet meg om bekkenleddplagene jeg hadde under mine tre svangerskap. Da kunne jeg heller ikke gå uten smerter, men trente og syklet til jeg fødte. Kunne jeg være gravid? At smertene kunne ha noe med overgangsalderen å gjøre, tenkte jeg overhodet ikke på. Ingen andre heller.

Jeg er fysioterapeut og har tatt doktorgrad i uspesifikke helseplager og jobber i dag med å forske på helseplager og sykefravær ved Universitetet i Bergen. Med denne bakgrunnen kjenner jeg kroppen min godt. Vi lærer om hormoner når det gjelder pubertet og graviditet. Hvor-

for snakker vi ikke om hormonendringene som skjer med kvinnen når vi kommer i overgangsalderen? Forskeren i meg ville til bunns i om plagene jeg hadde kunne henge sammen med overgangsalderen, og jeg leste forskningsrapporter og annen litteratur i store mengder. Men det meste jeg fant var symptomer som hetetokter, nattesvette, depresjon og angst. Jeg kjente meg ikke igjen. Jeg tror det er mange kvinner som ikke kjenner seg igjen i det snevre bildet som er tegnet av overgangsalderen.

De fleste kvinner oppsøker fastlegen ved symptomer. Etter å ha lest meg opp på østrogenbehandling, ba jeg selv om å få resept på hormonplaster. Plasteret var på størrelse med et frimerke, som jeg plasserte rett under navlen. Jeg hadde tidligere prøvd smertestillende uten hell, men dette var noe helt annet. Etter 20–30 minutter slapp det vonde taket, det var en helt utrolig lettelse.»

Kvinne, 48 år

Boks 11.5 Kvinnestemme

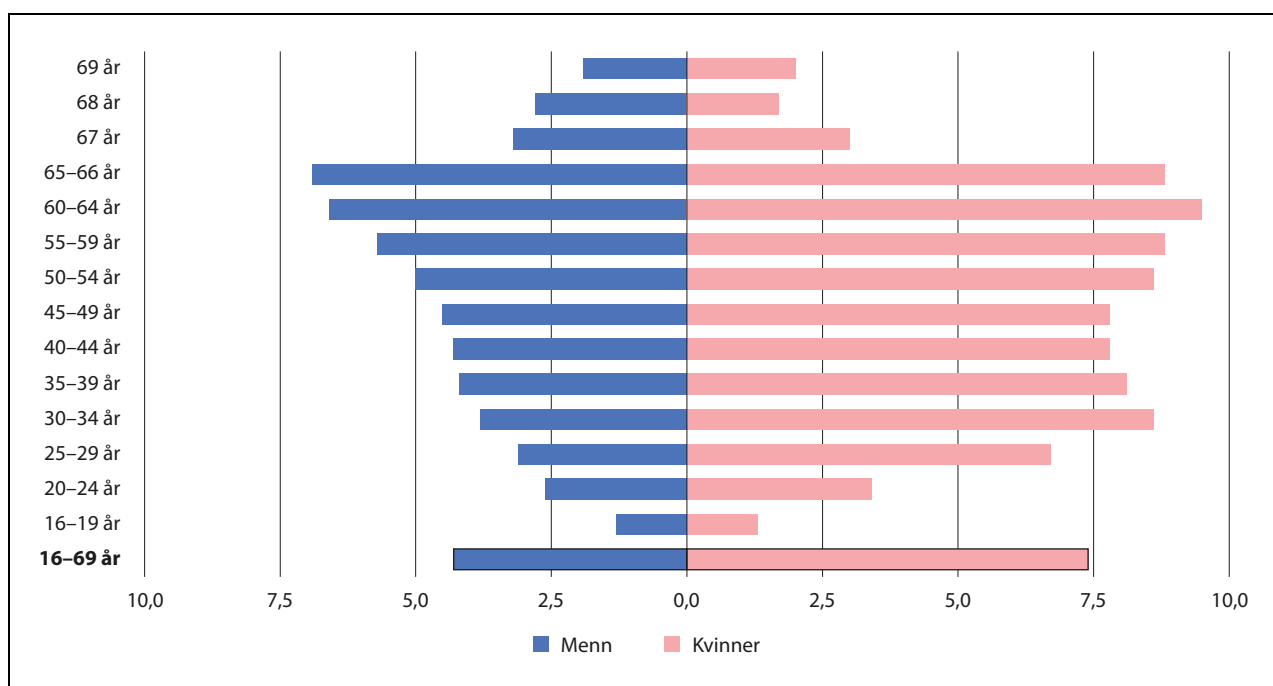
«Hvor mange kvinner er sykmeldt eller jobber deltid fordi vi som samfunn vet altfor lite om overgangsalderen? Jeg var 47 år og ante ikke hva som traff meg. Jeg hadde hørt om hetetokter, som jeg mente jeg ikke hadde, for jeg svetta ikke ukontrollert. Jeg hadde derimot ikke hørt om engstelse. Ikke om å kjenne seg helt utlada. Ikke om å sove dårlig og at hetetokter kan være lett varme som kroppen tolker som angst og ubehag. Jeg begynte å grue meg til ting som før var en lek. «Kanskje du skal få en sykmelding – har det vært litt mye i det siste?». Men jeg ville ikke, for jeg visste at jeg ikke jobbet for mye. Jeg visste at jeg likte jobben min. Jeg visste at jeg ikke var utbrent – men jeg var trøtt og svimmel og mer engstelig og ubekvem enn jeg pleide. «Ta en blodprøve», sa en klok venninne, «jeg tror du er i overgangsalderen». Så enkelt. Men så vanskelig når du ikke vet, og ikke får hjelp. Jeg fikk et nytt liv med østrogen. Andre skal få velge andre løsninger, men vi må få kunnskap. Vi må anerkjenne både de individuelle, men også de samfunnsmessige konsekvensene av manglende kunnskap om overgangsalderen. Kan vi starte bare en ørliten vekkelse her?»

Kvinne, 51 år

tidsfravær og forhøyet risiko for å avslutte arbeidslivet før pensjonsalder. Imidlertid refereres det også til studier som ikke fant tilsvarende sammenhenger, noe som viser et behov for ytterligere forskning på feltet (250). Noen studier viser at stress på arbeidsplassen kan forverre plager i forbindelse med overgangsalderen, og bidra til økende sykefravær eller tidligere pensjon (835). En britisk studie finner ingen sammenheng mellom jobbstress, menopauseplager og sykefravær og ønske om tidlig pensjon. Studien viser imidlertid at jobbstress er knyttet til faktorer i arbeidsmiljøet som igjen påvirker sykefraværet negativt (836).

En undersøkelse blant 4000 kvinner i Storbritannia viste at 44 prosent opplevde at deres arbeidsevne ble negativt påvirket av overgangsplager. 61 prosent av kvinnene rapporterte om tap av arbeidsmotivasjon på grunn av overgangsalder, og mer enn halvparten opplevde redusert selvfølelse knyttet til sin rolle som arbeidstaker. 26 prosent av kvinnene hadde sykefravær på grunn av plager relatert til overgangsalderen (837).

Studier viser at de fleste kvinner ikke snakker med sin arbeidsgiver om overgangsplagene sine (250). Det at overgangsalderen fortsatt er et delvis tabubelagt tema, bidrar til at plagene kommer overraskende på mange, og det kan oppleves utfordrende å snakke om plagene med arbeidsgivere og kolleger. Dette gjør det vanskelig å tilrettelegge på arbeidsplassen, noe som kan være et positivt tiltak for mange kvinner i overgangsalderen. Aktuelle til-



Figur 11.3 Lønnstakere med legemeldt sykefravær (prosent), etter alder, statistikkvariabel, kjønn og kvartal (u) (843).

tak kan være temperaturjusteringer, tilgang til kaldt vann, luftige arbeidsklær og annen tilrettelegging av det fysiske arbeidsmiljøet (838). Studier peker også på at åpenhet om overgangsplager reduserer kvinners opplevelse av symptombyrde (839).

Det er forsket lite på sammenhengen mellom overgangsalder, sykefravær og uførepensjon i Norge. Tall fra 2020 viser at det også er flest kvinnelige mottakere av arbeidsavklaringspenger i aldersgruppen 45–54 år (22). Ser vi på lønnstakere med legemeldt sykefravær som vist i figur 11. 3, er det mest sykefravær blant kvinner i alderen 50–64 år. En norsk studie viser at kvinner med lav utdanning er spesielt utsatt for å fases ut av arbeidslivet til uførepensjon i 40-årene, og spesielt gjelder dette uførepensjon på grunn av muskel- og skjelettlidelser og vanlige psykiske lidelser (840). Hvorvidt overgangsplager varierer med sosioøkonomisk posisjon vet vi lite om, men det er rimelig å anta at det er en sammenheng. Nyere litteratur peker på en mulig sammenheng mellom menopause og muskel- og leddsmarter og depresjonssymptomer (841, 842).

Det trengs mer forskning for å fastslå hvilken rolle overgangsplager spiller i kvinners frafall fra arbeidslivet i denne alderen. Det trengs også mer kunnskap om hvordan de fysiske overgangsplagene samspiller med andre livsbelastninger. Mange kvinner i denne alderen har omfattende pårørendeoppgaver samtidig som de fortsatt bærer et stort ansvar for egne barn (se omtale av pårørendesorg og kvinnehelse i kapittel 14).

11.6.2 Behandling av plager i overgangsalderen

Ved menopausen vil 80–85 prosent av kvinner oppleve hetetokter. Hetetokter er en plutselig, diffus varme som sprer seg i overkroppen som ledsages av svetting og rødme i huden. Hetetoktene varer fra noen sekunder, opp til flere minutter. Søvnproblemer, nedstemthet og smerter i muskler og skjelett forekommer også hos mange kvinner. 30 prosent har plager som er så uttalte at det går ut over livskvaliteten. Rundt halvparten av kvinner i overgangsalderen prøver ulike naturmedisiner, men med usikker effekt (844). Selv om østrogenbehandling er den eneste effektive behandlingen for overgangsplager, er mange leger og kvinner selv skeptiske til hormonbehandling. Denne skepsisen må forstås i lys av den faglige diskusjonen rundt hormonbehandling de siste tiårene.

På 1990-tallet var det utviklet gode østrogenpreparater som kunne tilbys kvinner med plager knyttet til overgangsalder. Studier tydet også på at

østrogen kunne forebygge tap av beinvev som finner sted i årene etter menopausen. Mest interessant var en lang rekke observasjonsstudier som viste at bruk av østrogen i klimakteriet kunne gi en betydelig reduksjon i forekomsten av hjerte- og karsykdommer. Samtidig avventet man resultater av randomiserte studier, spesielt den amerikanske studien Women's Health Initiative, med mange tusen deltakere som ble publisert i 2002 (845).

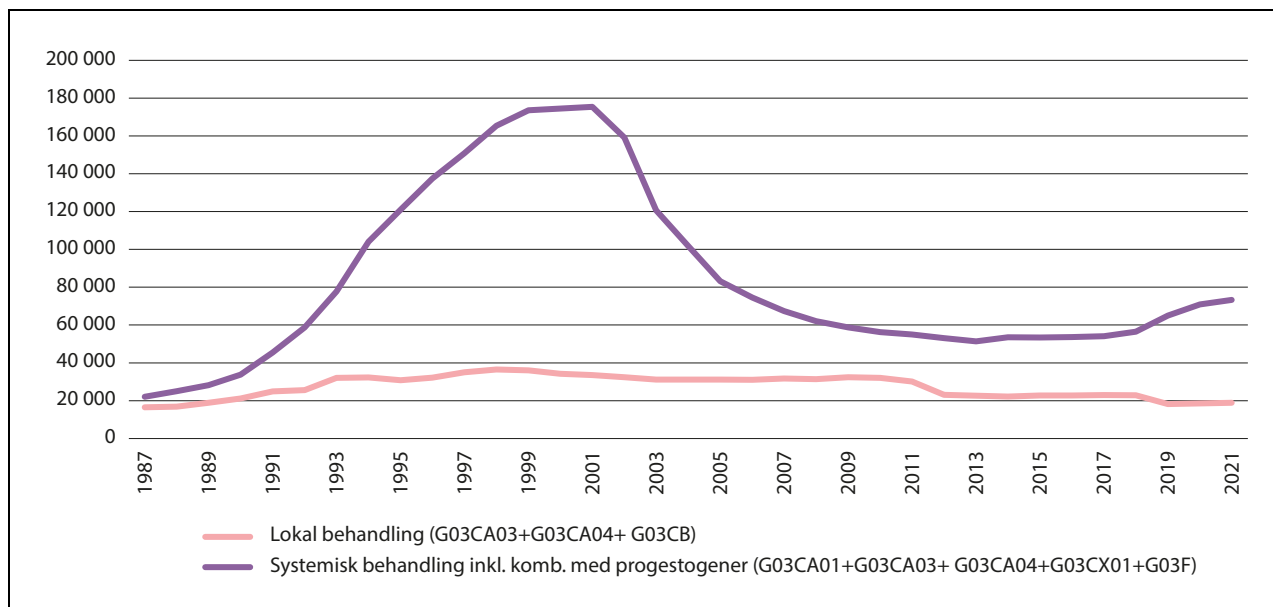
Women's Health Initiative ble stoppet tidligere enn planlagt fordi de negative bivirkningene viste seg å være større enn de positive, spesielt gjaldt dette risiko for brystkreft, blodpropp (trombose) og slag, som vektet tyngre enn redusert forekomst av tykktarmskreft og brudd. I studien fremkom det at kombinasjonen av østrogen og gestagen økte risikoen for både brystkreft og hjerte- og karsykdom, mens østrogen gitt alene til kvinner som hadde fjernet livmoren, reduserte risiko for både hjerte- og karsykdom og brystkreft (846).

Studien ble kritisert for å inkludere kvinner som var i en alder hvor man normalt ikke ville starte hormonbehandling; gjennomsnittsalderen var 60 år. Hormonkombinasjonen og styrken av hormoner som ble brukt, var også en annen enn den som brukes i Europa. Doseringen i studien var peroral (gjennom munnen), mens vi i dag foretrekker hormonbehandling gjennom huden via plaster, krem eller gel, som tilsynelatende ikke øker risikoen for blodpropp og slag.

De negative resultatene fra Women's Health Initiative, fikk stor oppmerksomhet i mediene. Kvinner ble skremt av funnene og stoppet behandlingen. Potensielle nye brukere avsto fra å starte behandling. Også blant fagfolk hersket det stor usikkerhet. De norske salgshallene stupte fra om

Boks 11.6 Kampanje for riktigere bruk av menopausal hormonterapi

KUPP er kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter rettet mot fastlegene i regi av RELIS (regionale legemiddelinformasjonsentre) og de farmakologiske enhetene ved de største sykehusene i Norge. KUPP har blant annet utviklet kampanjen *Riktigere bruk av menopausal hormonterapi (MHT)*, for at allmennleger skal få tilgang til oppdatert kunnskap som bidrar til at de kan foreta gode vurderinger relatert til bruk av hormonterapi i forbindelse med overgangsalder.



Figur 11.4 Salg av østrogenholdige preparater (847).

lag 170 000 til rundt 50 000 daglige brukere av østrogenholdige preparater, se figur 11.4.

I tiden etter Women's Health Initiative har det kommet flere observasjonsstudier og kliniske studier (848) som gir et mer nyansert bilde av gevinst og risiko ved østrogenbehandling. Nye hormonprodukter er markedsført med mindre risiko for uheldige bivirkninger. Det er langt på vei mulig å gi trygg behandling til kvinner med klimakterielle plager. Det tar imidlertid lang tid å snu en negativ trend. Det er en utfordring å få oppdatert informasjon ut til helsepersonell og til befolkningen.

11.6.3 Trygg og riktig bruk av hormonbehandling

I internasjonale retningslinjer om hormonbehandling i overgangsalderen klimakteriet (849) er man i dag enige om at østrogenbehandling skal tilbys som behandling for klimakterielle plager, og det skal gis i lavest mulig dose over kortest mulig tid. I prinsippet er det ikke begrensning på brukstid hvis behovet fortsatt er til stede (849). Østrogen skal ikke gis for å beskytte mot sykdom, men hvis en kvinne med økt risiko for beinskjørhet ikke kan bruke andre godkjente legemidler for forebygging, kan forebygging med østrogen være aktuelt.

Østrogen alene er gunstigere for bryst og hjerte, men dersom livmoren er i behold, må østrogen kombineres med progesteron eller gestagen for å beskytte livmorslimhinnen for østrogen-

påvirkning som i verste fall kan videreutvikle seg til kreft. Kombinasjonen av østrogen og gestagen øker imidlertid risikoen for brystkreft, avhengig av doseringen av gestagen og type gestagen. Hormonbehandling skal ikke benyttes av kvinner som har hatt brystkreft. Med hensyn til effekt på hjerte- og karsystemet er det viktig å starte tidlig etter menopausen for å oppnå gunstig effekt. Hormonbehandling bør starte senest ti år etter menopausen og før fylte 60 år (850).

Etter menopausen vil et stort antall kvinner merke tørrhet og sårhet i skjeden som kan vanskeliggjøre samleie. Det finnes i dag flere typer av reseptfri østrogenbehandling til lokal bruk som nesten alle kvinner kan bruke. Mangel på østrogenpåvirkning på slimhinnene i underlivet fører også til at disse kvinnene har lettere for å få urinveisinfeksjoner. Ved flere årlige urinveisinfeksjoner bør det vurderes å starte hormon-erstatning, enten som lokalbehandling eller systemisk.

Kvinner som kommer tidlig i overgangsalder, i alderen 40–45 år, kan ved alvorlige plager etter visse fastsatte kriterier få hormonbehandling på blå resept etter søknad om individuell refusjon fra spesialist. En annen gruppe som må oppfordres til hormonbruk, er kvinner som fjerner eggstokkene på grunn av familiær risiko for eggstokkreft. De har ofte både behov for østrogen mot klimakterielle plager og testosteron på grunn av redusert sexlyst. Det er i dag et stort og variert tilbud innen østrogen og gestagen/progesteron-behandling, men det finnes ikke et

tilbud om testosteron for kvinner, verken i Norge eller i andre deler av den vestlige verden. Av Reseptregisteret framgår det at om lag 600 kvinner brukte testosteron i 2020. Det vil si at kvinner i dag bruker et produkt som er framstilt for menn, med stor fare for overdosering. Det må nevnes at det er en økende trend i å bruke testosteron på grunn av redusert sexlyst også til kvinner som kommer i overgangsalderen til forventet tid. Denne bruken er kontroversiell og omdiskutert, men etter grundige vurderinger kan behandlingen være aktuell for noen.

Etter en lang periode med skepsis til hormonbehandling av plager i overgangsalderen, ser det ut til at holdningene er i ferd med å endre seg. Det er også kommet nye legemidler og doseringer som reduserer risiko for bivirkninger (851).

11.6.4 Hormonbehandling på blå resept eller individuell refusjon

Overgangsalderen er i utgangspunktet en normal prosess og ingen sykdom. Som vist i dette kapitlet, kan imidlertid mange kvinner oppleve store plager i forbindelse med at eggstokkene slutter å fungere, med lavere østrogenmengde i kroppen som resultat. Grenseoppgangen mellom normale og forventede plager og hva som oppfattes som sykdom, kan noen ganger være vanskelig. Helfo har som sitt hovedkriterium at støtte skal gis til behandling av «sykdom, skade eller lyte» eller til forebygging. Helfo har valgt å sette grenser for hvem som kan få refusjon for bruk av hormon-erstatning ved klimakterielle plager, dels ved å benytte medisinske diagnoser, dels ved alder og dels ved alvorlighetsgrad av plagene.

Boks 11.7 Refusjonsberettiget bruk av hormoner i overgangsalder

Menopause før 40 år

En rekke legemidler kan skrives ut direkte på blå resept fram til overgangsalder for personer med diagnosen primær ovarialsvikt (menopause før 40 år). Behandlingen ved hypofysesvikt, manglende eggstokker eller inaktive eggstokker skal startes i sykehus, i sykehuspoliklinikk eller av spesialist i indremedisin, nevrokirurgi, nevrologi, pediatri eller fødselshjelp og kvinnesykdommer. Dersom ikke forhåndsgodkjente legemidler kan benyttes, er det mulighet for å søke om individuell refusjon etter visse kriterier. Fastleger eller spesialister i allmennmedisin er ikke omfattet av muligheten til å starte behandling selv om det er en diagnose som ligger til grunn for at behandlingen kan gis på blå resept. Det anbefales å bruke behandlingen fram til gjennomsnittlig overgangsalder i befolkningen (52–53 år).

Ved tidlig menopause, mellom 40 og 45 år, sendes individuell søknad til Helfo hvor alvorlighet må beskrives. Legemidler kan forskrives med refusjon fram til overgangsalder. Behandlingen må startes av spesialist.

Menopause etter fylte 40 år

Dersom det er behov for stønad til hormonbehandling for kvinner med menopause som

oppstår etter fylte 40 år, kan det søkes om individuell stønad. Helfo vurderer da søknaden etter diagnosen «forstyrrelse i klimakterium og senere». Det er vanligvis symptomene hetetokter/økt svetting, tørre slimhinner (urogenital atrofi) og blødningsforstyrrelser som vurderes etter nærmere kriterier, utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet. Helfo kan gi stønad dersom tilstanden i seg selv tilfredsstiller nærmere vilkår for definisjonen av alvorlig sykdom, eller dersom tilstanden utgjør en risikofaktor som med høy sannsynlighet vil medføre eller forverre alvorlig sykdom (slik som for eksempel tap av beinvev).

Det finnes ingen legemidler som kan forskrives direkte på blå resept ved plager som opptrer ved forventet menopause og senere, men Helfo kan gi individuell stønad til hormonpreparater til kvinner med forstyrrelser i klimakteriet og senere dersom symptomer/plager ved tilstanden kommer inn under alvorlig sykdom. Det er imidlertid ikke krav til spesialist ved stønad til kvinner i denne alderen med alvorlige klimakterielle plager.

I dag kan kvinner som opplever uakseptable symptomer på hormonmangel i overgangsalderen, være aktuelle for behandling med hormonerstatning, men det er altså ikke alle som får dekket kostnadene til legemidlene ved blå resept eller individuell refusjon. Mulighetene for å få støtte til hormonerstatning er for kjent både blant pasienter og helsepersonell.

11.7 Utvalgets vurderinger

11.7.1 Muskel- og skjelettlidelser

Det ligger et stort potensial i å forebygge og behandle muskel- og skjelettlidelser blant kvinner midt i livet. Utvalget er særlig opptatt av å belyse hvordan totalbelastningen kvinner opplever i denne livsfasen, påvirker muskel- og skjelettsystemet. Det trengs mer kunnskap om hvordan kroppslige endringer i forbindelse med overgangsalder samspiller med arbeidsmiljø, familieforhold, pårørendeansvar og sosioøkonomisk status.

Utvalget merker seg behovet for bedre å imøtekomme kvinner med sykdommer som ligger lavt i sykdomshierarkiet, herunder de uforklarte helseplagene mange kvinner lider av. Mange kvinner lever i dag med tilstander som medfører kronisk lidelse og nedsatt funksjonsevne, uten at det kan påvises sykdom etter objektive kriterier. Forskere innen dette feltet har påpekt at vi må støtte oss til forskning fra ulike fagfelt for å finne alternative forståelser som pasienter og helsepersonell sammen kan søke svar på. Blant annet kan forhold på jobb eller hjemme, følelse av avmakt og opplevelser etter overgrep og vold sette dype spor og prege et kvinneliv i lang tid (852). Samtidig er det viktig å erkjenne at det kan være tilstander og lidelser som i dag har ukjent etiologi (årsak), men som gjennom videre forskning vil kunne forstås bedre. Utvalget legger til grunn at kvinner som oppsøker helsetjenesten med sine lidelser, må tas på alvor og møtes med respekt og forståelse.

Utvalget understreker behovet for bedre kunnskap om og samordning av tjenester for kvinner som oppsøker helsetjenesten med langvarige, kroniske smerter. Den individuelle, økonomiske og samfunnsmessige byrden av kroniske smerter er økende, og det er flest kvinner som rammes av kroniske smerter. Det trengs et styrket samarbeid både innad i kommune- og spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene for best mulig å imøtekomme denne gruppen. Utvalget ser hen til Helsedirektoratets pågående arbeid med et helhetlig pasientforløp for langvarige og sammensatte smertetilstander.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 51 Etablere et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter.

11.7.2 Beinskjørhet og brudd

En satsing på forebygging og behandling av beinskjørhet (osteoporose) og brudd er en satsing på kvinners helse. Vi lever stadig lenger, og en større andel av befolkningen vil være eldre kvinner i årene som kommer. Beinskjørhet er blant sykdommene som rammer flest eldre, som gir betydelig helsetap og har ressursmessige og økonomiske konsekvenser for helsetjenesten og samfunnet.

Utvalget ser behov for et målrettet arbeid for å forebygge beinbrudd, et tiltak med stort potensial for positive helsegevinster for mange kvinner og store besparelser for samfunnet. For å oppnå dette må Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer fra 2005 oppdateres slik at ny kunnskap og moderne behandling kommer pasientene til gode (853). For å sikre at arbeidet med å forebygge beinbrudd prioriteres i helseforetakene, anbefaler utvalget at det øremerkes midler for å opprette bruddforebyggende team i helseforetakene.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 54 Prioritere forebyggende behandling av beinskjørhet.

11.7.3 Overgangsalder

Utvalget understreker behovet for en mer åpen og mindre skambelagt dialog om kvinners helse i overgangsalderen. Overgangsalderen innebærer helseutfordringer som rammer nær halvparten av befolkningen, og som utgjør en stor andel av dagens arbeidsstyrke.

Det trengs mer forskning på overgangsalderens innvirkning på kvinners fysiske og psykiske helse, og hvordan den oppleves for ulike kvinnegrupper. Det er også behov for økt kunnskap om sammenhengen mellom overgangsalder og kvinners sykefravær og utgang fra arbeidslivet. Slik kunnskap kan bidra til økt forståelse av kvinners behov og tilrettelegging av forhold på arbeidsplassen i denne fasen av livet.

Å skaffe seg informasjon rundt overgangsalderen er en oppgave som er overlatt til den enkelte kvinne. Mange kvinner uttrykker usikkerhet rundt hva som skjer i kroppen, og at informasjon de finner på internett, i bøker og magasiner bare delvis hjelper dem videre. Utvalget understreker behovet for god tilgang til oppdatert kunnskap om overgangsalderen og målrettet kunnskapsformidling, dette for å sikre at kvinner har den informasjonen de trenger for å ta gode valg om egen helse.

Helsepersonell som møter kvinner midt i livet, må være godt informert om symptomer på overgangsalder og om nytte og risiko ved ulike behandlingsformer. I denne sammenheng har fastlegen en sentral rolle fordi fastlegen kjenner kvinnen og vil kunne ha gode forutsetninger for å gi råd og veiledning slik at kvinnen kan hjelpe seg selv i denne perioden. Utvalget understreker at det er viktig å sortere hva som er knyttet til livet, og hva som er knyttet til hormonsvingningene i overgangsalderen, som et ledd i tilnærmingen til denne perioden.

Mange leger og pasienter er skeptiske til hormonbehandling, til tross for at østrogenbehandling regnes som den eneste effektive behandlingen for klimakterielle plager. Det er stort behov for å spre oppdatert kunnskap og bevissthet om fordeler og ulemper ved hormonbehandling av symptomer i overgangsalderen.

Utvalget ser med interesse på nyere forskning som løfter fram overgangsalderen som et mulighetsvindu for målrettede, forebyggende tiltak for å øke livskvalitet og redusere dødelighet blant

eldre kvinner (854). I en uttalelse fra American Heart Association, ble overgangsalderen for første gang omtalt som en kjønns spesifikk hendelse som kan ha stor innvirkning på kvinners fremtidige helse, blant annet når det gjelder risiko for hjerte- og karsykdom og diabetes (kardiometabolsk helse) (855). Utvalget legger til grunn at det i helse- og omsorgstjenesten er et betydelig potensial for å forebygge sykdom i denne fasen av livet. Utover behandling av selve symptomene på overgangsalder bør det settes i verk et systematisk forebyggende arbeid, som bør starte når de første tegnene på menopausen viser seg. Helsepersonell bør rutinemessig informere kvinner om livsstilsendringer og muligheter for hormonbehandling som kan ha stor betydning for helse, livskvalitet og leveår for mange kvinner.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 52 Utvide muligheten for blå resept eller individuell refusjon i forbindelse med hormonbehandling i overgangsalderen; og 53 Øke kunnskapen om overgangsalder og arbeidsliv.

Kapittel 12

Eldre kvinner

12.1 Innledning

Den norske befolkningen blir stadig eldre. Ifølge framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå, vil hver femte innbygger i Norge være over 70 år innen 2060. Ettersom kvinner lever lengst, utgjør kvinnene flertallet av de eldste.

Eldre kvinner i Norge i dag har bedre helse enn tidligere generasjoner, de fungerer godt i dagliglivet og er uavhengige av hjelp ved stadig høyere alder. Samtidig medfører alderdommen økt sykdomsforekomst og funksjonsnedsettelse. Den demografiske utviklingen vil på sikt skape en markant økning i behov for helse- og omsorgstjenester, der langt de fleste arbeidstakerne er kvinner. Framskrivninger tyder på at etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorgstjenesten vil dobles fra 2017 til 2060 (856). En slik utvikling betyr at en av fire arbeidssøere nordmenn vil måtte arbeide i helse- og omsorgstjenesten.

I dette kapitlet ser vi på kvinners helseutvikling i alderdommen, fra de «yngre eldre» som nylig har pensjonert seg, til de aller eldste. Vi ser nærmere på kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester og tar for oss noen sentrale sykdommer og helseutfordringer hos eldre kvinner.

Eldre kvinner er i toppsjiktet når det gjelder bruk av helse- og omsorgstjenester, og de er også storforbrukere av legemidler. Både kjønn og alder påvirker risikoen for sykdom, sykdomsforløp, behov for behandling og virkning av legemidler. Kjønn har også betydning for hvem som tilbyr, og hvem som mottar formelt og uformelt omsorgsarbeid.

Kapitlet vier særskilt plass til helseutfordringene demens og multimorbiditet (å leve med flere sykdommer samtidig). På grunn av den voksende eldre befolkningen er dette tilstander som i økende grad vil få konsekvenser for helse, bruk av helse- og omsorgstjenester og behov for uformell omsorg fra pårørende.

12.2 Eldre kvinners helse

Kvinner i Norge lever stadig lenger, og de har flere friske leveår. Friske leveår defineres som leveår uten funksjonsbegrensinger, hvor man klarer å utføre daglige gjøremål og er selvhjulpent. Forventet gjenstående levealder for 70-årige kvinner økte med 2,4 år fra 1995 til 2017 (857). Økningen i funksjonsfriske leveår i denne perioden var på hele 4,6 år, samtidig var det en nedgang i antall år med hjelpebehov fra 6,3 til 4,1 år. Denne utviklingen henger sammen med at stadig flere sykdommer og funksjons- og sansetap kan kontrolleres med medisinsk behandling, gode omsorgstiltak, og ved praktisk tilrettelegging ved hjelp av velferdsteknologi. Slik kan flere eldre leve aktive liv med god livskvalitet (22).

Det er store kunnskapshull i forskning om behandling av sykdommer som rammer de eldste kvinnene, ifølge en kunnskapsoversikt fra Folkehelseinstituttet. Blant de systematiske oversiktene som er inkludert i kartleggingen, omhandlet kun 1 prosent av oversiktene eldre (80 år eller eldre). Dette til tross for at Sundby-utvalget (23) allerede i 1999 etterlyste mer forskning om kvinnesykdommer i de eldre aldersgruppene.

Flere norske studier tyder på en bedring i funksjonsnivå og kapasitet hos eldre. Gripestyrke, hørsel, kognisjon og selvhjelpenhet er bedre hos mange i dag sammenliknet med tidligere (857–860). Hukommelsen var like god for 70-åringene i 2015 som for 60-åringene i 2001 (859), noe forskerne dels tilskriver et høyere utdanningsnivå og en sunnere livsstil i de yngste kohortene av eldre. Samtidig er bruken av helsetjenester stabil, og relativt mange rapporterer om flere samtidige kroniske sykdommer og helseproblemer (861).

12.2.1 De «yngre eldre» kvinnene

Forutsetningene for en aktiv alderdom ser ut til å bli stadig bedre for norske kvinner. Langt de fleste kvinner i alderen 65–74 har gått av med alderspensjon, men 12 prosent har fremdeles en eller annen arbeidstilknytning.

Boks 12.1 Kvinnestemme

«Jeg har bare gode erfaringer med helsevesenet. Jeg har ikke plaget dem for mye. De gangene jeg har bedt om hjelp, så har jeg fått det.

I fjor vinter hadde jeg en vond nakke og en vond hofte. Da fikk jeg hjelp med en eneste gang. Jeg ble hørt og jeg ble sett. I første omgang fikk jeg hjelp av fysioterapeut, og så gikk jeg videre til lege. Det viste seg at dette ikke hjalp. Da fant man ut at jeg hadde en betennelse, og jeg fikk behandling for dette. Jeg traff en fantastisk kiropraktor og fikk god hjelp der. Jeg liker å gå tur. Å gå i ulendt terreng og å være i bevegelse er bra for både hofter, ledd og

nakke. Det er ubetalelig hva man får igjen for en gratis tur. Jeg er ute og beveger meg hver dag.

Som pårørende har jeg mange erfaringer med helsevesenet. Jeg har mistet personer som stod meg nær. Jeg har merket en stor endring i hvordan helsevesenet behandler pårørende – på 70-tallet sammenliknet med i dag. Nå blir pårørende sett og hørt. Nå er helsevesenet oppriktig interessert i å ha god kommunikasjon med pårørende, og de tar imot innspill på både det som er negativt og positivt.»

Kvinne, 79 år

Den britiske sosialhistorikeren Peter Laslett har lansert begrepet «den tredje alder» (862), som en livsfase der yrkesaktivitet er tilbaketrukket og eventuelle barn er blitt voksne og selvhjulpne. Med mindre ansvar for barn kan den enkelte bruke ressurser til å mobilisere for et fysisk og psykisk aktivt liv. Denne fasen er blitt lengre både som følge av økt levealder, men også (for enkelte) ved tidligere avgang fra arbeidslivet. Med bedre helse inviterer denne fasen til egenaktivitet og økt egentid. Det har over tid også vært betydelige positive endringer i holdningene til det å bli eldre og til forventningene om hva alderdommen skal fylles med av aktiviteter (22).

Selv om denne delen av livet for mange skaper mulighet for et aktivt og sosialt liv, bærer fasen også preg av at yrkesliv og omsorgsoppgaver har satt sine spor. Mange kvinner i denne livsfasen har hatt fysisk tungt arbeid innenfor omsorgs- eller serviceyrker, som ofte også kommer med en psykisk belastning. Mange har også opplevd belastninger ved barnefødsler, samt omsorg for barn og/eller foreldre, som også har betydning for helsen (22).

De fleste «yngre eldre» kvinnene i Norge har imidlertid god helse. Det har vært små endringer i selvrapportert helse blant eldre i perioden 2002–2019. I 2019 rapporterte nesten tre av fire kvinner i alderen 65 til 74 år at de hadde god helse, mens 28 prosent oppga at de hadde mindre enn god helse (22).

I denne aldersgruppen er det mange kvinner som har høyt blodtrykk (31 prosent) og høyt kolesterol (26 prosent), som medfører økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Det har vært en økning i

bruk av blodtrykksenkende medisiner i grupper over 65 år fra 2005 til 2020. Hjerte- og karsykdom er en utbredt dødsårsak blant eldre. Litt over halvparten av dem som døde av hjerte og karsykdommer i 2021 var kvinner (863). Fra 2000 og fram til i dag er imidlertid dødeligheten av hjerteinfarkt nesten halvert. Framgangen kan mest sannsynlig tilskrives en drastisk nedgang i dagligrøyking (22).

I 2019 rapporterte 8 prosent av kvinner i alderen 65–74 at de hadde betydelige psykiske vansker (22). Kunnskapen om forekomsten av psykiske plager og lidelser blant eldre er imidlertid mangelfull (542). Depresjon er kjennetegnet ved nedstemthet og uro, svekket konsentrasjonsevne, og forandringer i energinivå, søvn, appetitt og vekt. Disse symptomene ligger i gråsonen mellom normale aldersforandringer, demens og somatiske sykdommer (864).

12.2.2 De eldste kvinnene

Den siste perioden av livet er blitt omtalt som «den fjerde alder» (865). Den fjerde alder preges av kroppslig svekkelse, økt sykkelighet, funksjonstap og avhengighet av andre. I den eldste delen av populasjonen er det en betydelig overvekt av kvinner. Mange av de eldste kvinnene er enker, og en betydelig andel lider av flere sykdommer samtidig (multimorbiditet). En betydelig andel kvinner bor på institusjon, eller mottar omsorgstjenester i hjemmet.

63 prosent av kvinnene over 75 år rapporterte at de hadde god helse i 2019, mens 13 prosent sa at helsen var dårlig. Det er særlig blant de over 80 år at helseproblemer og funksjonstap er fram-

tredende, og behovet for helse- og omsorgstjenester øker. De aller eldste deltar i mindre grad enn andre i spørreundersøkelser og studier, og kunnskapsgrunnlaget er derfor langt svakere for denne gruppen (22).

Livskvaliteten, som holder seg nokså stabil på gruppenivå til man når alderdommen, begynner å synke fra 75–80 årsalderen. Det er særlig forekomsten av depressive plager og ensomhet som øker i livets siste fase (866). Mange opplever også redusert mestring og sosial støtte. Svekket helse og funksjon kan bidra til å redusere livskvaliteten betydelig (867).

27 prosent av kvinner som er 75 år og eldre sier at helsen begrenser dem i å utføre hverdagslige aktiviteter, og en av fire har en funksjonsnedsettelse. Når de fysiske vanskene blir u håndterlige, blir flere avhengige av omsorg enten fra pårørende eller fra kommunens helse- og omsorgstjeneste (22).

Forekomsten av muskel- og skjelettlidelser er klart høyest blant de eldste kvinnene, og slike lidelser gir ofte funksjonsnedsettelser og smerter (868). 46 prosent av kvinner i denne aldersgruppen følte seg svimle i løpet av en måleperiode på tre måneder. Ustøhet og svimmelhet øker risikoen for fall. Fall hos eldre representerer et betydelig helseproblem, fordi fall er assosiert både med økt sykelighet og mortalitet (869). Kvinner er mer utsatt for skader ved fall enn menn fordi de er mer beinskjøre og har mindre muskelmasse (870). Mange eldre kvinner pådrar seg hoftebrudd/lårhalsbrudd, og omfanget øker kraftig etter 75-års alder (871). Potensialet for å forebygge fall, og dermed helseproblemer som følge av fall, er imidlertid stort. Se videre omtale av beinskjørhet i del 11.5.

Det er relativt få eldre kvinner som rapporterer om psykiske vansker (6 prosent) sammenliknet med yngre aldersgrupper. Trolig er ikke dette tallet representativt for aldersgruppen. Det er utfordrende kartlegge psykisk helse i utvalgsundersøkelser generelt, og det kan være et vanskelig tema for de eldste. I tillegg er det som regel den friskeste delen av den eldre befolkningen som deltar i undersøkelser (22). Det er også viktig å understreke at eldre som bor på institusjon, ikke er intervjuet i denne undersøkelsen. Resultater fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at forekomsten av depresjonssymptomer hos eldre kvinner har økt over generasjonene, særlig hos de eldste (872).

12.2.3 Seksualitet og aldring

Sex kan ha helsegevinster og kan både påvirke humøret positivt, være bra for hjertet og senke

blodtrykk og stressnivå (873). Mange kvinner opprettholder et aktivt sexliv inn i alderdommen. Selv om forskning viser en nedgang i hyppighet, forsvinner ikke behovet for seksualitet og nærhet når kvinner blir eldre (874). Sex utgjør for mange en viktig del av parforholdet hele livet. I alderdommen er det imidlertid ikke uvanlig at kvinner opplever problemer knyttet til redusert sexlyst og/eller tørrhet i skjeden. Sykdom og smerter som blir mer vanlig med alderen, og bruk av legemidler, kan også bidra til å redusere kvinners sexlyst. Det antas for eksempel at over halvparten av alle kreftpasienter vil oppleve seksuelle problemer etter behandling (638).

Seksualitet i alderdommen er et tabubelagt tema, og mange eldre kvinner kvier seg for å oppsøke helsehjelp for å håndtere seksuelle problemer. Terskelen for å stille nødvendige spørsmål til fastlegen eller annet helsepersonell kan for mange være for høy (875). Også helsepersonell kan oppleve det som utfordrende å ta opp dette temaet (876). Fordommer og forventninger til eldre mennesker kan gjøre det vanskelig å være åpen om spørsmål knyttet til seksualitet i alderdommen (877). Skeive eldre kan møte tilleggsutfordringer knyttet til kjønns- og seksualitetsnormer.

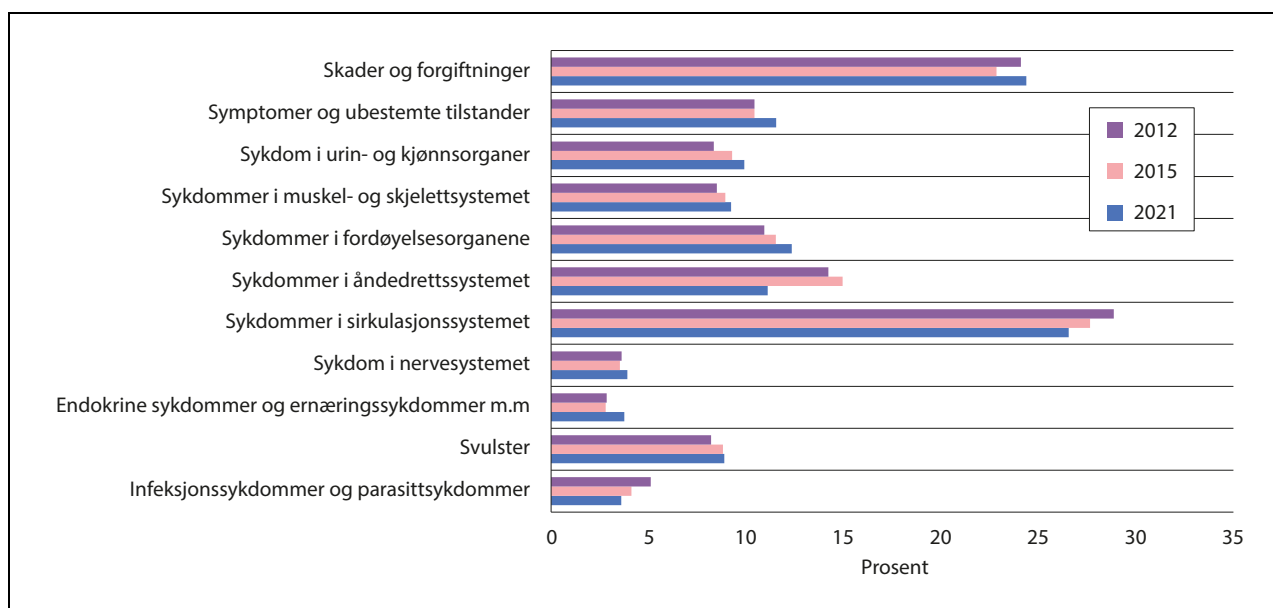
12.3 Eldre kvinners bruk av helsetjenester

12.3.1 Fastlegen

Mange eldre kvinner oppsøker fastlegen med spørsmål knyttet til egen helse. Særlig mange konsultasjoner finner vi blant kvinner i aldersgruppen 80–89 år. Disse kvinnene har i gjennomsnitt nesten fem konsultasjoner per år, og fire av ti kvinner har hatt fem eller flere fastlegebesøk det siste året. I denne aldersgruppen bor fortsatt mange eldre hjemme og bruker fastlegen i sin helseoppfølging.

Kvinner som er 80 år og eldre, har klart flest legebesøk på grunn av hjerte- og karsykdommer, som høyt blodtrykk og kolesterol, men også mer alvorlige hjertelidelser. Det er også mange lege-konsultasjoner som skyldes plager i muskel- og skjelettsystemet, blant annet slitasjegikt og beinskjørhet.

Blant de aller eldste (90 år og mer) er det en del kvinner som bor på institusjon, og antallet konsultasjoner hos disse er derfor lavere, med 3,1 konsultasjoner i gjennomsnitt. En av fire kvinner i denne aldersgruppen bor på institusjon og får helsehjelp der (22).



Figur 12.1 Andel kvinnelige pasienter 80 år og eldre med døgnopphold etter utvalgte diagnosegrupper i 2012, 2015 og 2021 (22).

12.3.2 Sykehusopphold

I 2021 utgjorde aldersgruppen 80 år og eldre 4,4 prosent av befolkningen, men de stod for 17,2 prosent av alle døgnopphold på sykehus. 30 prosent av alle kvinner 80 år og eldre var innlagt på sykehus minst en gang i 2021. Også blant yngre eldre kvinner (70–79 år) er det mange som har vært innlagt, 17 prosent. De siste årene har det vært en nedgang i antall liggedager på sykehus, særskilt blant de eldste aldersgruppene. Sykehusopphold blant de eldste kvinnene (70–79 år og 80 år eller eldre) er i snitt en halv dag kortere enn for seks år siden (22).

Skader gir mange døgnopphold i sykehus for de eldste. Fallulykker medfører mange lårbeinsbrudd årlig, men også andre skader i ulike deler av kroppen, blant annet hjernerystelse. Hjerte- og karlidelser er de vanligste sykdomstilstandene blant kvinner som har døgnopphold på institusjon. Denne diagnosegruppen står for 27 prosent av døgnoppholdene blant de eldste (80 år og eldre) (22).

Med innføringen av samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) i 2012 fikk kommunene økt ansvar for innbyggernes helsetilbud og samordningen av dette. Det har vært et helsepolitisk mål at pasienter som er ferdig behandlet på sykehus, skal raskere tilbake til kommunen, enten til eget hjem eller til en institusjon/sykehjem. Reformen har bidratt til å redusere antallet døgnopphold på sykehus. Samtidig er det en

utfordring for de kommunale helse- og omsorgstjenestene å sikre tilstrekkelig kapasitet for å imøtekomme den betydelige økningen i pasienter, hvorav mange har stort behov for medisinsk behandling og videre utredning av geriatrike problemstillinger.

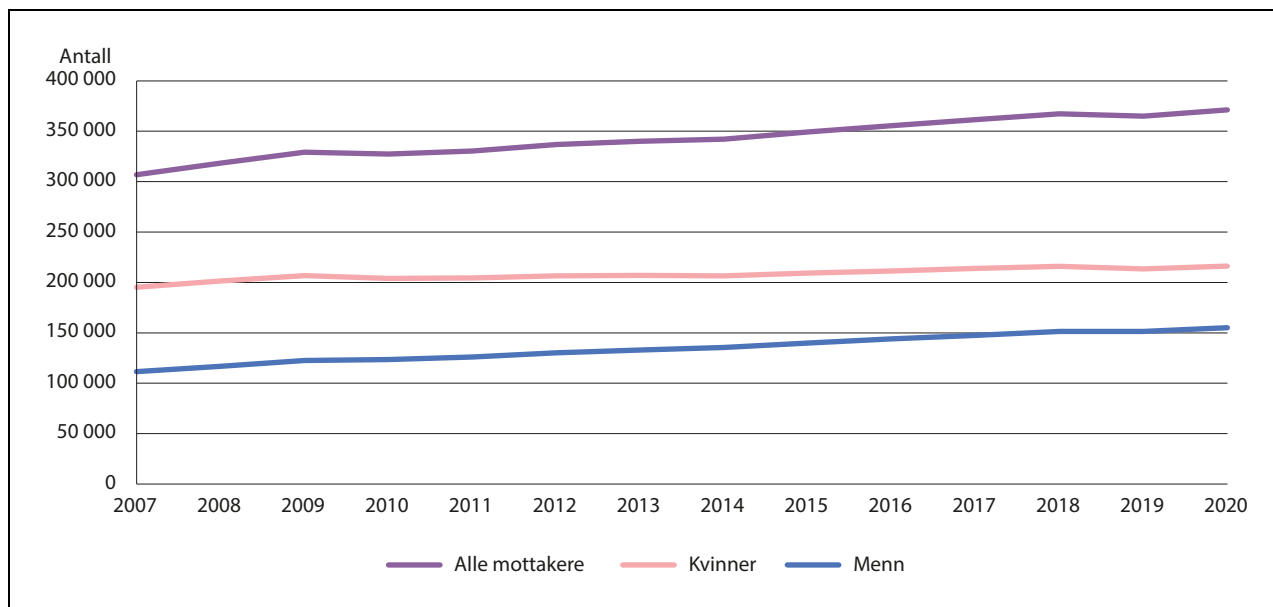
12.3.3 Psykisk helsevern

Eldre mottar i mindre grad enn yngre behandling i psykisk helsevern. Enkelte studier viser at dette skyldes lavere forekomst av psykiske lidelser blant eldre, mens andre påpeker at eldre ofte har et mindre opplevd behov for hjelp mot psykiske lidelser, dels på grunn av stigma knyttet til disse (878) og dels fordi deres forventninger til tilbudet innen psykisk helsevern kan være lavere. Trolig vil etterspørselen etter psykologhjelp øke blant eldre som opplever funksjonstap og kognitiv svikt framover. Flere vil trolig oppleve et manglende samsvar mellom ønsket om en vellykket og aktiv alderdom og kapasiteten til å imøtekomme denne forventningen (22).

12.4 Eldre kvinners bruk av omsorgstjenester

12.4.1 Hvem mottar tjenestene?

Det er mange som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge i løpet av et år. I 2020 mottok 371 262 personer én eller flere helse- og



Figur 12.2 Antall unike tjenestemottakere gjennom året, etter kjønn og årstall i perioden 2007–2020 (22).

omsorgstjenester. Av disse var 216 162 kvinner. Andelen som mottar pleie- og omsorgstjenester, øker kraftig med alderen, fra 1,5 prosent av barnebefolkningen 0–17 år, til ni av ti blant dem som er 90 år og eldre (22).

Figur 12.2 viser antall kvinnelige og mannlige tjenestemottakere fra 2007 til 2020. Det har vært en økning over tid for begge kjønn. Antall mannlige mottakere har økt mer enn antall kvinnelige mottakere. Dette skyldes primært at levealderen blant menn øker (879), og sekundært at vi har gått fra et kvinneoverskudd til et mannsoverskudd i befolkningen. Dette skyldes også at det siden 2006 har innvandret langt flere menn enn kvinner til Norge.

Mange eldre kvinner bor alene, og dette gjelder særlig de aller eldste. Dette henger sammen med at kvinner i gjennomsnitt lever lenger enn menn, og fordi eldre kvinner ofte er noe yngre enn ektefellen eller samboeren sin. Helsen blir dårligere med økende alder, og sykdommer eller nedsatt funksjonsevne øker behovet for helse- og omsorgstjenester særlig mot slutten av livet. Det er derfor blant de eldste kvinnene vi finner de fleste mottakerne av helse- og omsorgstjenester (22).

12.4.2 Fra institusjon til omsorg hjemme

Et sentralt utviklingstrekk i omsorgspolitikken de siste 20–30 årene er mindre bruk av opphold på institusjon og et mål om at eldre skal bo hjemme lengst mulig (880). Institusjonstjenestene blir i

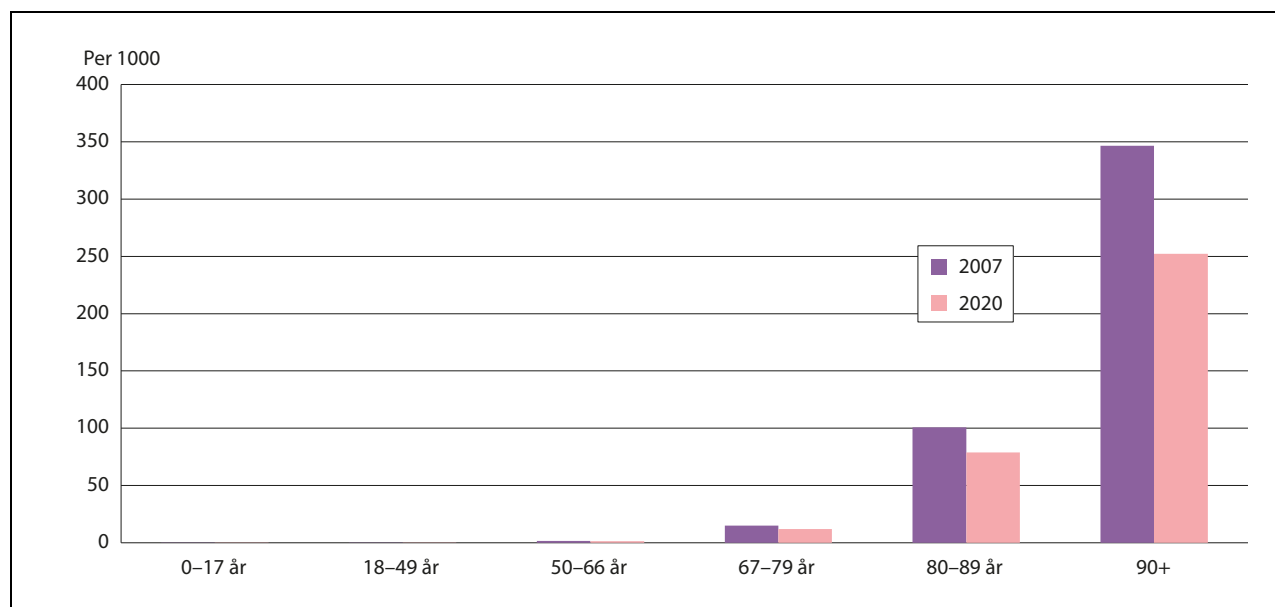
større grad prioritert til dem som har behov for det i den siste fasen av livet (881). Utviklingen fra omsorg i sykehjem til omsorg i hjemmet henger sammen med den demografiske utviklingen. Økt levealder medfører flere eldre og dermed økte samfunnsutgifter knyttet til pensjon, helse- og omsorgstjenester og lønnsutgifter til helse- og omsorgspersonell (880).

Figur 12.3 viser antall (per 1000 kvinner) som har fått tildelt langtidsopphold på institusjon i 2007 og i 2020, etter aldersgruppe. Vi kan her se en klar nedgang i bruk av langtidsopphold på institusjon, særlig blant de eldste kvinnene.

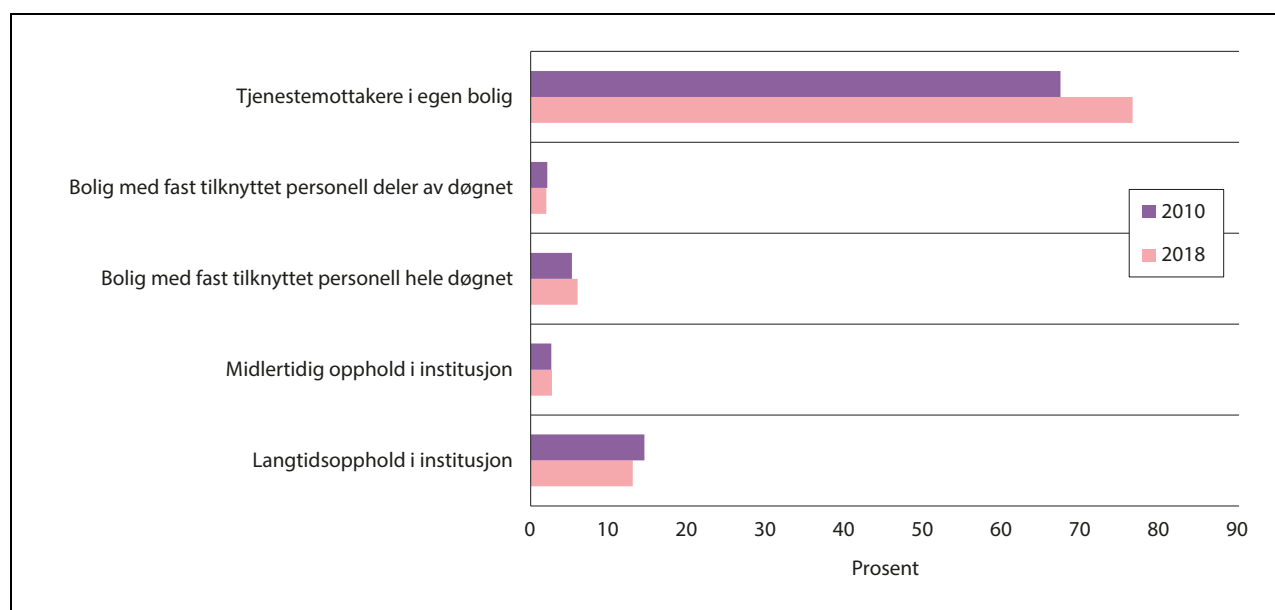
Nedgangen i antall plasser i alders- og sykehjem har samtidig medført en økning i helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Flere eldre kvinner enn tidligere bor hjemme og mottar hjelp og hjemmesykepleie der. Andelen tjenestemottakere i egen privat bolig utgjør i dag 77 prosent av det totale antallet kvinnelige brukere (22).

12.5 Demens

Demens er fellesbetegnelsen på flere hjernesykdommer som påvirker atferd og evnen til å huske, tenke og utføre dagligdagse aktiviteter (882). Den vanligste årsaken til demens er hjernesykdommen Alzheimers sykdom, som utgjør 60–70 prosent av alle demenstilfeller (883, 884). I dag er det over 100 000 personer som lever med demens i Norge, og tallet er økende på grunn av økt levealder i befolkningen (885).



Figur 12.3 Antall kvinner per 1000 innbyggere som har langtidsopphold på institusjon per 31.12. i 2007 og i 2020 (22).



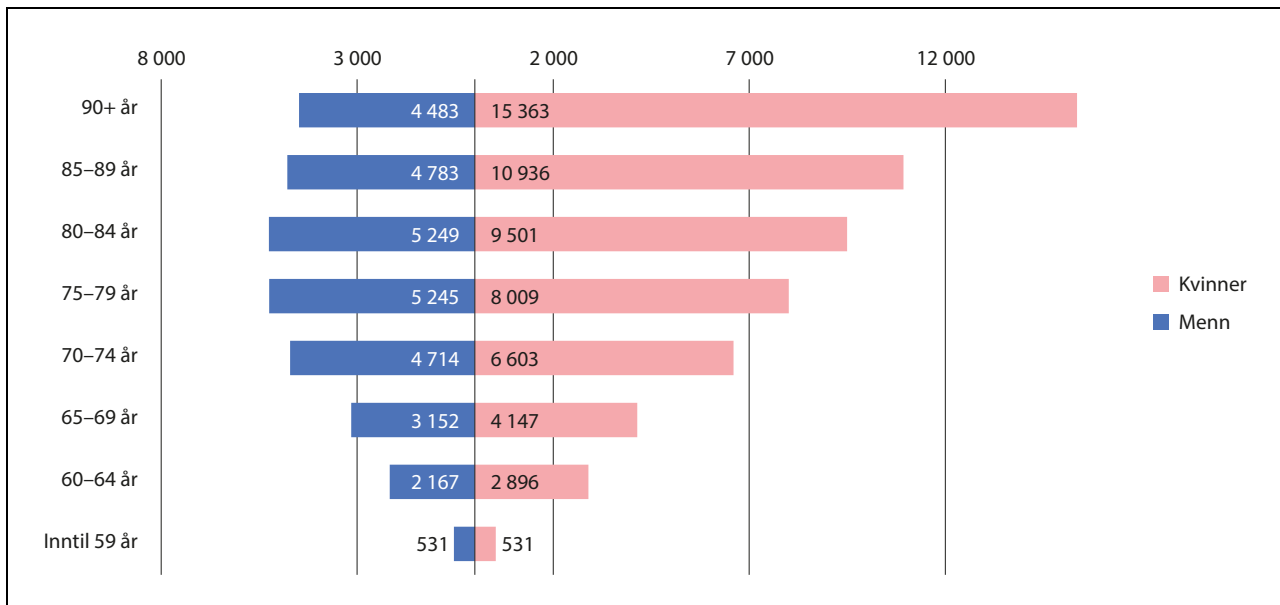
Figur 12.4 Andel kvinnelige tjenestemottakeres bosituasjon per 31.12. i 2010 og 2018. Prosent (N=alle kvinnelige mottakere)

Det er flere kvinner enn menn som rammes av demens. I Norge har 16 prosent av kvinnene og 13 prosent av mennene over 70 år demens (885). Kvinners høyere levealder kan delvis forklare denne forskjellen, men vi finner også høyere utbredelse blant kvinner enn menn innen samme aldersgruppe (882).

Kjønnsforskjellen i forekomst øker med alderen. Forskjellene er mindre fram til tidlig i 80-

årsalderen, men øker fra 85-årsalderen. Høy levealder er den største risikofaktoren for å få demens, og forekomsten av demens er høyere blant personer med lav utdanning enn blant personer med høy utdanning (882, 886).

Det er betydelige samfunnskostnader knyttet til Alzheimers sykdom og annen demenssykdom. I 2019 ble kostnadene beregnet til 96 milliarder kroner i Norge. Dette er mer enn samfunnskost-



Figur 12.5 Antall personer med demens i Norge i 2020 fordelt på alder og kjønn. Gjengitt fra Menon Economics (887).

nadene knyttet til for eksempel hjertesvikt (48 milliarder), men mindre enn for kreftsykdom (220 milliarder) (888).

12.5.1 Forebygging av demens

Nyere forskning viser at det er et stort potensial for forebygging av demens. Manglende skolegang, hørselstap, høyt blodtrykk, overvekt, røyking, depresjon, fysisk inaktivitet, sosial isolasjon, diabetes, overdrevent alkoholinntak, hodeskader og eksponering for luftforurensning er eksempler på risikofaktorer for demens som kan forebygges (889). Her er det et betydelig potensial for målrettede tiltak gjennom livet for å redusere byrden av demens.

Vi vet fortsatt for lite om årsakene til kjønnsforskjellene knyttet til demens og potensialet som ligger i kjønsspesifikk forebygging. Flere studier har sett på en mulig sammenheng mellom hormoner og demens og særsilt østrogenets betydning for kognitiv funksjon.

I 2022 (890) presenterte forskere funn som antyder at reduserte østrogennivåer kan være en faktor når det gjelder mulig sammenheng mellom tidlig overgangsalder og demens. Forskerne fant at kvinner som kom i overgangsalderen før de fylte 40 år, hadde 35 prosent større sannsynlighet for å bli diagnostisert med demens. For kvinner som gikk inn i overgangsalderen før fylte 45 år, var det 1,3 ganger større sannsynlighet for å bli diagnostisert med demens før de var 65 år (kalt presenil

eller tidlig demens). En studie fra 2021 (891) som inkluderte nesten 400 000 kvinner, fant at hormonbehandling reduserte risikoen for demens, men at effekten avhenger av en rekke faktorer som dosering, type legemiddel, lengde på behandling og hvor lenge det var siden kvinnene hadde hatt overgangsalder. Disse funnene belyser behovet for mer kunnskap om hvordan kjønn eventuelt kan utgjøre en faktor for å forstå hvordan vi bedre kan forebygge demens i befolkningen.

Teknologiske framskritt og mer personlig tilpasset medisin gir forventninger om mer treffsikker forebygging av demens, se omtale i kapittel 17.

12.6 Geriatri

Gruppen kvinner som når en høy levealder, blir stadig større. Geriatri er den medisinske spesialiteten som handler om ivaretagelse av eldre pasienter med multimorbiditet. En geriatriisk vurdering er en systematisk kartlegging av eldre pasienters helse, funksjon og livssituasjon. Både norske og internasjonale forskningsstudier har vist at geriatriisk vurdering og behandling fører til lavere sykkelighet, lavere dødelighet og at man kan bo lenger hjemme (892, 893). Studier har blant annet vist at et strukturert samarbeid mellom ortopedi og geriatri i behandling av hoftebrudd kan gi bedre behandlingsresultat, kortere liggetid for pasient, samt betydelig kostnadsreduksjon over tid (894, 895).

**Boks 12.2 Atypisk
sykdomspresentasjon**

Atypisk sykdomspresentasjon er vanlig blant de eldste kvinnene, særlig de som lever med skrøpelighet. Det vil si at klassiske symptomer på akutt sykdom eller skade er mindre framtreddende, og i noen tilfeller mangler helt. En rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevakttmedisin (897) viser at én av tre eldre ikke viser typiske symptomer ved hjerteinfarkt (brystmerter) eller alvorlige infeksjoner (feber). I stedet har de gjerne uspesifikke symptomer og plager, som fall eller delirium (akutt hjernesvikt). Ofte stammer symptomene fra det mest svekkede organet, heller en organet som er sykt og trenger akutt behandling. Rapporten viser videre at helsepersonell mangler kunnskap om hvordan eldre menneskers symptomer skiller seg fra symptomer hos yngre pasienter. Denne kunnskapen, samt beslutningsstøtteverktøy og organisering tilpasset de eldste, er sentral for å sikre rett behandling til rett tid.

Til tross for at behovet for geriater øker i takt med at det blir flere eldre i befolkningen, har tidligere studier vist at geriatri er et fagfelt med lav status, og at relativt få leger tar fatt på spesialistutdanning i geriatri (169). I 2018 vedtok Stortinget tiltak for å styrke geriatriisk kompetanse (896), blant annet at alle store akutt sykehus skal ha spesialister i geriatri. Det er i rekrutteringen av geriater en positiv utvikling. Per januar 2023 er det 194 yrkesaktive spesialister i geriatri under 70 år i Norge. Av disse ble 23 godkjent i 2022, og det er det høyeste antallet som er godkjent på ett år noensinne. Siden 2018 har antall nye spesialistgodkjenninger ligget på et høyere nivå enn tidligere. Selv om det har vært en positiv utvikling i rekrutteringen, vil behovet for geriatrikere være stort i tiden framover gitt den betydelige veksten i antall eldre.

Også i kommunene er det behov for geriatriisk kompetanse. I dag bor mange alvorlig syke eldre kvinner hjemme eller på institusjon. En betydelig andel av disse lever med funksjonssvikt, flere sykdommer samtidig, og bruker mange ulike legemidler. For å sikre god helsehjelp trenger også sykepleiere i kommunehelsetjenesten å ha tilstrekkelig geriatriisk kompetanse for å kunne tilby helsehjelp av god kvalitet.

12.7 Multimorbiditet og legemidler

Med alderdommen kommer økt sårbarhet og forekomst av en rekke helseplager og sykdommer. I denne fasen av livet er det vanlig for både kvinner og menn å ha flere kroniske helseproblemer på samme tid. *Multimorbiditet* benyttes som begrep for å beskrive tilstanden der flere kroniske helseproblemer oppstår samtidig hos samme person. Dette kan være svært utfordrende for den det gjelder; det kan medføre funksjonstap, smerter og økt risiko for bivirkninger og død. Multimorbiditet medfører også store utfordringer for helsepersonell og helsetjenesten siden systemet i stor grad er organisert for å håndtere og behandle enkeltsykdommer (898).

Multimorbiditet rammer oftest kvinner. Det er også høyere forekomst av multimorbiditet i yrkesgrupper med lavere utdanning, og forekomsten stiger med økende alder (898). Multimorbiditet medfører flere utfordringer; ulike sykdommer kan kreve motstridende behandling, og det kan oppstå behov for bruk for mange legemidler samtidig, som forskrives av ulike leger. Dette øker risiko for feilbruk, overmedisinering, uintenderte interaksjoner og bivirkninger.

Riktig bruk av legemidler er svært nyttig for mange eldre mennesker. Samtidig er det betydelig risiko for legemiddelrelaterte problemer. Uheldige bivirkninger kan skapes gjennom bruk av flere medisiner samtidig. I alderdommen påvirker fysiologiske aldersforandringer hvordan legemidlene brytes ned i kroppen. Mange eldre har også kroniske sykdommer som kan virke inn på effekten av legemidlene (899). Eldre mennesker er derfor særskilt sårbare for bivirkninger av legemidler. Enkelte legemidler er uegnet til bruk hos eldre, og mange må forskrives i mindre doser enn til yngre personer (900).

Som vist til tidligere i rapporten, har også kjønn betydning for hvordan legemidler virker. Analyser fra amerikanske databaser som rapporterer om bivirkninger av legemidler, viser at negative effekter av legemiddelbehandling oftere oppstår hos kvinner enn hos menn, og at bivirkningene ofte er mer alvorlige. Nedbrytningstiden, det vil si den tiden det tar før legemidlet er ute av kroppen, er ulik hos kvinner og menn. Kvinner og menn har også ulikheter i blodomløpet, og i nyrenes evne til å skille ut avfallsstoffer. Nyrene spiller en viktig rolle i utskillelsen av mange legemidler (901).

Manglende kunnskap om samspillet mellom alder, kjønn, og legemidler hos eldre kvinner kan få alvorlige konsekvenser. I 2008 mottok en av tre hjemmeboende eldre i Norge minst ett potensielt

skadelig legemiddel eller en uheldig kombinasjon av legemidler (902). Studien viste at det var psyko-farmaka (legemidler som brukes i behandlingen av psykiske lidelser) som utgjorde 60 prosent av de uheldige forskrivningene, og at kvinner var mer utsatt for å få utskrevet uhensiktsmessige legemidler enn menn. En norsk studie (903) viser at de som dør av overdose etter inntak av resept-belagte smertemedisiner, oftere er eldre kvinner med kroniske smerter, som bruker store doser av smertestillende medisiner. Samlet tilsier disse funnene at det er et stort behov for en bedre forståelse for og oppmerksomhet rundt samspillet mellom kjønn og legemiddelbruk i alderdommen.

12.8 Verdighet ved livets slutt

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg som gis til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av fysiske smerter og plager hos pasienten er sentralt. Det samme er tiltak rettet mot psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle utfordringer.

Det skal så langt det er mulig legges til rette for at pasienten selv skal bestemme hvor hun vil motta omsorg ved livets slutt (904, 905). Mange ønsker å tilbringe sin siste levetid hjemme og å få dø i sitt eget hjem. De fleste i Norge dør på sykehjem (48 prosent) og sykehus (31 prosent) (904). Flere kvinner enn menn dør på sykehjem (906). I 2021 var det fortsatt bare 15 prosent av dødsfallene i Norge som ble klassifisert som dødsfall i private hjem (863).

Muligheten for å kunne dø hjemme øker når både pasienten og deres pårørende ønsker det, og når pårørende kan gi omsorg og støtte. Tverrfaglige team som har kompetanse i palliasjon og som kan tilby behandling i pasientens hjem, øker også muligheten for å kunne dø hjemme (907). Det er likevel viktig å presisere at ikke alle ønsker å tilbringe sin siste levetid hjemme. Noen ganger er det heller ikke mulig (906). Å kunne dø på sitt foretrukne sted må vektlegges i fremtidig planlegging av palliativ behandling, pleie og omsorg (906).

Alle mennesker skal bli lyttet til og respektert for de ønsker og behov de har. I forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien) presiseres det at eldre mennesker har rett til lindrende behandling og en verdig død. Helse- og omsorgstjenesten skal derfor utforme en omsorgspraksis som gjør dette mulig (908). Å bevare verdigheten til mennesker som lever med alvorlig, uhelbredelig sykdom skal være et ledende prinsipp i lindrende behandling og omsorg (905).

Opplevelsen av å bli sett som et helt menneske og ikke bare som et alvorlig sykt og døende individ, er grunnleggende viktig for opplevelsen av verdighet. Det viser en studie blant hjemmeboende eldre kvinner med uhelbredelig kreft (909–912). Opplevelsen av selvbestemmelse og å fortsatt ha kontroll i sitt eget hjem, er andre viktige faktorer for verdighet i livets siste fase. For kvinnene som deltok i studien, var likevel kvaliteten i behandling, pleie og omsorg enda viktigere enn å tilbringe sin siste levetid i eget hjem. Så lenge de opplevde at helse- og omsorgstjenesten møtte deres behov for lindrende behandling, pleie og omsorg, ville de være hjemme. Kvinnene ga også uttrykk for at hvis de opplevde å være til byrde for andre, for eksempel for sine pårørende, ville de ikke være hjemme den siste tiden.

12.9 Utvalgets vurdering

I dette kapitlet har utvalget tatt for seg kvinners helse fra begynnelsen av pensjonisttilværelsen og inn i alderdommen. Alderdommen er en fase i livet der kvinners reproduktive funksjon for lengst er tilbakelagt, og der kjønn får mindre plass i forståelsen og omtalen av helseutfordringer. Kunnskapen om kjønns betydning for helse er særlig mangelfull i denne delen av kvinnelivet.

12.9.1 Kunnskap om eldre kvinner

Utvalgets gjennomgang av forskningslitteratur tilsier at kjønn i samspill med alder i betydelig grad påvirker risiko for sykdom, sykdomsforløp, behov for behandling og virkning av legemidler. Kjønn har også betydning for hvem som tilbyr, og hvem som mottar formelt og uformelt omsorgsarbeid i alderdommen. I dag er kjønn mer eller mindre fraværende i politiske dokumenter som omhandler eldre personers helse. Utvalget understreker at økt kunnskap om hvordan kjønn i samspill med alder har betydning for helse, kan styrke mulighetene til bedre å forstå, forebygge og behandle helseutfordringer hos både kvinner og menn i alderdommen.

Utvalget vil understreke viktigheten av å styrke kunnskap og oppfølging av eldre kvinners psykiske helse. Utvalget merker seg at vi vet for lite om hvorfor eldre kvinner mottar mindre behandling i psykisk helsevern enn yngre. Vi trenger mer kunnskap om hvorvidt dette kommer av lavere forekomst av psykiske lidelser blant eldre, at det opplevde behovet for hjelp er mindre, om det er relatert til manglende kunnskap om

hjelpeapparatet, om det handler om stigma knyttet til psykisk helse i alderdommen spesielt, eller om det har andre årsaker.

Utvalget registrerer at det vil bli dobbelt så mange personer med demens i Norge fram mot 2040. Mye tyder på at høyere forekomst av demens blant kvinner ikke bare kommer av at kvinner lever lenger. Utvalget ser med interesse på forskningen (913) som tyder på at det er forskjeller i forekomst, sykdomsforløp og behandlingsrespons mellom kjønnene. Her ligger det store muligheter for å utvikle ny kunnskap og å iverksette målrettede, forebyggende tiltak og behandling som kan ha positive gevinster for den enkelte og for samfunnet.

Utvalget merker også at sykehjemsbeboere er en svært sårbar gruppe som vi vet lite om. De fleste som bor på sykehjem og de fleste ansatte, er kvinner. Vi trenger mer kunnskap for å sikre at beboere, pårørende til beboere og ansatte på sykehjem blir best mulig ivaretatt. Utvalget understreker behovet for økt kunnskap om eldre kvinners behandlings- og omsorgsbehov. Det bør satses langt mer på implementeringsforskning som sikrer at brukerne får nytte av forskningen, ved at forskningsbasert kunnskap blir en integrert del av praksis – en kunnskapsbasert praksis.

Se utvalgets anbefalte tiltak 57: Opprette et forskningsprogram om eldre kvinners helse.

12.9.2 Multimorbiditet og legemidler

Historisk har legemidler blitt utviklet for og utprøvd på menn. I dag vet vi imidlertid at det er betydelige kjønnsforskjeller relatert til effekt og bivirkninger av legemidler (901). Flere studier (914, 915) har vist at kvinner, spesielt eldre kvinner (916), er særlig utsatte for negative effekter av legemiddelbehandling.

Eldre kvinner i Norge er storforbrukere av legemidler. Det er et paradoks at vi vet minst om hvordan sykdom arter seg og om legemidlenes effekt og bivirkninger hos dem som bruker flest helsetjenester og mest medisiner. Folkehelseinstituttets kartlegging av behandling av sykdommer hos kvinner har avdekket store kunnskapshull i forskning om effekt av behandling av sykdommer som rammer eldre kvinner (9).

Særsilt lite vet vi om kvinner som bor på sykehjem, og det finnes ingen nasjonal oversikt over medisinbruk i sykehjemmene. Vi har også begrenset kunnskap om samlet legemiddelbruk hos eldre kvinner innlagt på sykehus. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne ulike institusjoners medikamentbruk med tanke på å forbedre prak-

sis. Det gjør det også vanskelig å etablere nye styringsverktøy som sikrer trygg og riktig legemiddelbruk i alle sykehjem.

Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang er viktige verktøy som bidrar til trygg og effektiv legemiddelbruk. Utvalget mener det bør vurderes å innføre økonomiske insentiver for å gjennomføre en grundig legemiddelgjennomgang på sengepost og å sikre god kommunikasjon av denne til fastlege.

Se utvalgets anbefalte tiltak 58: Hyppig, rutinemessig og systematisk medikamentgjennomgang hos eldre.

12.9.3 Geriatri

Selv om det rapporteres om en positiv utvikling i antall geriater i Norge, merker utvalget seg at det fortsatt er betydelig behov for både geriater og geriatriisk kompetanse. Det tar lang tid å utdanne geriater, antallet utdanningsstillinger – og faste overlegestillinger – er lavt. Flere store sykehus med akuttfunksjon har ikke egen akuttgeriatriisk avdeling. Veldokumenterte behandlingstilbud blir ikke etablert. Dette vurderes som svært uheldig – etterspørselen etter dyktige geriater vil fortsette å øke ettersom levealderen i befolkningen øker, og det blir flere eldre som lever med multimorbiditet med eller uten kompliserende skrøpelighet. Mangelen på geriater og annet helsepersonell med videreutdanning i geriatri og geriatriisk kunnskap vil kunne få alvorlige følger for de eldste kvinnene, som utgjør størstedelen av den eldste befolkningen. Det er behov for målrettede grep for å sikre tilstrekkelig geriatriisk kompetanse både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Se utvalgets anbefalte tiltak 55: Sikre geriatriisk kompetanse i helse- og omsorgstjenesten.

12.9.4 Vold mot eldre kvinner

Som vist i kapittel 5, setter volden dype spor også i alderdommen. Vi vet at de som utsettes for vold etter fylte 65 år, vurderer sin helse som langt dårligere enn de som ikke er utsatt for vold. Å fortelle til andre at man har blitt utsatt for vold, kan være vanskelig for mange eldre kvinner. Det er derfor behov for rutiner som sikrer at helse- og omsorgspersonell undersøker om eldre pasienter har erfart å bli utsatt for vold eller overgrep, eller opplever en fare for å bli utsatt for dette.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 56 Innføre retningslinjer for helse- og omsorgspersonell som sikrer at alle eldre pasienter blir spurt om de har erfaring med vold eller overgrep.

12.9.5 Riktig bolig – riktig kosthold

Utvalget understreker behovet for å sikre riktig og forsvarlig boform for eldre kvinner ut fra den enkeltes behov og tilstand, slik dette kommer fram i Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien) (908). Riktig og forsvarlig boform er en viktig forutsetning for at man i alderdommen skal kunne opprettholde dagliglivets aktiviteter i trygge og tilrettelagte omgivelser.

I alderdommen er også riktig kosthold en svært viktig faktor for helse og livskvalitet. Underernæring medfører betydelig helserisiko og øker faren for sykdom og død. Utvalget understreker at alle eldre skal sikres variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp til måltider. Denne garantien gjelder både for eldre som bor i eget hjem, eldre som bor på institusjon, og eldre som har en annen boform. Utvalget understreker viktigheten av at institusjoner tilbyr næringsrike, appetittvekkende måltider, at de skaper gode sosiale rammer for måltidene og har tilstrekkelig personell som kan gi bistå under måltidene, slik at eldre menneskers måltider blir positive opplevelser, og

samtidig sikrer at den enkelte får i seg tilstrekkelig næring.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 59 Nasjonale retningslinjer for å sikre riktig bolig og kosthold for eldre.

12.9.6 Verdighetsbevarende omsorg ved livets slutt

Det er viktig at helse- og omsorgspersonell har god kunnskap om verdighetsbevarende omsorg til eldre kvinner som lever med alvorlig, uhelbredelig sykdom. Det er også viktig at personellet har tilstrekkelige ressurser til og kunnskap om hvordan de kan etablere en omsorgskultur som gir personsentrert omsorg ved livets slutt. Dette er viktige forutsetninger for å kunne etablere en verdighetsbevarende omsorgspraksis i møte med disse kvinnene. Nasjonale føringer for helse- og omsorgstjenesten, og for helse- og omsorgsfaglige utdanninger, vil her være viktige tiltak (909–912).

Se utvalgets anbefalte tiltak: 60 Kvalitetsutviklingsprosjekt for å sikre verdighetsbevarende omsorg ved livets slutt.

Kapittel 13

Samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv

13.1 Innledning

I Norge har vi et urfolk – den samiske befolkningen. I dette kapitlet ser utvalget nærmere på hva vi vet om samiske kvinners helse, levekår og behov. Tematikken knytter seg til det å være urfolkskvinne i en minoritet som har vært utsatt for en fornorskingsprosess som har preget og fortsatt preger samfunnsliv, relasjoner, familie og helse. Diskriminering og mangelfull kunnskap om samisk språk, historikk og kultur i tjenestene påvirker samiske kvinners helse i dag. Nasjonale helsemyndigheter er gjennom internasjonale konvensjoner og nasjonalt lovverk forpliktet til å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen. De skal også sørge for at det samiske perspektivet ivaretas i helsepolitiske satsinger og i nasjonale planer og strategier. Samtidig vet vi at den samiske befolkningen er en heterogen gruppe som er bosatt over hele landet, og at det er forskjeller i levestett innad i den samiske befolkningen. Dette aktualiserer flere spørsmål om på hvilket kunnskapsgrunnlag en skal utforme helsetjenester som tilrettelegger for god helse blant samiske kvinner i Norge.

13.1.1 Hvorfor et eget kapittel om samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv?

Utvalget er bedt om å se på helse blant urfolk i et kjønnsperspektiv. Det er mange faktorer som påvirker muligheten til god helse. Både biologiske forhold, livsførsel og sosiale forhold har betydning for helse. Men også opplevelsen av trygghet og tillit i et samfunn og muligheten til å få utvikle seg og være den man er, er viktige faktorer. På dette punktet har ikke den samiske befolkningen hatt de samme forutsetningene for god helse som majoritetsbefolkningen. Mange av helseutfordringene som er beskrevet gjennom ulike livsløp i utredningen, er også relevante for samiske kvinner. Utvalget legger imidlertid til grunn at det er store mangler i kunnskapen som foreligger om

Boks 13.1 Et sunt og sterkt samisk samfunn

«Samiske kvinners helse er blant annet viktig fordi kvinner er selve forbindelsen vår til framtiden. Det er kvinner som føder håpet om et livskraftig, sunt og sterkt samisk samfunn. Dette skjer rent fysisk og gjennom styrken til å ta vare på vår aller viktigste framtidsressurs: våre barn. Vi må derfor ha et helsetilbud som er tilpasset oss og de behovene vi har. Samiske kvinner er i større grad bosatt lenger unna helsetilbud, det er større mangel i samiske områder på samiske jordmødre og tilpassede fødetilbud og vi hører til en gruppe som i for liten grad får oppmerksomhet eller prioritet hos beslutningstakere, forskere og i helsesystemene.»

Sametingspresident Silje Karine Muotka

samiske kvinners helse. Utvalget har sett det som mest hensiktsmessig å behandle samiske kvinners helse som et eget kapittel i utredningen for å ivareta urfolksperspektivet på en god måte og for å belyse behovet for mer kunnskap.

13.2 Om samiske samfunn

Den samiske befolkningen er en heterogen gruppe på lik linje med andre etniske grupper. Vi vet ikke nøyaktig hvor mange samiske personer som bor i Norge, fordi det ikke foretas offisiell registrering av hvem som har samisk identitet eller bakgrunn. Samer bor over hele landet, men de mest konsentrerte samiske bosettingsområdene finnes nord for Saltfjellet og i Nordland, Troms og Finnmark. Statistisk sentralbyrå lager statistikk om forhold i geografiske områder som

Tabell 13.1 Forvaltningsområder for samisk språk

Troms og Finnmark	Nordland	Trøndelag
Gáivuotna/Kåfjord	Hábmer/Hamarøy	Snåase/Snåsa
Loabák/Lavangen	Aarborte/Hattfjelldal	Raarvihke/Røyrvik
Guovdageaidnu/Kautokeino		Rossen tjielte/Røros
Karášjohka/Karasjok		
Deatnu/Tana		
Unjárga/Nesseby,		
Porsáŋgu/Porsanger		
Dielddanuorri/Tjeldsund		

Kilde: Sametinget (918)

er definert som samiske, kalt STN-området¹ (917). Per januar 2021 var folketallet i dette området rundt 50 000.

Bosettingsmønstrene i den samiske befolkningen er i endring, og det er tilbakegang i folketallet i STN-området. Årsaken til dette er en kombinasjon av fødselsunderskudd og utflytting (917). STN-området er også forvaltningsområdet for samiske språk (se tabell 13.1). De mest brukte samiske språkene i Norge er nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Pitesamisk, umesamisk og skoltesamisk, også kjent som østsamisk, er i en vitaliseringsfase i Norge. Alle som bor i forvaltningsområdet for samisk språk, har rett til å bli betjent på samisk når de henvender seg til offentlige etater.

13.2.1 Et likeverdig helsetilbud – betydningen av språk- og kulturkompetanse

I Norge har det vært et mål å gi et tilrettelagt tjenestetilbud til den samiske befolkningen innenfor de etablerte helsetjenestene framfor å utvikle egne tjenester spesifikt for samene. Dette forutsetter at den samiske befolkningen blir møtt av tjenesteytere som har samisk språk- og kulturkompetanse. Arbeidet med å styrke samisk språk- og kulturkompetanse i helsetjenestene har pågått over mange tiår. I dag er Helse Nord RHF gitt et særlig ansvar for å ivareta utviklingen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

Helse Nord har i samarbeid med de tre andre regionale helseforetakene og Sametinget utarbeidet strategien Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Her beskrives en rekke tiltak som kan bidra til å videreutvikle spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Dette handler blant annet om å kunne forstå og tolke ulike væremåter og handlinger, observere og forstå samhandling, innhente kunnskap om symptomer, identifisere risikofaktorer og alvorlighetsgrad av symptomer og å drøfte ulike løsningsforslag (919).

Samisk kulturkompetanse forutsetter kunnskap om samfunnsstrukturer i den samiske befolkningen. Den samiske storfamilien har vært og er stadig utgangspunkt for organisering rundt forpliktelser, rettigheter, goder og identitet i samisk kultur. Eldre verdsettes som sentrale kunnskapskilder, og kvinner har en sentral rolle i familien. Også nærhet til naturen er viktig. Reindrift og andre primærnæringer og ønske om

tjenester til den samiske befolkningen. Dette handler blant annet om å kunne forstå og tolke ulike væremåter og handlinger, observere og forstå samhandling, innhente kunnskap om symptomer, identifisere risikofaktorer og alvorlighetsgrad av symptomer og å drøfte ulike løsningsforslag (919).

Boks 13.2 Fornorskingspolitikken

Fornorskingspolitikken var en offentlig språklig og kulturell assimileringsspolitikk som norske myndigheter førte overfor samer og andre minoriteter i om lag 100 år fra 1850 (921). Politikken innebar at samisk befolkning måtte gi opp språk, religion og andre sider ved egen kultur. I dag er samenes status som urfolk beskyttet av både nasjonalt og internasjonalt lovverk, og det er anerkjent at Norge er grunnlagt på territoriet til to folk – samer og nordmenn. Begge folkene har den samme retten til å kunne utvikle sin kultur og sitt samfunnsliv. Stortinget opprettet i 2018 Sannhets- og forsoningskommisjonen som skal granske fornorskingspolitikk og urett overfor samer og kvener/norskfinner. Senere har også skogfinner blitt inkludert i mandatet. Kommisjonen skal levere sin utredning innen 1. juni 2023.

¹ STN-området er også Sametingets virkeområde for tilskudd til næringsutvikling.

selvberging står sentralt. Kulturen bygger også på åndelighet, skjebnetro, og folkemedisin.

Kompetanse til å møte den samiske befolkningen inkluderer også kunnskap om fornorskingspolitikken overfor samene. Forskning peker på at erfaringer med fornorsking og marginalisering kan ha betydning for samers møte med helse- og omsorgstjenesten (920). For eksempel vil tap av identitet, betydningen av maktforhold overfor myndighetspersoner og kulturelle tabuer kunne påvirke dialogen med helsepersonell.

13.2.2 Rettslige rammer

Gjennom ratifiseringen av ILO-konvensjon² nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater har norske myndigheter anerkjent at samene har en særstilling som urfolk. Myndighetene har forpliktet seg til å legge til rette for at samene skal ha mulighet til å ta vare på og utvikle sin kultur og sitt samfunn på egne premisser. Av ILO-konvensjonen nr. 169 artikkel 25 følger det at utforming og gjennomføring av helsetjenester for urfolk skal skje under urfolks eget ansvar og kontroll, slik at urfolk kan nyte godt av så høy fysisk og mental helsemessig standard som mulig. Dette følger også av FNs erklæring om rettighetene til urfolk som regjeringen har gitt sin tilslutning til.

Samiske pasienters rettigheter er også tydelig regulert i norske lovbestemmelser. Sameloven § 3-5 gir pasient en rett til å bli betjent på samisk i kontakt med offentlige helseinstitusjoner. Denne retten er også ivaretatt i helseforetaksloven § 35, 3. ledd som sier at regionale helseforetak skal sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten, blir ivaretatt, jf. sameloven § 3-1 nr. 4 og § 3-5. Videre er det regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 at informasjon til pasienter og brukere skal være tilpasset deres kultur- og språkbakgrunn. Å ha mulighet til å kommunisere på eget morsmål vil ha betydning for at samiske pasienter skal få et tjenestetilbud av god kvalitet. God kommunikasjon er nødvendig for trygge tjenester.

13.3 Kunnskap om samiske kvinners helse

Kunnskapen om samiske kvinners helse er mangelfull. Dette skyldes både at omfanget av forskning har vært begrenset, og mye av forsk-

ningen ligger tilbake i tid. Den siste helse- og levekårsundersøkelsen, SAMINOR, som er en viktig kilde til kunnskap om helse og levkår blant den samiske befolkningen, ble gjennomført i 2012–2014. Undersøkelsen gjennomføres i områder med både samisk og ikke-samisk befolkning.

En annen utfordring er at det ikke er lov å registrere etnisitet i nasjonale registre. Det er kun mulig å samle data gjennom spesialdesignede studier, som er laget med formål å gi kunnskap om den samiske befolkningen spesielt, og om den fleretniske befolkningen generelt. SAMINOR har derfor 11 spørsmål om språk, etnisk bakgrunn og selvidentifisert tilhørighet. Spørsmålene gjør det mulig å gruppere deltakerne i samisk og ikke-samiske grupper, kjønn og aldersgrupper. Kunnskapen som det refereres til i dette kapitlet, er innhentet fra Senter for samisk helseforskning ved Universitetet i Tromsø, samt annen forskning og undersøkelser.

13.3.1 Bruk av helse- og omsorgstjenester

Den samiske befolkningen bruker helsetjenester i omtrent samme grad som majoritetsbefolkningen (920). For eksempel viser en studie at bruk av helsetjenester i samiske kommuner er over landsgjennomsnittet, men ikke høyere enn i ikke-samiske kommuner i samme geografiske område (922). En annen studie viser at det ikke er forskjell mellom befolkningen i samiske og ikke-samiske språkkommuner når det gjelder henvisning til spesialisthelsetjenesten for somatiske plager og lidelser. De finner imidlertid forskjeller innad i kommunene, på tvers av samisk eller ikke-samisk bakgrunn (923). Det var generelt flere kvinner enn menn som ble henvist til spesialisthelsetjenesten, noe som samsvarer med tendensen i resten av befolkningen. En undersøkelse av tilfredshet med den kommunale legetjenesten i områder med samisk og norsk befolkning viser at samisktalende pasienter var mindre fornøyde med tjenesten, enn norsktalende (924, 925).

I NOU 2016: 8 *Hjertespråket* var en bekymret for at det var for lite tilrettelegging for bruk av samisk språk generelt, men særlig for sør- og lulesamisk språk- og kulturforståelse i helse- og omsorgstjenesten. Det finnes en del litteratur som drøfter at den samiske befolkningen kan ha et annet syn på og forståelse av helse, sykdom og behandling enn majoritetsbefolkningen (926, 927). Det påpekes imidlertid at en bør være forsiktig med å anta at dette er noe som gjelder alle samer (920, 928, 929).

² Den internasjonale arbeidsorganisasjonen, ILO, er et FN-byrå som jobber med saker relatert til arbeid.

Boks 13.3 Kvinnestemme

«Å miste sitt barn kun 30 timer etter fødselen er en sorg man har med seg hele livet. Vi mistet vår førstefødte datter Stine i 2001. Stine hadde en cyste i lillehjernen, noe som ikke ble oppdaget i forbindelse med oppfølgingen under svangerskapet. Vi fikk et ordinært oppfølgings-tilbud, men jeg hadde høyt symfyse-fundus mål, og jeg gikk noen ganger ekstra til legen fordi jeg syntes jeg kjente lite liv i magen. Jeg fikk da spørsmål om hvordan jeg kunne vite at det var lite liv, siden jeg var førstegangsfødende, men jeg fikk ikke tilbud om ny ultralydundersøkelse.

Mange ganger har jeg tenkt på om jeg burde vist mer tydelig hva jeg følte om den uroen jeg kjente på. Hvis jeg hadde grått, så hadde vi kanskje fått tilbud om ekstra ultralyd og informasjon om det hele tidligere.

Det ble oppdaget på overtidskontroll, og Stine ble forløst med keisersnitt. Vi ble orientert om at det var dårlige prognoser, og måtte dermed ta stilling til om vår datter skulle kobles av respiratoren. Det ga oss litt tid til avskjed, og mulighet til nøddåp. Sykehuspresten gjorde så godt hun kunne, og forsøkte også å ta hensyn til vår samiske bakgrunn. Alle de ansatte på nyfødt-intensiven gjorde det de kunne for at vi skulle få muligheten til å ta avskjed. Det betydde mye at også overleger og sykepleiere sørget sammen med oss.

I ettertid var jeg mye plaget av tanker om årsaken til at Stine døde.

Også tanker om obduksjonen som måtte gjennomføres, plaget meg. Samer har gjennom historien vært utsatt for uetisk forskning. Vi ga allerede på sykehuset beskjed om at vi ikke ønsket at organer skulle fjernes fra kroppen,

eller brukes til andre formål uten at vi hadde gitt eksplisitt samtykke til dette. Jeg hadde et ønske om at babykroppen skulle begraves i hel form, i tråd med samisk tenkning om hva som skjer etter døden. Jeg fikk svar fra fylkeslegen og det synes jeg var bra.

I et påfølgende svangerskap fikk vi tilbud om genetisk veiledning, men selve veiledningssamtalen kom først i sjuende svangerskaps-måned. I denne sammenhengen opplevde vi at utvidet familie var skeptiske til genetisk kartlegging og sykdomsinformasjon. Det kan ha sammenheng med erfaringer fra andre verdenskrig, men kanskje også en skepsis til hva disse dataene ville innebære. I samtalen med genetikeren ble det gjort et poeng av den samiske bakgrunnen. Det ble spurt om det at vi begge kom fra en liten bygd kunne innebære slektskap som kunne medføre utfordringer. Det var merkelig, for genetikeren måtte jo kunne se av genprøvene at vi ikke har noen form for slektskap. Vi samer har også svært god oversikt over slektskap på alle mulige måter. Jeg synes ikke akkurat dette ble håndtert på beste vis.

I påfølgende svangerskap har UNN og helsevesenet gjort en veldig god jobb for å kunne ivareta oss og barna med styrket bemanning og ekstra kontroller. Det som særlig har hatt stor betydning har vært tilbudet om oppfølging i svangerskapet fra jordmødre med psykiatrisk videreutdanning. De har vært helt uvurderlige for at vi heldigvis fikk to friske barn etter å ha mistet den førstefødte.»

Kvinne, 47 år

13.3.2 Fysisk helse

Det er lite som tyder på forskjeller mellom den samiske befolkningen og majoritetsbefolkningen i forventet levetid, helsetilstand og forekomst av sykdom (920, 923, 928, 929). Tall fra SAMINOR-undersøkelsen viser at det er små forskjeller i hvordan den samiske befolkningen vurderer egen helse, sammenliknet med majoritetsbefolkningen (930). Helseforskjellene man ser mellom urfolk og majoritetsbefolkningen i andre land finner en ikke Norge. Det har sammenheng med de relativt

sett bedre sosioøkonomiske forholdene som den samiske befolkningen lever under i Norge i dag (929).

Samtidig vet vi at det er relativt store individuelle og lokale språklige, kulturelle og næringsmessige variasjoner innad i den samiske befolkningen (920). Dette gir grunn til å forvente at det også kan være forskjeller i helsetilstand mellom ulike grupper innad i den samiske befolkningen, men her er kunnskapen svært begrenset. Kvinner i samiske distriktskommuner føder i gjennomsnitt flere barn enn kvinner generelt i Norge. Kvinner

som har flyttet til en by, har færre barn enn de som har blitt boende i samiske områder (931). Vi vet lite spesifikt om det er andre utfordringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen for samiske kvinner, men i debatten om reisevei til fødetilbud, har enkelte løftet dette også i et samisk perspektiv (932). Det er også store kunnskapshull når det gjelder kroniske smerter hos samiske kvinner, men en høyere andel samiske kvinner rapporterte om mage- og underlivssmerter sammenliknet med ikke-samiske kvinner (933).

13.3.3 Psykisk helse

Studier av psykiske plager og lidelser blant samer danner et sammensatt bilde som indikerer at det trolig er betydelige forskjeller i ulike deler av den samiske befolkningen. En studie peker på at samer som bor i samiske kjerneområder, har bedre psykisk helse enn de som bor i områder hvor samer er en minoritet (934).

Samtidig rapporterer en del forskning som har sett på reindriftssamer spesifikt, om betydelige helsemessige, økonomiske og samfunnsmessige belastninger på grunn av næringskonflikter, rettighetskamper og kamp om beiteområder. Press mot levestett oppleves for mange som sterkt mentalt belastende, og mange unge mister troen på framtiden (935, 936). Dette peker mot noen egne utfordringer knyttet til psykiske helsebelastninger i denne gruppen. Det finnes noe kunnskap om menn i reindriftsnæringen, men vi har lite kunnskap om levekår og helse for samiske kvinner i reindriften.

Forskning på psykiske plager og lidelser blant unge samer viser at det ikke er store forskjeller mellom samiske og ikke-samiske elever (934, 937). En studie finner at unge samiske jenter rapporterer flere symptomer på depresjon, angst og stress enn samiske gutter gjør. Det er flest som rapporterer om depresjon, tett fulgt av stress. Samtidig rapporterer samiske ungdommer om en

selvfølelse og livstilfredshet som kan anses som normal (938).

13.3.4 Selvmordsatferd i den samiske befolkningen

Selvmordsatferd har vært omtalt som et økende folkehelseproblem blant urfolk i hele Arktis. I samiske områder har utviklingen vært moderat (939), men blant enkelte grupper i den samiske befolkningen er selvmordsatferd et økende problem.

En registerstudie (1970–1998) fant at samer i Nord-Norge hadde en moderat økt risiko for selvmord, sammenliknet med den øvrige befolkningen (940). Studien viste at det var tydelige forskjeller i den samiske befolkningen, knyttet til selvmordsatferd og alder, kjønn og bosted. Det var betydelig økt selvmordsdødelighet blant menn som var bosatt i samiske kjerneområder. For både samiske menn og kvinner var det høyere selvmordsdødelighet i de yngre aldersgruppene (15–24 år) (940). Forskere har pekt på at reindriftsutøvere som bodde i sørsamiske områder og hadde opplevd diskriminering, hadde forhøyet risiko for selvmord (941). En studie fra samiske områder i Norge fant at selvmord blant samer kan ses i sammenheng med samers status som minoritet og urfolk i Norge, og knyttes til belastninger som følge av historiske traumer (942). Fornorskningen, diskriminering på individnivå og strukturelt nivå fra majoritetsbefolkningen, samt intern diskriminering, holdes fram som årsaksfaktorer.

13.4 Diskriminering

Samenes og de nasjonale minoritetenes rettigheter har i all hovedsak bred støtte i befolkningen. Samtidig er det mange som har lite kunnskap om samer og nasjonale minoriteter, og negative og stereotypiske holdninger mot disse gruppene er relativt utbredt (943).

Flere undersøkelser dokumenterer at den samiske befolkningen opplever diskriminering (352, 944–946). I en studie rapporterte halvparten av informantene med «sterk samisk tilknytning»³ at de hadde opplevd en eller annen form for diskriminering (947). For de som regnet seg som samiske, men ikke selv snakket samisk, rapporterte en tredel om diskriminering. For deltakere uten samisk bakgrunn var tallet 14 prosent. Etnisk

Boks 13.4 Amatheas tilbud til samiske kvinner

Amatheia er en lavterskel helsetjeneste som supplerer det offentlige tilbudet til kvinner før og etter abort. For å styrke tilbudet til samiske kvinner har Amatheia ansatte med samisk kulturforståelse og nordsamisk språkkompetanse. Alt materiell er også tilgjengelig på nordsamisk.

³ De som rapporterer samisk etnisk bakgrunn, både snakker samisk hjemme og regner seg selv som samisk.

bakgrunn ble beskrevet som den hyppigste årsaken til diskriminering, men også kjønnsdiskriminering og diskriminering på grunn av geografisk tilhørighet var mer vanlig blant samer enn øvrige deltakere (947).

Det forekommer også diskriminering av ulike grupper innenfor den samiske befolkningen. En undersøkelse i regi av Nordens velferdssenter viser at personer med funksjonsnedsettelse og samisk bakgrunn er mer utsatt for mobbing og vold enn andre, og samiske kvinner med funksjonsnedsettelse var mer utsatt enn samiske menn (948).

Diskriminering kan få helsekonsekvenser for den enkelte. Forskere peker på at diskriminering er assosiert med svekket fysisk og psykisk helse i den samiske befolkningen (949, 950). En studie peker på at mange samer opplever høyere stressnivå og depresjon som følge av diskriminering. En studie konkluderer med at samisk ungdom som opplevde diskriminering, slet mer med både angst, depresjon og atferdsvansker (937). Negative effekter av opplevd etnisk diskriminering og samehets kan være ensomhet, marginalisering og mindreverdsfølelse (938).

13.4.1 Opplevd diskriminering blant samisk ungdom

Samisk ungdom rapporterer om mer opplevd mobbing og diskriminering enn ikke-samisk ungdom (938, 951, 952). Negative effekter av opplevd

diskriminering er blant annet opplevelsen av usynliggjøring, utenforskap og marginalisering, ensomhet, annerledeshet, skam og mindreverdsfølelse. Assimilasjon og kulturell segregering har også en negativ effekt på psykisk helse. Samtidig vet vi at samisk språkkompetanse og deltakelse i kulturelle aktiviteter beskytter mot angst og depresjon (938, 952). I en nyere undersøkelse forteller samisk ungdom at de har ulike erfaringer med diskriminering, mobbing, netthets og hatytringer. Samtidig er det felles for mange at de har opplevd diskriminering på bakgrunn av sin samiske identitet, og at dette forekommer på ulike arenaer som skole, i lokalsamfunnet og på internett (15).

13.5 Om vold og overgrep i samiske samfunn

Vold og overgrep mot kvinner er en betydelig risikofaktor for helseplager og et omfattende samfunnsproblem i Norge. Det finnes begrenset med data om omfanget av vold i samiske samfunn. Dataene som finnes, viser at samiske kvinner har høyere risiko for å bli utsatt for vold, enn kvinner i majoritetsbefolkningen (955, 956).

Samiske kvinner rapporterer høyere forekomst av fysisk, psykisk og seksuell vold enn personer med ikke-samisk bakgrunn i samme geografiske område (956). Blant de samiske kvinnene rapporterte 49 prosent at de var blitt utsatt for

Boks 13.5 Idealet om å være sterk

Tradisjonelt har det å klare seg selv og ikke være til bry stått sentralt i samisk kultur, og det står til dels fremdeles sentralt. For mange samiske kvinner er det et ideal å være sterk, å kunne tåle mye og ikke vise svakhet. Også mannsidealet er forbundet med forventninger om at menn skal være sterke og takle utfordringer (953). Dette har også relevans for kommunikasjon om helse og omsorg. En studie som undersøker samisk forståelse når det gjelder helse og sykdom, peker på at «omsorg ytes av de nærmeste, uten at hjelp blir bedt om eller tilbudt direkte. Nærhet og taushet betraktes som god og passende kommunikasjon, som verner om egne og andres følelser og styrke» (926). Dette har også vært omtalt som en form for taushetskultur (954).

Boks 13.6 Tysfjordsaken

I juni 2016 sto flere personer fram og fortalte at de var blitt utsatt for grove seksuelle overgrep over flere år i Tysfjord kommune. Politiet har i ettertid avdekket 151 overgrepssaker, ti saker om familievold, trusler og brudd på varslingsplikten i Tysfjord kommune, med til sammen 82 fornærmede og 92 mistenkte personer. I mange av sakene var det nære relasjoner mellom gjerningsperson og offer (957, 958). Både forskning, Tysfjordsaken og fortellingene fra samiske voldsofre har bidratt til økt oppmerksomhet rundt problematikken, blant annet fra nasjonale myndigheter, Sametinget, Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter (NIM), Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (SANKS) og andre samiske interesseorganisasjoner.

Boks 13.7 Innsats mot vold og overgrep i samiske samfunn

I Frihet fra vold – Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024 er forebygging og bekjempelse av vold og overgrep i samiske samfunn et eget innsatsområde. Her pekes det på et behov for mer forskning, styrket innsats rettet mot tjenesteapparatets kompetanse i samisk språk, kultur og samfunnsforhold, samt styrket kapasitet og tilgjengelighet i tjenestene (123).

vold, sammenliknet med 35 prosent av de ikke-samiske kvinnene. 22 prosent av de samiske kvinnene rapporterte at de hadde opplevd seksuell vold, mens andelen var 16 prosent blant de ikke-samiske kvinnene. Også flere i den samiske gruppen oppga at voldsutøver var ukjent, sammenliknet med svargruppen fra majoritetsbefolkningen. Også i et livsløpsperspektiv er samiske kvinner særlig utsatt for vold. En høyere andel av samiske kvinner, 13 prosent, har vært utsatt for vold *både* i barndom og som voksen sammen-

liknet med ikke-samiske kvinner, der andelen er 7 prosent (949).

En studie har pekt på at personer med samisk bakgrunn har høyere risiko for å bli utsatt for vold i barndommen, både fysisk, psykisk og seksuell vold (938). De fant videre at storfamilien og tette familieband kan fungere som barrierer og føre til at vold og overgrep ikke blir anmeldt. Litt over halvparten av respondentene i undersøkelsen rapporterte at de har opplevd emosjonell vold i løpet av livet. Rundt en av fire hadde opplevd fysisk vold, mens ca. 30 prosent rapporterte å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Flertallet som rapporterte seksuelle overgrep, var jenter. De som rapporterer om vold og overgrep i barndommen, hadde over tre ganger så høy risiko for psykiske helseplager sammenliknet med dem som ikke har vært utsatt for vold (959).

13.5.1 Helsekonsekvenser av vold

Det er stor risiko for psykiske helseplager blant personer som har vært utsatt for vold både i barndommen og i voksen alder. Depresjon og post-traumatisk stress forekommer ofte (960). Det er også en sterk sammenheng mellom helseplager og det å ha blitt utsatt for partnervold. Videre er det funnet at de som har vært utsatt for både vold i barndom og partnervold, har mer alvorlige

Boks 13.8 Kvinnestemme

«Jeg opplevde overgrep i midten av tenårene i Tysfjord. Jeg ble ikke plukket opp av helsevesenet, men stod alene i mange år. Den eneste jeg fortalte det til var en venninne. Noen år senere fikk jeg beskjed om at mannen hadde gjort det samme mot en annen jente, og jeg bestemte meg for å anmelde ham for å styrke saken mot ham. Jeg snakket ikke om dette med foreldrene mine på den tiden – det er ikke så vanlig å snakke om sånt i den samiske kulturen.

Selv etter at jeg anmeldte mannen, ble jeg ikke plukket opp av helsevesenet. Jeg ble derimot plukket opp av en eldre mann. Jeg ser flere unge jenter som ender opp i kontrollerende og voldelige forhold etter overgrep. I starten føltes det godt at noen tok valg for meg, men etter hvert utviklet det seg til kontroll. Kontroll over min økonomi, helse og bosted. Han forsøkte hele tiden å skremme meg bort fra å oppsøke hjelp, men jeg oppsøkte etter hvert helsehjelp.

Jeg har vært hos behandlere som mangler kulturforståelse, og det hjelper ikke. En behandler ventet bare på at jeg skulle åpne meg opp, men det er unaturlig i samisk kultur. Jeg hadde behov for drahjelp. Jeg fikk etter hvert en behandler med forståelse for samisk kultur. Han var ikke samisk selv, men hadde fått opplæring og inkluderte derfor det samiske i behandlingen. Det hjalp meg veldig å ikke måtte forklare alt om samisk kultur hele tiden.

Jeg var innlagt under rettssaken mot mannen. Da fant behandleren min fram kraftfull samisk musikk som vi hørte på sammen, og han ba meg hente styrke fra forfedrene mine.

Det jeg mener er viktigst, er at jenter som har blitt utsatt for overgrep, plukkes opp av helsevesenet tidlig, helst av noen med kulturforståelse. I dag går ting mye bedre.»

Kvinne, 27 år

Boks 13.9 Samiske pårørende

Også samiske pårørende kan oppleve utfordringer med å bli møtt på en god måte i helse- og omsorgstjenesten som følge av ansattes manglende språk- og kulturforståelse (21). I enkelte tilfeller har samiske pårørende vært brukt som tolk i møte med tjenestene, noe som kan oppleves som en belastning (963). Enkeltstudier har også pekt på at det er noen særlige utfordringer knyttet til samarbeid mellom pårørende og helsepersonell i demensomsorgen, og at dette særlig forekommer i kommuner med både norsk og samisk befolkning (964).

psykiske helseplager enn de som rapporterte partnervold, men ikke vold i barndom (961).

Det mangler forskning på årsakene til og konsekvensene av vold og overgrep i samiske samfunn (958, 962). Basert på intervjuer med ansatte i hjelpeapparat og politi i ulike områder med samisk befolkning, peker forskere på mangelfull samisk kulturkompetanse i tjenestene og beskriver små lokalmiljøer hvor «alle kjenner alle» som utfordrende (962). Lav tillit til stor-samfunnet som følge av fornorskingspolitikken trekkes også fram. Sentrale behov som påpekes,

er bedring av kommunikasjon og økt tillit mellom hjelpeapparatet og de som er berørt av vold, at ansatte i tjenestene må våge å gå inn i tabubelagte og sensitive temaer, og at det må satses på økt samarbeid og kunnskapsutveksling.

13.6 Utvalgets vurdering

Samlet vurderer utvalget at det foreligger store mangler i kunnskapen om samisk kvinnehelse. Mye av forskningen ligger tilbake i tid, og det er nødvendig med nyere forskning om samiske helseforhold. Dette gjelder både undersøkelser som kan si noe om samiske kvinners helse og levekår, og deres bruk og opplevelser i møte med helse- og omsorgstjenestene. Litteraturen som utvalget har sett hen til i dette kapitlet, peker mot forskjeller i den samiske befolkningen, og at forhold i den samiske befolkningen også er i endring. Utvalget mener dette i større grad må tas hensyn til i helse- og omsorgspolitikken rettet mot den samiske befolkningen. For eksempel kan endringer i bosettingsmønstrene i den samiske befolkningen medføre endringer i tilgangen på likeverdige helsetjenester for samiske kvinner, og at flere kommuner må styrke sin kompetanse på samisk språk og kultur, for å sikre et godt tjenestetilbud. Utvalget mener at helsetjenester som har kunnskap om ulike samiske samfunn, språk, kultur og historie må sikres. Utvalget vil trekke fram noen områder

Boks 13.10 Tjenestetilbud med spesialkompetanse i samisk språk og kultur

Det finnes i dag et tjenestetilbud med spesialkompetanse på samisk språk og kultur.

Sámi klinihkka tilbyr spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helse og rus/avhengighet til den samiske befolkningen. *Sámi klinihkka* arbeider for å fremme, utvikle og sikre likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Klinikken består av et spesialistlegesenter i Karasjok som tilbyr utredning og behandling innenfor somatikk.

Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus SANKS PHV/TSB tilbyr utredning og behandling innen psykisk helse og rus/avhengighet. Her finnes også en egen FoU-enhet (forskning og utredning) som arbeider med å fremme, utvikle og sikre likeverdige tjenester innen psykisk helsevern og rus/

avhengighet til den samiske befolkningen. Gjennom formidling av kunnskap og utvikling av ny forskning er målet å bidra til økt kompetanse om samers behov for språklig og kulturelt tilrettelagt diagnostikk og behandling.

Nasjonalt samisk kompetansesenter (NASAK) har som mål å styrke kvaliteten på tjenestenes arbeid med samiske barn, voksne og familier, og er et likeverdig tilbud til samisk befolkning i alle samiske områder. Kompetansesenteret er en utvidelse av Regionalt samisk kompetansesenter (RESAK) og ble opprettet i 2021. Senteret har ansvar for opplæring og veiledning av kommunalt og statlig barnevern, familievern og krisesentertilbud. Senteret bidrar også til utvikling av kunnskap og faglige føringer for praksis i tjenestene.

som det er mest presserende å øke kunnskapen om.

Vold og overgrep

Det er et svært mangelfullt kunnskapsgrunnlag om årsaker til og konsekvenser av forekomsten av vold og overgrep i samiske samfunn. Dette trekkes også fram i regjeringens handlingsplan mot vold. Utvalget vurderer dette som svært alvorlig, og understreker at økt kunnskap er en forutsetning for muligheten til god og likeverdig helse for samiske kvinner. Det er viktig å understreke at samiske kvinner er en svært heterogen gruppe med ulike språk- og kulturbakgrunn og ulike behov.

Samiske pårørende

Vi har mangelfull kunnskap om samiske kvinners rolle som omsorgsgivere ved sykdom i familien og i pårønderollen. Det handler både om omfang av omsorgsoppgaver, opplevd belastning samt hva samiske kvinner opplever som gode hjelpe- og støttetiltak fra helse- og omsorgstjenesten, for eksempel ved behov for avlastning. Det å be om hjelp utenfor slekta er svært vanskelig for mange.

Demens

Videre er det lite kunnskap om samiske kvinner med demens, både når det gjelder forekomst, utredning og ivaretagelse. Erfaring tilsier at tospråklige personer med demens går tilbake til sitt opprinnelige språk etter hvert som sykdommen utvikles. Vi vet at god kommunikasjon er en forutsetning for å utrede og diagnostisere demens. For at utredningen skal gi et godt grunnlag for å stille riktig diagnose, er det avgjørende at personen som utredes og de pårørende får bruke det språket de foretrekker, og at helse- og omsorgspersonell bruker kvalifisert tolk, dersom de ikke behersker språket.

Konsekvenser av fornorskingsprosessen

Hvordan fornorskingsprosessen har påvirket og fortsatt påvirker både yngre og eldre samiske kvinners forhold til helse- og omsorgstjenestene, bør utredes. Taushetskulturen kan være et pasientsikkerhetsproblem dersom tjenestene ikke har kunnskap om denne, og ikke er tilstrekkelig oppmerksom på hvordan denne påvirker kommunikasjonen.

Kvinner i reindriftsnæringen

Det beskjedne kunnskapsgrunnlaget som finnes om samer i reindriftsnæringen, peker mot at dette er en gruppe som møter utfordringer blant annet knyttet til næringskonflikter og press mot leve sett. Vi har noe kunnskap om menn i reindriften, men mangler kunnskap om samiske kvinner i reindriften.

13.7 Utvalgets anbefalte tiltak

Utvalget finner det hensiktsmessig å peke på noen tiltak med en generell innretning med mål om å ivareta muligheten til god og likeverdig helse i den samiske befolkningen. Etter utvalgets vurdering vil dette bidra til et løft for samiske kvinners helse. I tillegg mener utvalget det er nødvendig å peke på tiltak som retter seg mot sårbare grupper i den samiske befolkningen. Utvalget foreslår følgende tiltak:

Tiltak 61: Stimulere til mer forskning om samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv

Utvalget mener det er for lite kunnskap om forekomst av sykdommer, herunder kvinnesykdommer, blant samiske kvinner. Det trengs mer kunnskap om hvorvidt forekomst, symptomer og effektive behandlingstilbud av sykdommer hos samiske kvinner er annerledes enn hos kvinner i majoritetsbefolkningen, for eksempel kreft, hjerte- og karlidelser og rusmiddellidelser. Utvalget mener at også forbruk av helsetjenester bør kartlegges, for å få bredere forståelse av hvilke faktorer som påvirker hvordan og når samiske kvinner kontakter tjenestene. Slik kunnskap er nyttig for at kommunikasjon og utforming av tjenestene i større grad kan tilpasses kvinnenenes behov. Utvalget anbefaler å styrke Senter for samisk helseforskning og styrke tverrfaglige prosjekter om kvinnehelse og samisk helse i et kjønnsperspektiv. Oppdatert forskning må ligge til grunn for implementering av kunnskapsbasert praksis.

Tiltak 62: Sørge for systematikk i arbeidet med å sikre samisk språk- og kulturkompetanse i helse- og omsorgstjenestene

Internasjonale konvensjoner og nasjonalt lovverk slår fast at den samiske befolkningen har rett til å bli møtt av tjenesteytere som har samisk språk- og kulturkompetanse. Samtidig påpekes det i NOU

2016: 18 *Hjertespråket* at det er en utfordring at dette ikke blir tilstrekkelig fulgt opp (965). Utvalget mener det er nødvendig at nasjonale helse- og omsorgsmyndigheter i samarbeid med Sametinget utarbeider tydelige retningslinjer for å sørge for systematikk i arbeidet med å sikre at samisk språk- og kulturkompetanse blir ivaretatt både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Samiske kvinner skal sikres gode og kultursensitive helse- og omsorgstjenester. Dette må særlig prioriteres i tjenester hvor en møter sårbare kvinner, for eksempel i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen og når det gjelder tilgang til spesialiserte gynekologiske tjenester. Utvalget mener at endringer i samiske bosettingsmønstre gjør at denne tematikken er svært aktuell.

Utvalget ser behov for å videreutvikle og styrke tjenestetilbudet som har spisskompetanse på samisk språk og kultur, som for eksempel Sámi klinihkka og Nasjonalt samisk kompetansesenter (NASAK).

Tiltak 63: Styrke tilskuddsordningen for fagutvikling og kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene til samiske brukere

Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning med mål om å bidra til å bygge opp, implementere og styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til brukere med samisk språk- og kulturbakgrunn. Kommuner, fylkeskommuner, frivillige og ideelle organisasjoner og bedrifter kan søke om tilskudd. Ordningen støtter blant annet tiltak som kan bidra til innovasjon og/eller utviklingsarbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester til samiske brukere. Den støtter også tiltak for å framskaffe og spre kunnskap om særskilte behov og rettigheter til brukere med samisk språk og kulturbakgrunn eller kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom fagmiljøer som retter seg mot eller yter tjenester til den samiske befolkningen.

Tiltak 64: Utarbeide en nasjonal handlingsplan mot samehets og styrke den nasjonale innsatsen mot samehets

Utvalget ser med bekymring på den rapporterte forekomsten av diskriminering mot den samiske befolkningen og spesielt i omfanget det rammer unge samer. Utvalget anerkjenner at man reagerer ulikt på diskriminering, men for mange vil det innebære negative helsekonsekvenser. En slik handlingsplan bør ivareta et kjønnsperspektiv og ta for seg sentrale samfunnsområder, herunder helse.

Tiltak 65: Sikre et likeverdig og kultursensitivt behandlingstilbud for samiske pasienter som har vært utsatt for vold og overgrep

Vold og overgrep får alvorlige konsekvenser for dem som er utsatt. Forskning viser at tillit og tilgjengelighet til hjelpeapparatet reduserer terskelen for å søke hjelp. Å bli møtt på eget språk og med kulturell forståelse er viktig i en sårbar fase. Det bør etter utvalgets vurdering sikres et likeverdig og kultursensitivt behandlingstilbud til pasienter som har vært utsatt for vold og overgrep. Utvalget mener dette tilbudet bør innrettes slik at det også tas hensyn til pårørende.

Tiltak 66: Styrke krisesentertilbudet i det samiske bosettingsområdet

Regjeringen har satt i gang et arbeid med å utrede lovendringer og vurdere tiltak for å styrke kvaliteten i krisesentertilbudet. Tilbudet til den samiske befolkningen er en viktig del av dette arbeidet. Utvalget mener det er viktig å få på plass et styrket krisesentertilbud for den samiske befolkningen, og at det er nødvendig å få fortgang i dette arbeidet.

Tiltak 67: Etablere fagnettverk for samordning av selvmordsforebygging i den samiske befolkningen

Det er flere institusjoner som har særskilt oppmerksomhet på selvmordsforebyggende arbeid i samiske områder, slik som Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) region Nord og Midt, SANKS, Vivat selvmordsforebygging og NASAK. Utvalget anbefaler at det etableres et fagnettverk som kan bidra til å styrke samarbeidet mellom disse institusjonene, og til å øke kunnskapen om selvmordsproblematikk og forebygging i samisk befolkning.

Tiltak 68: Sikre at seksualundervisning tilbys på samiske språk

Flere frivillige organisasjoner har utviklet materiell til seksualundervisning som er oversatt til samiske språk. Utvalget anbefaler at helsemyndighetene går i dialog med frivillige aktører, for å sikre at samiske elever i barne-, ungdoms- og videregående skole får et kvalitetssikret og godt tilbud om seksualundervisning, også på samisk.

Kapittel 14

Pårørendeomsorg og kvinnehelse

14.1 Innledning

Omsorg som ytes av pårørende omtales ofte som uformelt omsorgsarbeid. Dette arbeidet estimeres til å nesten være på størrelse med den profesjonelle omsorgen i de kommunale omsorgstjenestene i Norge (21). I dag er det fortsatt kvinner som tar på seg det meste av pårørendeomsorgen, og mange kvinner opplever at denne innsatsen går utover egen helse.

I dette kapitlet ser utvalget nærmere på kvinners innsats innen pårørendeomsorg. Tematikken knytter seg til en av de store samfunns-trendene i vår tid; hvordan den demografiske utviklingen gjør det nødvendig å ta grep for å opprettholde det offentlige velferdsnivået. Hvilken rolle spiller kvinners omsorgsinnsats, hva kan vi forvente av pårørende i framtiden og hvordan sikrer vi løsninger som ivaretar at pårørende, uansett kjønn, både kan yte omsorg, og samtidig ivareta egen helse og livsutfoldelse?

14.1.1 Hvorfor et eget kapittel om pårørende?

Pårørendeomsorgen er en forutsetning for velferdsstatens bæreevne som både samfunnet og helsetjenestene må anerkjenne betydningen av (21). Ettersom kvinner fremdeles tar hovedansvar for mye av pårørendeomsorgen, og undersøkelser tyder på at denne omsorgen får konsekvenser for kvinners egen helse, er denne tematikken særskilt viktig for utvalgets oppdrag. Kvinners pårørendearbeid er relevant gjennom et helt livsløp, og kvinners ulike liv er med på å forme forutsetningene for å gi omsorg til sine nærmeste og samtidig ta vare på seg selv og å delta i arbeidslivet. Dette gjør at utvalget har valgt å omtale pårørendeomsorg og kvinnehelse i et eget kapittel.

14.2 Hvem er pårørende, og hva er pårørendeomsorg?

Nasjonal pårørendestrategi viser til at «pårørende er nærstående – både familie og venner – i livet til personer som er syke, har funksjonsnedsettelse eller rusproblemer». Det kan være mennesker i alle aldre, også barn. Noen er pårørende til mennesker som bor i en institusjon eller omsorgsbolig, mens andre bor sammen med den de er pårørende til. Noen støtter og hjelper sine nære med praktiske gjøremål av og til, mens andre har omfattende omsorgsoppgaver over tid (21).

Om lag 800 000 nordmenn over 18 år gjør en innsats som pårørende. I Levekårsundersøkelsen for helse spørres det om en regelmessig yter praktisk hjelp til eller har tilsyn med syke, funksjonshemmende eller eldre, utenfor og/eller innenfor husholdningen. Svarene tyder på at uformell omsorg i Norge er beregnet til å utgjøre 136 000 årsverk. Sammenliknes dette med kommunale omsorgstjenester som i dag utgjør 142 000 årsverk, tegner det seg et tydelig bilde av at pårørendeomsorg utgjør en viktig komponent i den norske omsorgsmodellen.

Pårørendeomsorg kan spenne fra hjelp til praktiske gjøremål, som for eksempel vedlikeholdsarbeid eller innkjøp, til oppfølging, samtale og støtte. Flere pårørende utfører også medisinske og helserelaterte oppgaver. Den største gruppen av pårørende er pårørende til gamle foreldre, og det er de eldste i befolkningen som mottar mest pårørendeomsorg (20). Det er også mange som er pårørende til barn, søsken, ektefelle eller partner. Mange er også pårørende til kronisk syke, alvorlig somatisk eller psykisk syke, eller personer med funksjonsnedsettelser, rusavhengighet eller spillavhengighet.

14.2.1 Pårørendeomsorg i omsorgspolitikken – historisk utvikling

Over tid har pårørendes innsats som omsorgsytere blitt anerkjent politisk (966). To historisk

viktige politiske dokumenter som har satt pårørende og pårørendeomsorg på den politiske agendaen, er NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg* og NOU 2011: 17 *Når sant skal sies om pårørendeomsorg*. Disse utredningene bidro til økt anerkjennelse av pårørendes rolle overfor bruker, men også overfor helse- og omsorgstjenesten og hjelpeapparatet. Stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012–2013)) introduserte *Pårørendeprogrammet for en aktiv og framtidssrettet pårørendepolitikk 2014–2020* (967). Programmet skulle utvikle hjelpetiltak til pårørende, som for eksempel avlastning, støtte og veiledning. Det ble også pekt på at spørsmål om økonomiske kompensasjonsordninger og permisjonsbestemmelser skulle utredes. Utvalget noterer seg at dette ennå ikke er gjennomført. I *Leve hele livet*-reformen heter det: «Samfunnets omsorgstilbud ville trolig bryte sammen om den uformelle omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert» (968). Mens pårørenderollen tidligere i stor grad ble overlatt til tilfeldighetene, foreligger det i dag et visst regelverk knyttet til rollen som pårørende.

14.2.2 Pårørendeomsorg i et livsløp

Pårørendeomsorg kan deles i de fire livsfasene barn, unge, voksne og eldre pårørende. Barn som pårørende har vært særskilt ivaretatt i lovverket siden 2010. Barn som vokser opp med foreldre som er psykisk syke eller somatisk syke, eller har en ruslidelse, opplever ulike former for bekymringer. De har også høyere risiko for å utvikle psykiske, sosiale og atferdsmessige problemer og for å oppleve konfliktfylte familiesamspill og omsorgssvikt (969, 970).

Gruppen unge pårørende fra 15 år til 25–30 år har fått til dels lite forskningsmessig og politisk oppmerksomhet, selv om dette er en gruppe som kan oppleve pårørendeansvar både for voksne, eldre familiemedlemmer, søsken og egne barn. Dette kan erfares samtidig som man skal etablere seg, gjennomføre utdanning og begynne i arbeidslivet. Både jenter og unge kvinner kan oppleve forventninger dersom de har en særlig viktig rolle i pårørendeomsorgen. En studie fra 2015 (970) fant at 5 prosent av norske studenter (18–25 år) hadde omsorgsansvar for syke foreldre. Jo mer omsorgsansvar studentene hadde, desto mer negative helseutfall rapporterte de. De fleste var jenter, og mange hadde skilte foreldre, innvandrerbakgrunn, økonomiske vanskeligheter eller var single.

Voksne pårørende fra 30-årsalder til pensjonsalder kan ofte ha omsorgsansvar for to generasjo-

Boks 14.1 Pårørendeomsorg og teknologi

Teknologi har bidratt til å endre helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene. Velferdsteknologi, som for eksempel varslings- og lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte og trygghetsalarmer kan bidra til økt trygghet og forutsigbarhet i pårørendes hverdag. Samtidig kan mer teknologi som tilrettelegger for oppfølging i hjemmet, også bety en større arbeidsbyrde for pårørende. Den nasjonale pårørendeundersøkelsen viser at pårørende foreløpig ikke opplever at velferdsteknologiske hjelpemidler betyr mye for å forenkle hverdagen deres. Digitale tjenester og velferdsteknologi omtales nærmere i kapittel 16.

ner, både barn og foreldre. I lang tid har en ikke sett disse omsorgsoppgavene i sammenheng. Dette gjelder også i forskningen, hvor man ofte har sett på arbeidsdeling i småbarnsfamilier på den ene siden, og på generasjonsrelasjoner og omsorg for eldre familiemedlemmer på den andre (257). Tidsbruksundersøkelser viser at antall timer kvinner utfører husarbeid har gått ned, og at menns bidrag i hjemmet har økt over tid. Likevel bruker mødre fortsatt rundt én time mer enn fedre på hus- og omsorgsarbeid i dag, og i overkant av én time mindre per dag til yrkesaktivitet (971). Omsorgsansvaret som kvinner påtar seg i familien, omtalt som «det tredje skiftet» (256), vedvarer gjennom livsløpet, enten det er ansvar knyttet til småbarnsfasen, omsorg for syk partner eller for gamle foreldre. Omsorgsarbeidet i denne gruppen og særlig de eldste blant disse, vektlegges særlig i resten av dette kapitlet.

Den siste gruppen pårørende er eldre pårørende. Denne gruppen kan også erfare noen særegne utfordringer. Flere eldre kvinner opplever å måtte ta et omsorgsansvar for en aldrende partner i eget hjem, ofte kombinert med egne helseutfordringer. I tråd med målet om at flere skal bo hjemme lenger, utprøves flere steder digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi i hjemmet. Dette kan lette omsorgsbyrden for pårørende, men det stilles samtidig krav om digital kompetanse, og mange opplever at de må hjelpe til med digitale utfordringer i tillegg til annen hjelp.

14.3 Demografisk utvikling og økt behov for pårørende

Den norske befolkningen blir stadig eldre, og det er de eldste aldergruppene som vokser mest (972). I 2030 vil det være flere eldre enn barn i Norge (973). For å møte en voksende eldre befolkning er det et politisk mål at eldre skal bo i eget hjem lenger. Antallet sykehjemsplasser har over tid vært relativt stabilt, til tross for framskrivningene om flere eldre. Oppgaver som tidligere lå i institusjonsomsorgen, er i stor grad også flyttet til de hjemmebaserte tjenestene (974, 975). Det er også blitt færre institusjonsplasser i omsorgstjenesten, både i antall sykehjem og aldershjem (976).

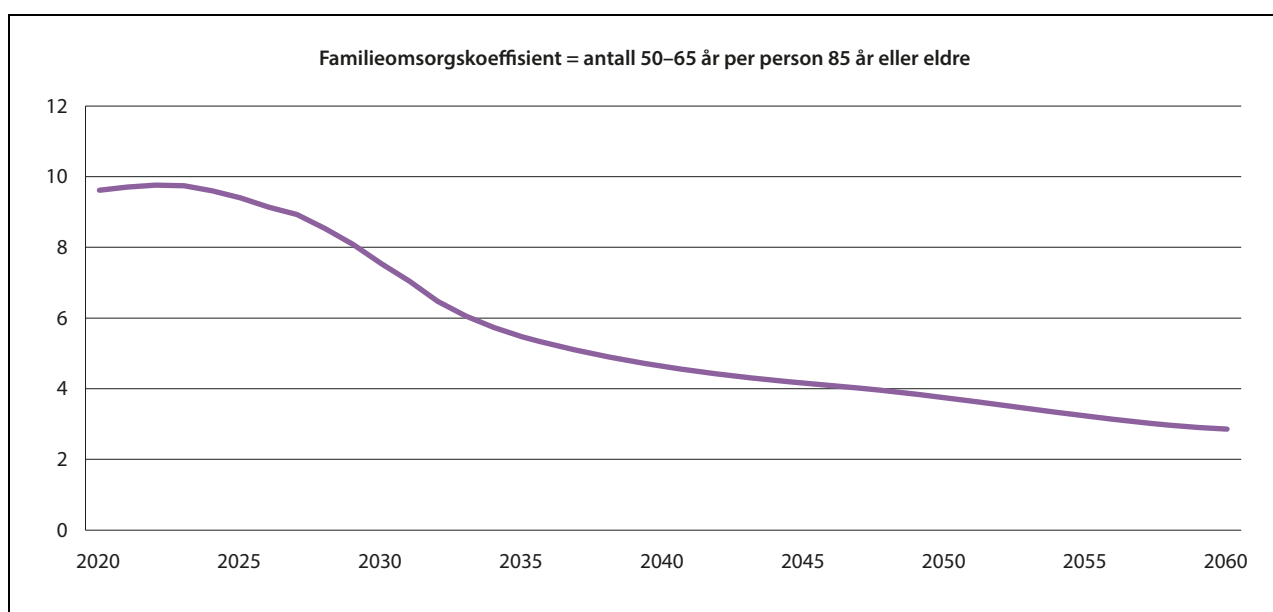
Det er de eldre over 85 år som antas å ha de største omsorgsbehovene i befolkningen, og personer i alderen 50–66 er de som i størst grad yter pårørendeomsorg til de eldre (966, 977). Undersøkelser tyder på at det vil være færre pårørende til å yte omsorg for flere eldre i framtiden (966). FN bruker en familieomsorgskoeffisient for å si noe om hvilket potensial som ligger i familieomsorgsevnen i et land (978). Denne uttrykker forholdet mellom antall personer i aldersgruppen 50–66 år og antall personer som er 85 år og eldre. Forskere som tok utgangspunkt i et strategisk utvalg norske kommuner, fant at familieomsorgskoeffisienten vil falle drastisk fram mot 2040, se figur 14.1.

14.4 Kjønnsforskjeller i pårørendeomsorg

Pårørendeomsorg er relevant i et kjønnsperspektiv (980, 981). Dette er også tydeliggjort i *Vi – de pårørende – Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan 2021–2025* (Erna Solbergs regjering) (21). Kvinner har tradisjonelt tatt hovedansvaret for pårørendeomsorgen. Ulike undersøkelser bekrefter at dette stadig er tendensen, blant annet levekårsundersøkelsen om helse (982).

14.4.1 Kjønnsforskjeller i tidsbruk og oppgaver

Voksne mellom 40 og 69 år står i dag for en stor del av ulønnet arbeid og timebruk innen uformell omsorg. I denne gruppen finner man barna til de mest omsorgstrengende. Også personer som er 70 år eller eldre, yter en stor andel av familieomsorgen, de fleste til egen samboer (982). Levekårsundersøkelsen om helse viser at det er i aldersgruppen 45–66 år man finner den største andelen som jevnlig utfører ulønnet omsorgsarbeid. Ser en nærmere på denne aldergruppen, er det like mange menn som kvinner, 3 prosent, som sier at de gir regelmessig ulønnet hjelp til pleie- og tilsynstrengende i egen husholdning. Det er flere kvinner enn menn, 23 mot 19 prosent, som svarer at de gir regelmessig hjelp eller tilsyn til personer utenfor egen bolig. Dette gjelder også for foreldre utenfor egen husholdning (15 mot 12



Figur 14.1 Antall personer i aldersgruppen 50–66 år per person i aldersgruppen 85 år og over (familieomsorgskoeffisienten) 2000–2060 (979).

prosent), eller andre slektninger utenfor egen husholdning (9 prosent kvinner mot 6 prosent menn). Samtidig er det en større andel menn som gir regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn til naboer eller venner utenfor eget hushold, 6 prosent menn og 4 prosent kvinner (982).

Også den nasjonale pårørendeundersøkelsen fra 2021 viser at det er kjønnsforskjeller i hvor mye tid som brukes på pårørendeomsorg. Kvinnelige pårørende bruker i gjennomsnitt 12 timer per uke på pårørendearbeid, mens mannlige pårørende bruker 9 timer per uke (20). Noen tall tyder på bevegelse på dette området. Siden 2015 har andelen middelaldrende menn som gir hjelp eller tilsyn til syke, eldre eller funksjonshemmede, økt fra 19 til 22 prosent. Dette kan ses i sammenheng med tidsbruksundersøkelser som viser at norske menn bruker stadig mer tid på hjemmebane, både når det gjelder barn og husarbeid (983, 984).

Undersøkelser viser også at det er kjønnsforskjeller i hvilke omsorgsoppgaver kvinner og menn påtar seg. 54 prosent av mannlige pårørende oppgir at de tar seg av snømåking, hagearbeid, vedlikehold og andre oppgaver av teknisk art. Bare 37 prosent av kvinnene oppgir å gjøre denne typen oppgaver. Det er liten kjønnsforskjell i oppgaver som handler om sosial kontakt, oppfølging, påminnelser og medisinerer, men flest kvinner påtar seg oppgaver som innkjøp, rengjøring, klesvask og matlagning. Her utgjør kvinner 67 prosent og menn 53 prosent (20).

14.4.2 Mangfold i pårørendeomsorg

Et annet aspekt ved framtidens pårørendeomsorg er at Norge i dag har en langt mer mangfoldig befolkning enn for ikke så mange tiår siden. Det bor nå nær 800 000 innvandrere i Norge, noe som tilsvarer 14,7 prosent av befolkningen (366). Norskfødte med innvandrerforeldre utgjør om lag 3,8 prosent. Også innvandrere utgjør en sammensatt gruppe og kan ha andre behov eller bruke tjenestene på en annen måte enn majoritetsbefolkningen. Når denne gruppen blir eldre og får omsorgsbehov, reises det spørsmål om hvordan en gir informasjon om tjenestetilbud og utvikler likeverdige tjenester (985).

Selv om det er en sterk tradisjon for familieomsorg i mange grupper, er det store variasjoner i innvandrerbefolkningen. En kan heller ikke regne med et ubegrenset omsorgspotensial blant den yngre generasjonen av innvandrere eller barn av innvandrere selv om deres bakgrunn preges av familieorienterte verdier (986, 987). Dersom eldre innvandrere møter en helse- og omsorgstjeneste

som ikke treffer deres behov, vil dette kunne skape et press på pårørende om å yte omsorg og representere familiens interesser i møte med tjenestene (985). Økt kulturkompetanse i framtidens helse- og omsorgstjeneste og i hjelpeapparatet blir derfor viktig.

14.5 Pårørendeomsorg, kjønn og arbeidsliv

Den demografiske utviklingen tilsier at dersom omsorgstilbudet skal opprettholdes, må pårørendeomsorgen opprettholdes. Dette betyr at stadig flere voksne personer vil måtte kombinere omsorgsoppgaver med lønnet arbeid (21). Forskere har vist til at kombinasjonen av å delta i arbeidslivet og yte omsorg for foreldre, kan ses som en ny form for tidsklemme (988). Flere studier viser at uformelt omsorgsarbeid overfor foreldre kan være vanskelig å forene med fulltidsarbeid (257, 989). Forskere peker på en form for «generasjonsskvis» der en har omsorgsansvar både for eldre og yngre generasjoner enn seg selv (990, 991). Andre har beskrevet dette som «sandwich-generasjonen» (989).

Det foreligger betydelig forskningslitteratur som diskuterer ulike sider ved tidsklemmer, og årsakene til disse. Det er ikke utvalgets ambisjon å gi en fullstendig oversikt over denne diskusjonen. Hovedanliggende er å illustrere at kvinners pårørendeomsorg, blant annet for foreldre, påvirker forutsetningene for å delta i arbeidslivet. Dette bekreftes også av den nasjonale pårørendeundersøkelsen fra 2021. Her oppgir en større andel kvinner enn menn at de opplever at jobb eller studier blir påvirket av pårørenderollen. Det gjelder 36 prosent av kvinnelige pårørende og 27 prosent av mannlige pårørende (20).

Blant pårørende som er yrkesaktive, er det 38 prosent som benytter seg av fleksitid for å yte pårørendeomsorg. Samtidig er sykmelding over 16 dager og velferdspermisjon mer utbredt blant kvinner som er pårørende, enn blant menn (20).

14.5.1 Lønn, deltid og familieøkonomi

Muligheten til å kombinere omsorgsoppgaver med lønnet arbeid må også ses i sammenheng med strukturer i norsk arbeidsliv. Flere kvinner enn menn jobber deltid, og kvinner tjener i gjennomsnitt mindre enn menn (992). Om det oppstår et pårørendebehov i en familie, og det er økonomisk lønnsomt at den med lavest inntekt påtar seg omsorgsansvaret mot at den andre blir stående i

Boks 14.2 Kompensasjons- og permisjonsordninger for pårørende

Både arbeidsmiljøloven og folketrygdloven gir egne rettigheter til pårørende i arbeidslivet. Pårørende har krav på permisjon i 60 dager for å pleie nærstående i livets slutfase, noe som dekkes med pleiepenger fra Nav. Pårørende har krav på permisjon for å gi omsorg til barn med alvorlig sykdom eller skade når barnet har behov for kontinuerlig tilsyn og pleie. Man har også rett til pleiepenger fra Nav. Pårørende har krav på ti dagers permisjon i året for å gi nødvendig omsorg til nære familiemedlemmer som foreldre, ektefelle, samboer eller registrert partner. Pårørende har krav på ti dagers permisjon i året for å gi omsorg til barn med nedsatt

funksjonsevne fra og med kalenderåret etter at barnet fylte 18 år. Pårørende har ikke lovfestet krav på lønn.

Som pårørende kan en også få hjelpestønad fra Nav, som går til brukeren. Det er også mulig å få omsorgsstønad fra kommunen dersom en pårørende gjør særlig tyngende oppgaver som ellers måtte vært utført av kommunen. Det varierer på hvilken måte arbeidsgivere tilrettelegger for pårørende og hvilke rettigheter man har. Noen arbeidsgivere har tariffestet rett til lønnet permisjon ved alvorlig sykdom og død hos nærstående.

arbeid, er det ikke urimelig å forvente at dette ofte bidrar til en kjønnsdeling.

I forlengelsen av dette er det verdt å merke seg at deltidsmønsteret er i endring. For kvinner i aldersgruppen 40–44 år, har deltidsandelen falt fra nær 45 prosent i 1999 til 30 prosent i 2019 (993). En årsak til nedgangen er at utdanningsnivået har økt betydelig. Også bedre barnehagedekning er en viktig årsak til at flere kvinner jobber heltid (993). Samtidig er andelen kvinner som jobber deltid blant de eldre aldergruppene relativt stor (994). Å opprettholde høy grad av velferd i framtiden forutsetter nok arbeidskraft. Dersom kvinners omsorgsoppgaver som pårørende hindrer deres deltakelse i arbeidslivet, er det grunn til å være oppmerksom på hva det kan bety for samfunnet.

14.5.2 Sykmelding og stønadsordninger

Flere pårørende sykmeldes som følge av pårørendesorgen de yter. Dette er både egenmeldt og legemeldt sykefravær. Basert på tall fra den nasjonale pårørendeundersøkelsen anslås det i en rapport fra Menon Economics at antall pårørende over 18 år, som har benyttet egenmelding i forbindelse med sin pårørendesituasjon, vil være mellom 19 500 og 78 000 personer per år. For legemelding (16 dager eller mindre) er anslaget på mellom 12 000 og 47 000 personer, og for legemelding (17 dager eller mer) mellom 7 500 og 30 000 personer (995). Disse tallene representerer det Menon-rapporten omtaler som «merbruken» av sykmelding blant pårørende.

At pårørende ikke deltar fullt og helt i ordinært lønnet arbeid, enten de slutter å jobbe eller jobber deltid, kan sies å innebære et produksjonstap. Menon har estimert at dette produksjonstapet

Boks 14.3 Kvinnestemme

«Jeg er pårørende til min ektefelle som har hatt Parkinsons sykdom i 16 år. Da han fikk diagnosen i 2007, hadde jeg en heltidsstilling, men sykdommen utviklet seg raskt både psykisk og fysisk. Han ble uføretrygdet og fratatt sertifikatet, og behovet for hjelp økte. Jeg overtok fort alle dagligdagse oppgaver i hjemmet, som handling, måltider og økonomi. Litt etter litt overtok jeg store deler av ansvaret for hans to tenåringssønner. Den ene sønnen hadde rusproblemer, og den andre sørget over å «miste» pappa. Jeg deltok i møter med nevrolog, lege, Nav, ergoterapeut og kommunen. I 2014 ble jeg sykmeldt fra jobben for første gang på grunn av utmattelse, stress og depresjon. Sykmeldingen gikk ikke med til å hvile, men til å hjelpe mer. I løpet av de neste årene var jeg sykmeldt flere ganger og gikk ned i stillingsprosent. Jeg fikk innvilget arbeidsavklaringspenger i 2017. Nå har jeg fått innvilget 100 prosent uføretrygd. Jeg blir minstepensjonist.»

Kvinne, 59 år

utgjorde et sted mellom 6,6 milliarder og 13,2 milliarder kroner i 2020. Dette tilsvarer mellom 9000 og 18 000 tapte årsverk. Det understrekes at resultatene er forbundet med stor usikkerhet. Den demografiske utviklingen med relativt flere eldre i forhold til personer i arbeidsdyktig alder gjør at det likevel er grunn til å anta at pårørendebyrden og brutto produksjonstap vil øke i framtiden (996).

Flere som er i en pårørendesituasjon, kan trenge tilrettelegging på arbeidsplassen. En undersøkelse viser at hvem man er pårørende til, påvirker hvorvidt virksomheten tilrettelegger på arbeidsplassen. I en kartlegging av norske virksomheter var tilretteleggingen bedre dersom den ansatte var pårørende til et sykt barn, enn pårørende for sin forelder. Tilretteleggingen var også dårligere dersom den ansatte var pårørende for en person med rusutfordringer, enn for en person som hadde fått påvist kreft (997).

14.6 Pårørendeomsorg og helse

Å yte pårørendeomsorg kan også være en positiv opplevelse. Flere kvinner enn menn opplever for eksempel at pårørendeomsorgen gir en følelse av å være til nytte (20). Samtidig kan pårørendeomsorg, særlig over tid, innebære belastninger og helseutfordringer. Mange pårørende ofrer for eksempel eget sosialt nettverk og fritid for å yte omsorg. Vanlige helseutfordringer hos pårørende er søvnproblemer, konsentrasjonsvansker, bekymring, stress, angst og depresjon, men også ulike smertetilstander og nedsatt immunforsvar (998). Den nasjonale pårørendeundersøkelsen viser at ulike pårørende vurderer egen helse forskjellig. De som i størst grad vurderer egen helse som dårlig, er kvinner, foreldre som er pårørende til barn, og pårørende som er i permisjon, hjemmeværende eller arbeidssøkende (20). 14 prosent av de pårørende svarer at de har oppsøkt eller mottatt helsehjelp for belastninger som henger sammen med innsatsen de gjør som pårørende. På dette punktet er kjønnsforskjellen relativt stor, der 8 prosent av menn har oppsøkt hjelp, sammenliknet med 18 prosent av de kvinnelige pårørende. Blant denne gruppen opplever også mange at pårørendeomsorgen bidrar til økonomisk belastning, og begrenser muligheten for fritidsaktiviteter, sosialt liv og relasjonen til andre i familien (20).

Blant pårørende opplever 22 prosent av mennene og 40 prosent av kvinnene stress. Når det gjelder de andre negative følelsene det spørres om i undersøkelsen, som bekymring, dårlig sam-

Boks 14.4 Kvinnestemme

«Da min sønn var 13 år, oppdaget jeg at han var rusavhengig. Jeg startet umiddelbart kampen, og var i møter med barnevern, helsestasjon og skolen, men vi ble ikke tatt på alvor fordi han bare brukte hasj. Min sønn ble mer rusavhengig med årene hvilket gikk utover meg som pårørende. Redsel, bekymring, stress, hårtap, konsentrasjonsvansker, hukommelses- svikt og søvnproblemer preget min hverdag. Når jeg stod midt oppi alt kaoset, var det ingen som ivaretok meg. Det var først da min sønn var på sin fjerde behandling, at jeg endelig ble hørt og sett etter 12 år som pårørende. Det var helt fantastisk. Etter å ha jobbet en del med meg selv, har jeg det bedre, men jeg strever fortsatt med søvnproblemer, tankekjør, dårlig konsentrasjon og hukommelse og tidvis depresjon. Min sønn er nå 27 år og fortsatt rusavhengig. Jeg forstår ikke hvorfor helsevesen, ruskonsulent og fastlege ikke tar pårørende på alvor. Det er så mange der ute som ikke får hjelp.»

Kvinne, 56 år

vittighet, skyld og skam, er kvinner i flertall blant dem som svarer at de opplever dette (20).

14.7 Kjønns betydning for pårørendes møte med tjenestene

Flere studier viser for eksempel at helse- og omsorgstjenesten har ulik forventning til kvinnelige og mannlige pårørende (1002, 1003). En studie fant at det var sammenheng mellom tildeling av hjemmetjenester til eldre, og om den eldre hadde en sønn eller datter som pårørende. Eldre mødre med sønner fikk mer offentlig hjelp enn eldre med døtre (1002). En svensk studie fant for eksempel at kvinner i lønnet arbeid har blitt bedt om å redusere sine arbeidstimer hvis mannen trenger omsorg, mens dette ikke var tilfelle for menn i lønnet arbeid når det var kona som trengte omsorg (1004).

En del pårørende opplever at deres kjennskap til bruker eller pasient i liten grad anerkjennes, og at det i liten grad eksisterer reell brukermedvirkning. Mange pårørende etterlyser også

Boks 14.5 Foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne

Foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne kan ha særlige utfordringer med å kombinere omsorgsarbeid og lønnet arbeid på grunn av særlig krevende og vedvarende omsorgsoppgaver. Dette gjelder særlig mødre til barn med kronisk sykdom eller funksjonshemming (999, 1000). Yrkesdeltakelsen blant fedrene i disse familiene er god, men mødrene har lavere yrkesdeltakelse enn andre mødre (999). Deltakelsen varierer med alder, og forskjellen er størst når barna er små. Etter tiårsalderen deltar mødrene tilnærmet på linje med andre mødre. Samtidig jobber de sjeldnere fulltid, har mindre overtid og har mer permisjoner enn mødre i andre familier. Mødre i disse familiene har ofte dårligere helse enn andre og oppgir i større grad å ha langvarig sykdom eller lidelse av fysisk eller psykisk art. De bruker også helsetjenestene mer, og de mottar oftere sykepenges. Foreldre med minoritetsbakgrunn i denne gruppen kan møte ekstra store utfordringer både fordi man skal forholde seg til et oppstykket hjelpeapparat (999), men også på grunn av informasjons- og kommunikasjonsutfordringer (1001).

mer tilgjengelig informasjon om tjenestetilbudet, mer kunnskap om sykdom og behandling, veiledning fra helsepersonell og et behov for å møte og snakke med andre mennesker i samme situasjon (20, 21).

Pårørende etterlyser også mer informasjon om rettigheter og kontaktpunkter i tjenestene. Disse utfordringene gjelder sannsynligvis både for mannlige og kvinnelige pårørende. Likevel er det grunn til å anta at særlig mange kvinnelige pårørende opplever disse utfordringene, fordi kvinner ofte tar ansvar for den tyngste omsorgsinnsatsen, som også innebærer kommunikasjon med helse- og omsorgstjenestene. I pårørendeundersøkelsen var det flere kvinner enn menn som hadde formidlet informasjon til helse- og omsorgstjenesten om den de var pårørende til. Også flere kvinner enn menn har følt seg sett på som en brysom pårørende, der enkelte beskriver opplevelsen av å bli stående i en form for takknemmelighetsgjeld overfor tjenestene (20). Som følge at funnene i

pårørendeundersøkelsen har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utvikle «pårørendeavtaler». Dette skal være et verktøy for å sikre bedre kommunikasjon og systematikk i samarbeidet mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten.

14.8 Utvalgets vurdering

Som dette kapitlet har vist, er det relativt klare kjønnsforskjeller i hvem som yter pårørendeomsorg og hvordan pårørendeomsorg ytes. Dette gir også utslag i kvinners tilknytning til arbeidsliv og muligheten til å ta vare på egen helse og livsutfoldelse. Samtidig tyder mye på at myndighetenes forventning om økt innsats fra pårørende i framtiden er basert på et sviktende demografisk grunnlag (966). Utvalget merker seg at regjeringen i løpet av 2023 skal legge fram en stortingsmelding om Bo trygt-reformen. Denne skal gjøre det trygt for eldre å bo hjemme lenger.

Utvalget mener det er nødvendig med en mer offensiv og strategisk tilnærming til behovet for pårørendeinnsats i årene som kommer. Utvalget mener det kan gjøres flere grep i arbeidslivet som kan bidra til at omsorgen for de eldste blir bedre fordelt mellom kvinnelige og mannlige pårørende, og at slike grep bør utredes nærmere. Man bør for eksempel vurdere om dagens kompensasjons- og permisjonsordninger er egnet til å møte behovene blant dagens og framtidens pårørende, og muligheten til å kombinere omsorgsoppgaver med lønnet arbeid. Mangelfulle kompensasjonsordninger kan føre til at pårørende ikke makter å stå i arbeid, eller reduserer sin stilling. Utvalget vil særlig understreke det som framstår som et gap i forventninger til kvinners lønnede arbeidsinnsats, der målet er at en skal stå lenger i arbeidslivet, og ønsket om å opprettholde pårørendeomsorg.

Utvalget merker seg samtidig at de som allerede yter pårørendeomsorg, kan oppleve situasjonen som svært utfordrende. Mange opplever utfordringer knyttet til udekket informasjonsbehov og brukermedvirkning og vanskeligheter i samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten. Utvalget mener det er grunn til å være spesielt oppmerksom på pårørende med særlig krevende omsorgsoppgaver. Blir belastningen for stor, vil trolig flere av disse selv også ha behov for helse- og omsorgstjenester på sikt. Det er sentralt for utvalget at pårørende ivaretas på en god måte, og at deres involvering ikke er avhengig av den pårørendes ressurser.

14.9 Utvalgets anbefalte tiltak

Tiltak 69: Styrke kunnskapsgrunnlaget om pårørende og utarbeide ny pårørendestrategi og handlingsplan 2025–2030

For å bidra til en mer strategisk tilnærming til pårørend omsorg anbefaler utvalget at det utarbeides en ny nasjonal pårørendestrategi for perioden 2025–2030. Som ledd i dette arbeidet bør det gjøres et systematisk arbeid med å styrke kunnskapsgrunnlaget om dagens pårørend omsorg og behovet for pårørend omsorg i framtiden. En ny pårørendestrategi og handlingsplan forutsettes å vektlegge kjønnsdimensjonen i pårørend omsorgen og ha egne satsingsområder for pårørendes helse og arbeidstilknytning. Det trengs også mer kunnskap om mangfold og minoritetsperspektiver i pårørend omsorgen. Som ledd i dette arbeidet bør det vurderes om nasjonal faglige retningslinje for pårørend omsorg bør oppdateres.

Tiltak 70: Utrede behov for endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene for pårørende

Utvalget mener det er behov for å gjennomgå dagens økonomiske kompensasjonsordninger og permisjonsbestemmelser for pårørende. Både behovet for pårørend omsorg i fremtiden, mer hjemmeoppfølging og økt tilrettelegging for bruk av velferdsteknologi gjør en slik gjennomgang nødvendig. Utvalget anbefaler derfor at tiltakene i stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012–2013)) og *Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020* følges opp. Utvalget anbefaler at det etableres et arbeidsutvalg med representanter fra pårørend organisasjoner, arbeidsgivere og arbeidstagere som gjennomgår ordningene.

Tiltak 71: Øke kompetanse om pårørendesamarbeid blant helsepersonell

For å sikre bedre samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende, anbefaler utvalget at det satses på å øke kompetanse blant helsepersonell om pårørende og om pårørendesamarbeid. I tråd med nasjonal faglig retningslinje skal behovet for kompetanseheving kartlegges regelmessig, og det skal sikres nøkkelpersonell som har dybdekunnskap om pårørend involvering. Utvalget mener dette arbeidet må følges opp mer systematisk, gjennom kurs,

e-læringsverktøy og i samarbeid med frivillige organisasjoner.

Tiltak 72: Prioritere arbeidet med å implementere pårørendavtaler i helse- og omsorgstjenesten

For å sikre at pårørende i større grad opplever å bli ivaretatt og hørt i møte med helse- og omsorgstjenestene anbefaler utvalget at Helse- og omsorgsdepartementet prioriterer arbeidet med pårørendavtaler. Utvalget mener det er sentralt at pårørendavtaler implementeres i tjenestene på en måte som bidrar til systematikk, informasjonsutveksling og samarbeid som ivaretar den pårørendes rettigheter.

Tiltak 73: Styrke tilskuddsordningen om helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver

Utvalget anbefaler å styrke Helsedirektoratets tilskuddsordning til helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver. Målet med ordningen er å utvikle kommunale modeller som blant annet bidrar til å styrke kvaliteten på tjenestene til pasienter/brukere gjennom systematisk arbeid med pårørende, og å støtte pårørende som har krevende omsorgsoppgaver. Utvalget vil foreslå at Helsedirektoratet vurderer og gir sitt innspill til ny tilskuddsramme, basert på erfaringer med ordningen. En mulighet er å øke tilskuddsordningen til tilsvarende ramme som tilskuddsordning for støtte og avlastning for pårørende (15 millioner kroner).

Tiltak 74: Styrke og videreutvikle informasjon til pårørende på helsenorge.no

Pårørende må sikres lik tilgang til kvalitetssikret informasjon. Utvalget anbefaler at informasjonssidene for pårørende på helsenorge.no styrkes og videreutvikles. Videre må dette innholdet gjøres kjent. Denne siden må inneholde oppdatert informasjon om rettigheter, økonomiske ordninger og informasjon om samarbeid med helsetjenesten. Det bør også satses på å utvikle ulike selvhjelps- og mestringstiltak tilpasset pårørende. Informasjonen må gjøres tilgjengelig på ulike språk. Utvalget anbefaler at det settes av ressurser til å utarbeide en pilot for en veiledningstjeneste for pårørende.

Tiltak 75: Styrke frivillighetens rolle i pårørendearbeid

Mange ulike organisasjoner og virksomheter driver gode tilbud til pårørende, hvor pårørende

kan finne støtte sammen med andre, få ulike faglige tilbud for egen del og få veiledning og kunnskap til egen situasjon. Utvalget peker på at det

er behov for å sikre støtte til dette arbeidet som er et supplement til hva tjenestene kan stille opp med.

Del IV
Kjønn, helse og teknologi



Figur 15.1

Kapittel 15

Kvinners helse og sosiale medier

15.1 Innledning

En av de mest omveltende samfunnsendringene de siste tiårene er hvordan internett, smarttelefoner og sosiale medier preger svært mange sider av våre liv. Sosiale medier er en samlebetegnelse på nettsider og apper som tilrettelegger for å skape og dele innhold, og for å delta i sosiale nettverk (1005). De kan kjennetegnes ved en form for massekommunikasjon, hvor man er «mange til mange» framfor en til en. Særlig barn og unge er ivrige brukere av sosiale medier, og mange av dem kjenner ikke et samfunn uten.

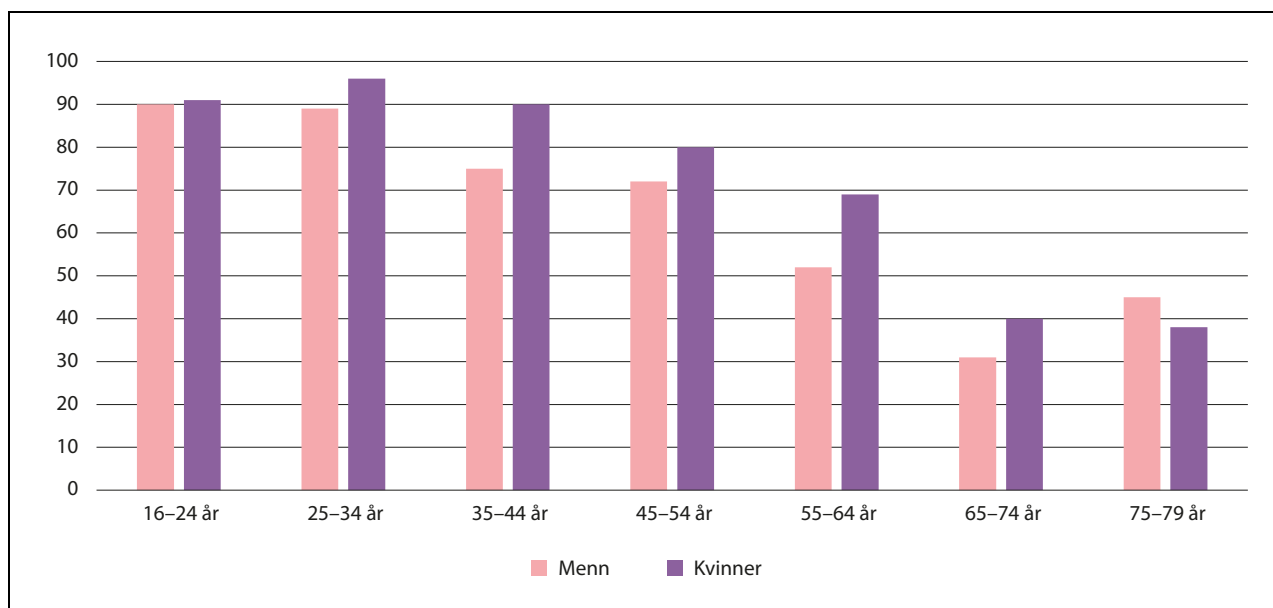
I mandatet er utvalget bedt om å vurdere hvordan utviklingstrekk i samfunnet, som utviklingen innen teknologi og digitalisering, kan påvirke kjønnsulikhet i helse og helsekompetanse. I dette kapitlet ser utvalget nærmere på noen områder der kjønnsdimensjonen oppfattes som særlig relevant for forholdet mellom helse og sosiale medier.

15.1.1 Bruk av sosiale medier

Ni av ti bruker sosiale medier ukentlig eller oftere (527). Målt i daglig bruk er Facebook størst blant den voksne delen av befolkningen. Barn og ungdom er blant de ivrigste brukerne av de sosiale medieplattformene. I aldersgruppen 9–18 år er ni av ti på sosiale medier (1006). Den mest populære tjenesten for barn og unge er likevel YouTube; 95 prosent av 9–18-åringene bruker videodelingstjenesten (1006). Det er omtrent ingen kjønnsforskjell i hvor mange som bruker sosiale medier blant de mellom 16 og 24 år, men senere i livet har kvinner og menn ulike medievaner på gruppenivå. Kvinner bruker i snitt sosiale medier mer enn menn omtrent gjennom hele livsløpet (se figur 15.2).

15.1.2 Sosiale medier og helse

I dag er sosiale medier en viktig kilde til informasjon, også om helse. Myndigheter og offentlig helsetjeneste bruker sosiale medier til å nå ut til



Figur 15.2 Bruk av sosiale medier daglig eller nesten daglig. Prosent fordelt på alder og kjønn (1007).

befolkningen med viktig informasjon, men også mer generelle helseråd. Sosiale medier ble blant annet en viktig kanal for å nå ut med informasjon om smitteverntiltak og vaksinerings i forbindelse med koronapandemien.

Sosiale medier er også en sentral arena for sosial mobilisering og aktivisme, som må sies å være særlig relevant for å få økt oppmerksomhet på kvinnehelse. Kravet om et styrket fødetilbud er godt kjent gjennom den såkalte Bunadsgeriljaen som dokumenterer aktiviteten sin på sosiale medier. I tillegg finnes det en rekke grupper på Facebook, som for eksempel «slemmehelse», hvor kvinner og unge jenter deler erfaringer rundt helse-situasjon og helseplager. Det er rimelig å anta at økt oppmerksomhet på sosiale medier om plager og sykdommer som særlig rammer kvinner, har bidratt til mer åpenhet og mindre stigmatisering omkring kvinners helse.

Også for ideelle og kommersielle helseaktører er sosiale medier en viktig informasjonskanal. Kampanjen #sjekkdeg, som har som mål å få flere kvinner til å følge Livmorhalsprogrammet, er et eksempel på en helserelatert kampanje i sosiale medier. Fra å være et initiativ fra en enkeltperson, er #sjekkdeg blitt en årlig kampanje i regi av Kreftforeningen, hvor legesentre og sykehus bidrar med egne sjekkdager for livmorhalsprøver. For mange er influensere, det vil si enkeltpersoner med stor påvirkningskraft, de mest synlige aktørene i sosiale medier. Mye av innholdet som deles er egenprodusert, men en betydelig andel er å regne som annonseinnhold, innhold der influensere får betaling mot omtale av et produkt eller en tjeneste.

Videodelingstjenesten Tiktok har fått mye oppmerksomhet de siste årene og er den raskest voksende plattformen når det gjelder antall unge brukere (1008). Undersøkelser viser at en betydelig del av innholdet på Tiktok handler om mentale helseplager (1009). Leger og psykologer har uttrykt bekymring for at det deles store mengder innhold om symptomer på psykiske plager og lidelser, og advarer mot overdreven selvdiagnostisering (1010).

15.2 Sosiale medier og psykisk helse

De siste årene har sammenhengen mellom sosiale medier og psykisk helse høstet stor offentlig oppmerksomhet. En rekke nyhetsoppslag har advart mot hvordan innhold på sosiale medier kan bidra til psykiske plager og lidelser – særlig blant unge jenter. Flere reagerte da det ble kjent at Meta, Facebooks moderselskap, skal ha hemmeligholdt

intern forskning som antydte at Instagram kunne være skadelig for tenåringsjenters kroppsbilde (1011). Kvaliteten på denne forskningen ble senere kritisert, og det ble påpekt at den var uegnet som utgangspunkt for å trekke slutninger om årsakssammenhenger. Ytringsfrihetskommisjonens diskusjon om sosiale medier og psykisk helse reflekterer rundt dette: «Metas internstudier illustrerer likevel at det er krevende å finne entydige svar, og at valg av forskningsdesign har stor betydning» (1012). Dette er en av hovedutfordringene ved å studere to sammenfallende samfunnsfenomener: Påvirker det ene det andre? Påvirker de hverandre gjensidig? Eller er det bakenforliggende faktorer som gjør at fenomenene tilsynelatende henger sammen?

15.2.1 Sammenhengen mellom sosiale medier og psykisk helse

Det har de siste årene vært stor vekst i antall studier som undersøker sammenhengen mellom bruk av sosiale medier og psykisk helse. Funnene er svært sprikende, og det er en utfordring når innholdet i forskningen skal oppsummeres (1013, 1014). Noen fastholder at sosiale medier har en negativ innvirkning på psykisk helse (1015), andre finner at sosiale medier har positiv innvirkning på psykisk helse (1016), mens andre viser til at sammenhengene nærmest er uten betydning (1017).

Sprikende funn kan skyldes ulike valg av metode og forskningsdesign. Det kan for eksempel dreie seg om ulike måter å operasjonalisere og måle sosiale medier og psykisk helse på, og om man sammenlikner individer i ulike alderstrinn og over ulike tidsrom. For eksempel er sosial mediebruk og psykisk helse ofte målt på samme tidspunkt. Dermed er det vanskelig å si om det ene skyldes det andre eller om bakenforliggende faktorer er grunnen til at fenomenene kan se ut til å henge sammen (1018).

En litteraturgjennomgang av kunnskapsoversikter peker på at sammenhengene mellom sosiale medier og psykisk helse er å regne som svake og inkonsistente i et flertall av studiene (1019). En annen litteraturstudie finner at det er svak sammenheng mellom sosiale mediebruk og symptomer på depresjon, og sammenhengen kan være både positiv og negativ (1020). En annen metaanalyse (1021) finner at flere studier peker på at det å være tilbøyelig til å sammenlikne seg med andre, og å bli personlig involvert når man bruker sosiale medier, har sammenheng med depressive symptomer.

Når det gjelder kjønn spesifikt, viser en litteraturgjennomgang at både kvinner og menn som

regel er inkludert i utvalgene som studeres, men at kjønn sjelden er en del av analysen eller brukes som forklaringsvariabel (1014).

Det kan sies å være et kjennetegn ved bruk av sosiale medier at man blir eksponert for idealiserte bilder av andre, noe som ofte hevdes å ha negativ effekt på selvfølelse. Forskere har pekt på at dette henger sammen med om man bruker sosiale medier til å dele oppdateringer om seg selv, eller om man deler innhold med mål om å få tilbakemeldinger fra andre, for eksempel bekreftelse på eget utseende (1022). En studie har pekt på at en økning i å like og kommentere på andres poster eller statusoppdateringer førte til dårligere fysisk selvbilde hos jenter over tid. Denne sammenhengen fant studien ikke hos gutter. Posting på egen sosiale medieside hadde ingen betydning for fysisk selvbilde i aldersgruppene 10–12 år og 12–14 år (1023).

En studie viser til at sammenhengen mellom bruk av sosiale medier og psykiske plager blant unge jenter, knyttes til at bruk av sosiale medier medførte at søvnen ble forstyrret, at de i større grad ble eksponert for nettmobbing, og at de brukte mindre tid på fysisk aktivitet (1024). Det var med andre ord en rekke mellomliggende faktorer som førte til psykisk uhelse (søvn, fysisk aktivitet og nettmobbing).

Det er mye vi ikke vet om hvilken påvirkning sosiale medier har på helsen. Men det er mye som tyder på at det å bli overeksponert for bilder av «perfekte kropper» påvirker kroppsbildet vårt negativt (1025). Oppsummert forskning viser at når sosiale medieplattformer brukes for å sammenlikne en selv med andre, resulterer det ofte i redusert selvtillit. På den andre siden kan det å få positiv sosial respons fra andre brukere reflektere positivt på brukerens selvfølelse (1026). Forholdet mellom sosiale medier og selvfølelse er komplekst, noe som kan skyldes at sosiale medier ikke påvirker selvfølelse for flertallet av brukere, mens et mindretall enten opplever positive eller negative effekter. Dette peker mot at forholdet mellom bruk av sosiale medier og selvtillit er personavhengig og basert på individuelle forskjeller og bruksmåter (1027).

15.2.2 Arena for støtte og mestring

Den utbredte bekymringen for sosiale mediers skadepotensial har gjort at de positive sidene har kommet i bakgrunnen. Det finnes imidlertid forskning som viser at sosiale medier henger sammen med god psykisk helse (1018). For enkelte ungdommer med psykiske helseutfordringer er sosiale medier en svært viktig kanal for å

holde kontakt med venner og bekjente nettopp fordi de kan ha kontakt uten at helseplagene er synlige for andre. Både gutter og jenter bruker sosiale medier som en mestringsstrategi og for å være sosialt aktive og opprettholde sosial interaksjon, dersom de har utfordringer som gjør fysisk interaksjon og sosial omgang vanskelig (1028). Også kroppspositivisme har vært en relativt tydelig internasjonal trend på sosiale medier de siste årene. Kroppspositivistisk innhold utfordrer eksisterende skjønnhetsidealer og oppfordrer til aksept og inkludering av alle kroppstyper (1025, 1029).

15.3 Trygg helseinformasjon på sosiale medier

Sosiale medier er en viktig kilde til helseinformasjon for mange, men dette har fått mindre offentlig oppmerksomhet. Forskere har regnet ut at ni av ti i den voksne befolkningen i vestlige land både leter etter og deler helseinformasjon på sosiale medier (1030). Det er forskjeller i hvilke pasientgrupper som velger sosiale medier som informasjonskilde, viser Tromsøundersøkelsen. Pasienter som sliter med psykososiale problemer foretrekker for eksempel sosiale medier fremfor andre digitale helsetilbud (1031). Forskerne finner også at flere sosioøkonomiske forhold, som det å jobbe deltid, være uføretrygdet, ha videregående som høyeste utdanning, økte sjansen for at man brukte sosiale medier for å få tilgang til helseinformasjon. Høy alder, å være mann, høy inntekt, og høyere utdanning reduserte denne sjansen (1031).

Forskere har advart mot en utvikling der påvirkere (influensere) og annonsører i stadig større grad har overtatt rollen som formidlere av helseinformasjon (1032). Et større tilfang av informasjon er ikke problematisk i seg selv. Utfordringene oppstår når informasjonen vi eksponeres for, er feil eller ikke lar seg etterprøve. Undersøkelser viser at en betydelig andel også tar personlige helsevalg på grunnlag av informasjonen de finner på nettet (1031). Mye kan tyde på at befolkningen forventer at helsetjenesten også skal levere tilgjengelig informasjon i sosiale medier. Dersom tjenesteinnholdet ikke samsvarer med forventningene, vil brukerne og pasientene trolig søke informasjon andre steder (1031).

15.3.1 Ernærings- og kostholdsråd rettet mot kvinner

Ernærings- og kostholdsråd er et eksempel på hvordan helseinformasjon i sosiale medier er sær-

lig relevant for kvinners helse. Innholdet er ofte rettet mot kvinner og unge jenter og er noe som påvirkere deler svært mye av, til tross for at de ofte ikke er kvalifisert for dette, påpeker forskere (1033). Særlig er bilder og demonstrasjonsvideoer på Instagram sentrale inspirasjonskilder for valg av mat (1034). Mat, ernæring og dietter frontes av både ernæringsfysiologer, kjendiser, og annonsører for ulike dietter og vektreduksjonsprogrammer. En studie av 1,2 millioner Twitter-meldinger om ernærings- og kostholdsråd konkluderer med at ikke-kvalifiserte profiler dominerer, og at myndigheters kilder til helseinformasjon drukner i innholdet fra annonsører og påvirkere (1033). Gravide kan være særlig sårbare for slik innflytelse når det gjelder kosthold. Over 40 prosent av norske gravide opplever et sterkt press om å spise sunt og å holde seg i god fysisk form under graviditeten. Bildet av den «perfekte graviditet» som blir formidlet gjennom sosiale medier, fører ofte til dårlig samvittighet og stress (1035).

15.3.2 Informasjonstilgang for de mest sårbare – selvmord og sosiale medier

Helsedirektoratet har laget en veiledning for kommunene om forebygging av selvskaading og selvmord (1036). Her vises det til at sosiale medier kan bidra til at flere får informasjon om hvor de kan få hjelp, og kan ha innflytelse på både atferd og holdninger, noe som igjen kan føre til større åpenhet. Samtidig vises det til at sårbare personer også kan gjøres kjent med metoder for selvskaading og selvmord. Flere nyhetsoppslag i 2019 viste til hvordan skjulte nettverk i sosiale medier gikk fra å være rom for støtte og hjelp, til å bli det motsatte. Gjennom NRK-dokumentaren «Innafor: Selvmord på Instagram» ble det kjent at minst 15 norske jenter som var knyttet til et slikt nettverk, har tatt sitt eget liv (1037). Det foreligger lite forskning om hvilken rolle sosiale medier har i å trigge eller forebygge selvmord. Vi vet imidlertid at de sosiale medienes teknologiske innretning gjør at brukere eksponeres for innhold som er delt av likesinnede.

15.4 Deling av seksualisert innhold i sosiale medier

«Sexting» refererer til utveksling av bilder, videoer og meldinger med seksuelt innhold på nett. Når sosiale medier utgjør en stor del av hverdagen, er det ikke urimelig å forvente at dette også bidrar til det forskere har omtalt som «digitalisering av seksualiteten» (1038).

Undersøkelser av ungdommers medievaner tyder på at det kan være grunn til å være oppmerksom på hvilken betydning seksualisert innhold kan ha for både psykisk og seksuell helse blant unge. For eksempel er såkalte «nudes» relativt vanlig blant ungdom, ifølge Medietilsynets kartlegging (1039). Nesten halvparten av alle ungdommer i alderen 13–18 år har blitt spurt om å dele et nakenbilde av seg selv, og 42 prosent ble spurt av en ukjent person på nettet. I løpet av det siste året har 12 prosent av 13–18-åringer delt et nakenbilde av seg selv. Videre har fire av ti norske tenåringer mellom 13 og 18 år mottatt nakenbilder. Andelen øker med alder og er høyest blant jenter. 40 prosent av bildene ble sendt fra en ukjent på nettet (1039).

En svensk studie finner at jenter oftere enn gutter får seksuelle meldinger og bilder fra fremmede, og at de i større grad opplever «sextingen» som negativ (1040). Samtidig understreker forskerne at det også er en betydelig andel gutter som har negative erfaringer, og har opplevd press om å dele seksualisert innhold. At jenter i noe større grad rapporterer negative erfaringer i forbindelse med deling av slikt innhold, kan ifølge forskere skyldes at det er større risiko for at jenters bilder deles videre, og at jenter i etterkant kan stemples som «slutty» eller «horete» (1040). Forskerne har også advart mot at sosial mediebruk kan føre til at seksuelle overgrep også foregår i sosiale medier, gjennom bildebaserte, digitale, seksuelle overgrep (1038). Det kan for eksempel være at noen deler intime bilder uten eierens samtykke. Studier tyder på at ungdom som sender tekst- og bildemeldinger med seksuelt innhold, oftere er utsatt for vold i kjæresteforholdet, sammenliknet med de som ikke sender slike meldinger. Digitale medier kan også brukes til å kontrollere kjærester. Det er utfordringer knyttet til å frambringe eksakte tall når det gjelder forekomst av seksuelle overgrep på nett. Forskere har pekt på at digitale overgrep er nesten like vanlig som fysiske overgrep blant barn og unge (1038, 1040).

15.5 Utvalgets vurdering

Som omtalt i kapittel 9 er utvalget bekymret for økningen i andelen særlig unge jenter som rapporterer om psykiske plager og stress, og økningen av unge jenter som blir diagnostisert med en psykisk lidelse. Utvalget er opptatt av å understreke at det er nødvendig med mer forskning på psykisk helse, og en kunnskapsbasert tilnærming

til sammenhengen mellom sosiale medier og psykisk helse blant ungdom. Forskningen bør se nærmere på om ulike typer bruk påvirker psykisk helse ulikt, hvem som er særlig sårbare for ulike typer bruk, og hvem som kan profitere på ulike typer bruk av sosiale medier. Utvalget mener tiltak som bidrar til økt kunnskap om kropp, seksualitet og grensesetting er virkemidler som vil gjøre ungdom bedre i stand til å møte blant annet kroppspress i sosiale medier.

Det er etter utvalgets syn tydelig at befolkningen har høye forventninger til hvilken informasjon helsetjenesten skal kunne svare på, også i sosiale medier. Helsemyndighetene bør derfor vurdere en mer strategisk tilnærming til sin tilstedeværelse i sosiale medier og til spredning av presis helseinformasjon. Utvalget mener tiltak som bidrar til å løfte helsekompetansen i befolkningen som helhet vil skape gode betingelser for at flere kritisk kan vurdere helseinformasjon som spres i sosiale medier. Utvalget mener det er nødvendig med en styrket satsing på kvalitetssikret informasjon på digitale plattformer. Utvalget vil fremheve at denne informasjonen bør tilpasses

barn og ungdom. Plattformer som ung.no, som sprer informasjon om både fysisk, psykisk og seksuell helse til ungdom på nett og i sosiale medier, er verktøy som etter utvalgets vurdering bør styrkes. Utvalget ser med bekymring på forekomsten av seksualiserte overgrep i sosiale medier. Det er behov for mer kunnskap om barn og unges erfaringer med dette. Utvalget vil peke på at helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten er viktig for å spre helseinformasjon til barn og unge, men også i å fange opp barn og ungdom som opplever vold og overgrep, for eksempel i sosiale medier. Utvalget mener at helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten bør styrkes og sikres kompetanse om vold og overgrep som foregår på eller gjennom digitale sosiale plattformer.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 33 Styrke seksualundervisningen på barne- og ungdomsskolen; 23 Øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper; 35 Prioritere forskning på psykiske lidelser; og 29 Styrke helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten.

Kapittel 16

Digital kvinnehelse

16.1 Innledning

Statistisk sentralbyrå har anslått at 25 prosent av befolkningen må jobbe i helse- og omsorgstjenesten i 2060, dersom kvaliteten i tjenesten skal opprettholdes (856). Det er en politisk målsetting at digitalisering og ny teknologi skal bidra til å avlaste en helse- og omsorgstjeneste under press. Arbeidet for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester uavhengig av geografiske forskjeller, bygger blant annet på å utnytte teknologiske framskritt. Utvalget er bedt om å vurdere hvordan utvikling innen teknologi og digitalisering kan påvirke kjønnsulikhet i helse og helsekompetanse. Utvalget vil tydeliggjøre at selv om digitalisering ofte er utløst av teknologi, dreier det seg i høy grad også om endring i organisering og arbeidsprosesser. Digitalisering av helse- og omsorgstjenester, gjerne omtalt som e-helse, handler både om mennesker, faglig innhold, brukervennlighet, kvalitet og sikkerhet – i tillegg til teknologiske framskritt. I dette kapitlet har utvalget sett nærmere på hvorvidt kjønn og kjønnsperspektiv er innlemmet i sentrale styringsdokumenter for digitalisering av helse- og omsorgssektoren. Videre har utvalget valgt å trekke fram fire områder som anses som rele-

vante med hensyn til kjønn og kvinners helse: digital samhandling og datadeling, det digitale tjenestetilbudet, velferdsteknologi og ny kvinnehelseteknologi.

16.2 Kjønn i politiske styringsdokumenter

Utvalget har sett på om kjønn og kjønnsperspektivet er inkludert i et utvalg sentrale politiske styringsdokumenter for digitalisering av helsesektoren. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* peker på en kjønnsforskjell mellom jenters og gutters bruk av tjenester innen psykisk helsevern. Ettersom målet er å vurdere digitalisering, ses det bort fra dette i denne sammenheng. De siste årene er det satt tydeligere mål for IKT i helsetjenesten. Dette har imidlertid ikke ført til at kjønnsperspektivet er inkludert i noen av de mest sentrale styringsdokumentene. Som tabell 16.1 viser, er ikke kjønn inkludert i noen av styringsdokumentene som handler om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten.

Som utvalget viste i kapittel 7 om håndtering av kjønnsforskjeller i helse, arbeides det ikke systematisk med å sikre at verken hensynet til

Tabell 16.1 Kjønnsperspektiv i sentrale politiske styringsdokumenter for digitalisering av helsesektoren

Politiske dokumenter	Kjønnsperspektiv
Meld. St. 9 (2012–2013) <i>Én innbygger – én journal – Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren</i> ¹	Nei
<i>Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022</i> (inkl. vedlegg <i>Plan for e-helse 2019–2022</i>)	Nei
<i>En digital offentlig sektor – digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025</i>	Nei
Meld. St. 7 (2019–2020) <i>Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023</i>	Nei
Meld. St. 30 (2019–2020) <i>En innovativ offentlig sektor – Kultur, ledelse og kompetanse</i>	Nei
<i>Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021–2025</i>	Nei
<i>Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023–2030</i>	Nei

¹ Én innbygger – én journal ble skrinlagt høsten 2022.

eller konsekvenser for kjønn innlemmes når nye planer, strategier eller praksiser utformes. Denne tendensen finner utvalget igjen også når det gjelder styringsdokumentene for digitalisering av helse- og omsorgstjenesten. Selv om en ikke vet sikkert hvordan ny teknologi vil påvirke kjønn og kjønnsforskjeller i helse i framtiden, er det allerede tegn på at digitale løsninger ikke er kjønnsnøytrale. I tillegg er kvinner i flertall blant de sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene hvor de nasjonale planene og digitaliseringsstrategiene skal omsettes i praksis, og hvor mange digitale tjenestetilbud prøves ut. Utvalgets utgangspunkt er at kjønn har betydning for helse – også når helsetjenesten blir mer digital. Dette omtales nærmere i det følgende.

16.3 Digital samordning og datadeling

Digitalisering av helse- og omsorgstjenesten forutsetter at helseinformasjon utveksles digitalt, trygt og sikkert. Helsepersonell har behov for tilgang til pasientopplysninger, mens innbyggerne har behov for enkel og sikker tilgang til digitale tjenester. Et eksempel er felles kommunal kjernejournal som gir både innbyggeren og helsepersonell tilgang til viktige opplysninger om brukerens helse på tvers av omsorgsnivå.

Helsenorge.no er den mest kjente e-helseløsningen for mange, og den omtales gjerne som en form for offentlig «nettbank» for helse. Helsenorge kan ses som en digital samhandlingsløs-

ning for i helse i Norge. Målet er at portalen skal gi fordeler for både pasient og tjenestemottaker, pårørende og for tjenesten selv. Pasientene skal få lettere tilgang til informasjon og mulighet til å ta kontakt når det passer dem. Pårørende kan enklere involveres med fullmakt – også hvis de bor langt unna. Løsningen er tidsbesparende for ansatte i helsetjenesten, den gjør det enklere å kvalitetssikre informasjonen som gis til tjenestemottakere og pårørende, og beskjedene lagres digitalt. Det er opp til hver enkelt kommune å bestemme hvilke tjenester som skal åpne for digital kommunikasjon med innbyggerne.

Helsenorge.no har lite kjønns spesifikk informasjon om kjønn og helse. Det er også lite informasjon som omhandler kvinnehelse spesifikt. Etter dialog med Norsk helsenett som forvalter helsenorge.no, merker utvalget seg at det ikke finnes informasjon om for eksempel PMDD (premenstruell dysforisk lidelse), fødselsangst, graviditet utenfor livmor, enterocele, rektocoele, cystocoele (tilstander hvor urinblæren, endetarmen eller andre tarmer buker seg fram i skjeden) og multimorbiditet i dag.

16.3.1 Kjønn i helsedata og helseregister

At helse- og omsorgstjenestene digitaliseres, bidrar også til å frambringe helsedata. Helsedata er digital tallfestet informasjon om befolkningen som lagres når en er i kontakt med helsetjenesten. Helsedata kan være både svar på spørsmål i en spørreundersøkelse og mer objektive eller biolo-

Boks 16.1 Digitalt helsekort for gravide

Som omtalt i kapittel 10, er et velfungerende samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten viktig i svangerskapsomsorgen. Samarbeidet foregår gjerne på digitale arenaer, og helsekort for gravide kan være en slik samhandlingsarena. Helsekortet fungerer som en pasientjournal og som et bindeledd mellom lege, jordmor og sykehus, og det inneholder informasjon om sykdommer som må følges opp, som diabetes, epilepsi, høyt blodtrykk eller psykisk sykdom.

I dag må de fleste gravide selv sørge for å ha med et fysisk helsekort i papir til lege og til svangerskapskontroll. Det gjelder også utskrift av alle prøvesvar til fødeavdelingen. Å digitalisere helsekort for gravide har vært et faglig og

politisk ønske gjennom flere tiår for å styrke kvaliteten på svangerskapsomsorgen. I tråd med at mye av den øvrige helsetjenesten digitaliseres, er det naturlig å forvente en slik elektronisk svangerskapsjournal. Flere har pekt på at digitalisering av helsekortet vil gjøre møtet mellom helsetjenesten og den gravide bedre. En unngår dobbeltarbeid ved at opplysninger fra helsekortet må føres inn i den elektroniske pasientjournalen, og sensitiv informasjon lagres tryggere. En betydelig andel av gravide har ikke med seg helsekortet når de kommer til kontroll i spesialisthelsetjenesten. Dette kan potensielt utgjøre en risikofaktor dersom helsepersonell overser viktig helseinformasjon.

Boks 16.2 Hvordan utnytte nordiske registerdata i kvinnehelseforskning

Strukturen på norske helseregistre gir unike muligheter til å forske på kvinnehelseproblestillinger fordi data fra ulike helse- og sosioøkonomiske registre kan kobles til hverandre. Registerne har variabler med detaljert og vesentlig informasjon for tilnærmet hele befolkningen. Dette inkluderer data om svangerskap, legemiddelbruk, sykdommer og skader som er behandlet i helsetjenesten, utskrevne legemidler, skoleprestasjoner, arbeidsliv, økonomi, familiestruktur og dødsårsak. Informasjon om familiemedlemmer kan kobles sammen. I SCAN AED prosjektet (1041) samles data fra 30 registre for nesten 5 millioner fødsler fra Norge, Sverige, Finland, Danmark og Island. Hensikten er å avklare hvilken behandling som er tryggest for mor og barn, når kvinner med epilepsi er gravide. Den første artikkelen fra prosjektet beskriver at barn av kvinner som hadde brukt legemidlet topiramat, hadde to til tre ganger økt risiko for å få diagnosene autisme og/eller psykisk utviklingshemning (1042). Til tross for at topiramat har vært brukt mot blant annet epilepsi og migræne siden 1990-tallet, var ikke denne sammenhengen kjent fra tidligere.

Studien førte til at det europeiske og det britiske legemiddelverket startet etterforskning av tryggheten av topiramat i svangerskapet, med henblikk på endring av retningslinjer.

Til tross for den unike muligheten til å koble registre er det relativt få norske helseforskere som bruker datakildene. Tilgang til data krever en lang rekke søknader, saksbehandlingen tar svært lang tid og oppfattes av mange som kronglete og uforutsigbar. For eksempel tar det lang tid å få tilgang til helsedata. I praksis kreves det at forskningsprosjekt og forskningsgrupper har på plass langvarig finansiering og god kunnskap om statistisk programmering. Utlevering av registerdata på tvers av landegrenser er også vanskelig på grunn av ulike lover og retningslinjer i landene. Samlet sett kan dette føre til forsinkelser som gjør at forskningsdataene mister aktualitet før de blir publisert. For å få kunne utnytte de unike datakildene til beste for befolkningen er det nødvendig å forenkle og harmonisere saksbehandlingen.

Av Marte-Helene Bjørk, overlege ved Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus og professor ved Klinisk Institutt 1, Universitetet i Bergen.

giske data som for eksempel vekt eller høyde. Helsedata lagres i helseregister. Et eksempel er Medisinsk fødselsregister som omfatter alle fødsler i Norge og inneholder opplysninger om svangerskap, fødsel og sykdommer eller komplikasjoner hos mor og barn.

Norske helsedata er blant de beste i verden og kan ha stor nytte både for forskere, og for å sikre kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten. Trygg og sikker datadeling mellom for eksempel kommune- og spesialisthelsetjenesten vil kunne gi høyere kvalitet og mer tilpasset behandling. Forskere kan benytte helsedata fra befolkningen til å utvikle bedre medisiner og behandlinger samt helsefremmende tiltak. Flere har påpekt at man i Norge har gode verktøy til å håndtere personsensitive helsedata, men at mange forskere likevel opplever utfordringer med tilgang til helsedata i form av komplekse søknadsskjemaer og prosesser på tvers av ulike registre og lang behandlingstid.

Helsedata har et stort potensial for å gi mer kunnskap om kjønns betydning for helse. Senter

for forskning på hjertesykdom hos kvinner har i et innspill til utvalget pekt på at helsedata og helseregistre er viktige verktøy for mer kunnskapsbasert praksis i tjenestene. Selv om kjønn er registrert i mange av de norske helseregistrene, blir ikke resultatene analysert eller presentert kjønns spesifikt. Dette er en utfordring, påpeker senteret. I årsrapporten til Norsk hjerteinfarktregister oppgis for eksempel kun andelen av hvert kjønn som fikk hjerteinfarkt, og snittalder ved infarkt. Det er behov for at mer detaljert og kjønns spesifikk informasjon vil kunne gi et verdifullt datagrunnlag som kan brukes til å øke kunnskapen om kjønnsvariabelen. Slik informasjon kan være forskjeller i andelen menn og kvinner som får type 1 og type 2 hjerteinfarkt¹, hvor mange menn i forhold til kvinner som fikk utført ekkokardiografi før utreise og andelen som fortsatt lever etter 30

¹ Type 1: Infarkt som følge av sykdom i koronararterie med plakkruptur/fissur/erosjon og påfølgende trombose. Type 2: Infarkt som følge av økt oksygenbehov eller redusert tilførsel.

dager. Slik rapportering vil kunne bidra til kunnskap hvordan sykdommer kan ha ulike uttrykksformer og forløp avhengig av kjønn. Dette dreier seg om både kjønnsforskjeller i behandling, risikofaktorer, symptomer og prognose.

16.4 Vekst i det digitale tjenestetilbudet

Det digitale tjenestetilbudet består av både offentlige og private helsetjenester. Digitalisering av helsetjenester gjorde et byks under koronapandemien. Tall fra Helsedirektoratet viser at om lag 5 prosent av alle fastlegebesøk var digitale i begynnelsen av mars 2020. Andelen steg raskt til 57 prosent i løpet av de to neste ukene da samfunnet stengte ned. I tillegg var det en dobling i antall psykologer som ga tilbud om videosamtaler. Behovet for digitalisering av helsetjenesten var tydelig før pandemien, men nedstengningen og smitterestriksjonene viste hvilke muligheter som fantes. Etter en betydelig vekst fra 2019 til 2020 er det nå en stabil utvikling i andelen innbyggere som benytter digitale helsetjenester. Andelen som har benyttet digitale helsetjenester i løpet av det siste året, økte fra 33 prosent i 2019 til 48 prosent i 2020. I 2021 var denne andelen 46 prosent, noe som vitner om en stabil utvikling fra 2020 (1043, 1044).

16.4.1 Bruk av digitale helsetjenester og digital helsekompetanse

Kvinner bruker digitale helsetjenester mer enn menn (1043, 1045). Funnene stemmer overens med trendene i Sverige (1046) og i internasjonal forskning blant annet fra Storbritannia (1047) og USA (1048). At flere kvinner enn menn benytter disse tjenestene, må ses i sammenheng med at flere kvinner også er hyppigere i kontakt med helsetjenesten fysisk. Over 60 prosent av alle sykmeldinger etter digital konsultasjon i 2020 ble skrevet ut til kvinner. Kjønnfordelingen var den samme i alle fylker (1049). Ettersom kvinner generelt har høyere sykefravær enn menn, er ikke dette oppsiktsvekkende. Det er ikke vist at det er noen systematiske forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder holdninger til digitale helse-tjenester (1043).

Omkring 6 prosent av befolkningen bruker ikke digitale helsetjenester i det hele tatt. Det er en større andel menn (7 prosent) enn kvinner (4 prosent) i denne gruppen. Disse innbyggerne er oftere over 60 år (9 prosent) og har grunnskole-utdanning som høyeste utdanningsnivå (13 pro-

sent). Denne gruppen har oftere også negative holdninger til digitale tjenester (1043).

Digital helsekompetanse handler om en persons motivasjon og evne til å søke opp, finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon fra elektroniske kilder for å kunne treffe beslutninger relatert til egen helse (1050). Undersøkelsen *Befolkningens helsekompetanse* peker på at generelle digitale ferdigheter henger sammen med kjønn, alder, utdanningsnivå og sykdomsbilde (362).

I undersøkelsen oppga kvinner noe høyere grad av ferdigheter enn menn når det gjaldt å søke etter digital helseinformasjon. Samtidig rapporterte menn bedre generelle digitale ferdigheter. Utdanning virket positivt inn på digital kompetanse. Langvarig sykdom og høy alder virket negativt inn på digital helsekompetanse, noe som indikerer at grupper i befolkningen som hyppigere bruker helsetjenester, kan være svakere forberedt på å ta i bruk digitale helse-tjenester. Her er det verdt å merke seg at blant de aller eldste i befolkningen, er kvinner i flertall. Blant brukerne med det aller laveste nivået av digital kompetanse, var det høyere andel kvinner enn menn (362).

16.4.2 Offentlig vs. private tilbud rettet mot kvinner

Direktoratet for e-helse påpeker at offentlig-privat samarbeid blir viktig for å møte den økende etterspørselen etter digitale helsetjenester. Digitale tjenester i de offentlige helse- og omsorgstjenestene er utviklet av det private leverandørmarkedet. Derfor er det et mål å skape gode rammebetingelser for hvordan offentlige og private leverandører kan samarbeide om å sikre helhetlige og likeverdige tjenester (1044).

Digitaliseringen de siste årene har gjort at flere private aktører har etablert digitale tjenestetilbud. Aktører som Aleris, Dr. Dropin, Eyr, Hjemmelegene, Kry og Legevisitt vokser stadig (1044). Mye tyder på at kvinner har vært ansett som en svært attraktiv målgruppe for private tilbydere. Tjenestetilbydere som Maja.no har spesialisert seg på kvinners helse. Og på hjemmesidene til flere av de andre private aktørene kan en lese slagord som «Vi tar kvinnehelse på alvor» og «Din kropp, dine valg». Det er rimelig å anta at fordi kvinner som gruppe er hyppige brukere av digitale helsetjenester og i stor grad er positive til digitale helsetilbud, utgjør de en attraktiv målgruppe. Private aktører tilbyr også i større grad ulike tjenester og tverrfaglige spesialiteter i sin

digitale førstelinje. Hos flere av aktørene er det mulig å bestille time direkte hos allmennlege, psykolog, psykiater eller hudlege og parterapi, samtale for barn og unge, foreldre- og familie-veiledning digitalt eller ved fysisk oppmøte.

Statens helsetilsyn har pekt på problematiske sider ved digitale private tilbydere av helse-tjenester, og at det kan være for enkelt å bestille reseptbelagte midler (1051). Samtidig har private tilbydere tatt til orde for at det er behov for noen nasjonale retningslinjer for hvordan man kan utnytte digitale hjelpemidler, og jobbe trygt digitalt med helsetjenester (1052). Digitale helse-tjenester er noe befolkningen mener bør prioriteres høyt, ifølge Kantars helsepolitiske barometer for 2021, som måler befolkningens holdninger i helsepolitiske spørsmål. I den samme undersøkelsen svarer imidlertid 68 prosent at de opplever at vi har et todelt helsevesen, hvor økonomi har betydning for behandlingen man får. Det er grunn til å spørre seg om denne todelingen også gjenspeiles i det digitale tilbudet, særskilt i tilbud rettet mot kvinners helse.

16.5 Velferdsteknologi

Begrepet «velferdsteknologi» ble introdusert i NOU 2011: 11 *Innovasjon i omsorg*, og definisjonen er fremdeles i bruk: «Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet» (977). Velferdsteknologi brukes her gjennomgående om de digitale løsningene, apparatene og de organisatoriske hjelpemidler det er tale om.

16.5.1 Kjønnssdelte tilbud om hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne

I 2017 gjorde Likestillingssenteret en undersøkelse som er særlig relevant med hensyn til personer med nedsatt funksjonsevne. Basert på en analyse av 441 523 utlånte og personlige hjelpemidler og intervju med fokusgrupper med til sammen 26 informanter analyserte Likestillingssenteret (1053) hvorvidt det finnes utilsiktede skjevheter og ulikheter i tildelingen av hjelpemidler basert på kjønn, alder og bosted. Det er

store ulikheter i tildeling av hjelpemidler mellom kjønnene, men også store regionale forskjeller, viser funnene. Forskjellene er størst blant de over 60 år. Kvinner får flest hjelpemidler i ulike kategorier for tilpassing i hjemmet, mens menn får motoriserte hjelpemidler, elektroniske hjelpemidler eller hjelpemidler som skal bidra til mosjon og trening (1053). Gjennom intervjuene kom det også fram at brukere og hjelpemiddelformidlere påvirkes av tradisjoner og holdninger knyttet til kjønn. Rapporten konkluderte med at det ikke er likeverdighet i dagens hjelpemiddelsystem, fordi stereotypier og forventninger til kjønn skaper begrensinger for at både kvinner og menn skal ha lik tilgang til hjelpemidler de har behov for (1053).

16.5.2 Velferdsteknologi i kvinnedominerte helse- og omsorgstjenester

En litteraturgjennomgang om erfaringer med velferdsteknologi i norske kommuner viser at spørsmål om ressurser i helse- og omsorgstjenestene problematiseres i flere studier (1054). Prosjekter med velferdsteknologi er arbeidskrevende, og arbeidsmengden kan ofte være undervurdert samtidig som implementeringen skal skje i en kompleks helsetjeneste, med til dels høyt sykefravær, utstrakt bruk av ufaglært arbeidskraft og utskiftning av arbeidsstokken (1055, 1056). Disse faktorene innebærer betydelige utfordringer for gjennomføring av prosjektene og overgangen til varig endring (1055, 1057). Tekniske løsninger er ofte assosiert med spesialiserte og stabile arbeidsmiljøer med høy kompetanse. Slik er ikke virkeligheten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som både sosialt og organisatorisk kan være svært kompleks (1054). Her spiller kjønnsdimensjonen en sentral rolle i hvordan feltet og utfordringer oppfattes, hevder forskerne. Kvinner dominerer på arbeidsplassene, lønnen er relativt lav, man har begrenset med innflytelse, og mange er ufaglærte (1057). Forskere har også pekt på at velferdsteknologi i seg selv innebærer et møte mellom to «kjønnede» fagfelt (1058).

16.5.3 Kjønnede forventninger til brukere og aktive pårørende

Forskere mener det er grunn til å spørre om innføring av velferdsteknologi betyr en tilbake-trekning i hva det offentlige skal ta ansvar for – og som pårørende, frivillige eller private må kompensere for (1054). Hvordan vil den økte forventningen om avstandsoppfølging og behandling hjemme påvirke kjønnsbalansen i hjemmet? For-

skere advarer mot at det blir mødres og døtres ansvar å følge opp barn og eldre som trenger assistanse til å betjene nye verktøy hjemme (1059).

Som belyst i kapitlet om pårørendeomsorg og kvinnehelse, har pårørendearbeid en klar kjønnsdimensjon, og teknologi spiller en sentral rolle. Når flere skal måle blodtrykk, blodsukker eller hjerterytme hjemme og rapportere resultatene digitalt, er det rimelig å se for seg at pårørende må bistå de svakeste. Det kan skape uheldige konsekvenser dersom målet om å lette arbeidspresset i helse- og omsorgstjenesten resulterer i at pårørende eller frivillige overtar oppgaver. Forskning viser at noen kvinner ender opp med å gå ned i stillingsbrøk eller blir sykmeldt når omsorgsbyrden blir for stor (20). Også sosioøkonomiske forhold vil kunne spille inn der ressurssterke familier vil kunne kjøpe private tjenester for dekke behovet for omsorg og oppfølging.

16.6 Ny kvinnehelseteknologi

De siste årene har det vært stor vekst i tilgangen på ny kvinnehelseteknologi, ofte kalt femtech. Femtech viser til programvare, produkter og tjenester som er markedsført direkte mot kvinners helse. Eksempler er apper for menstruasjonssporing, fertilitetssporing, apper om hormonendringer i overgangsalderen, treningsapper basert på kvinnelig fysiologi, men også ulike hygieneartikler. Enn så lenge dominerer amerikanske selskaper, og det er i stor grad næringslivsaktører og industrien som står for utvikling av tilbudet. Likevel er det rimelig å slå fast at flere av disse løsningene må ses på som både innovative og helsefremmende for kvinners helse verden over. Et fellestrekk ved flere av løsningene er at de er skalerbare til et internasjonalt marked (1060).

Femtech-industrien kan utfordre personvernet gjennom bruk av personsensitive data til kommersielle formål. Særlig det å overlate svært detaljert og personlig informasjon til helse- og fertilitetsapper kan legge til rette for at markedsaktører får svært mye makt, påpeker forskere (1061). Clue er et selskap som har vært kritisert for dette. Clue er en app for digital sporing av eggøsning. Ved å loggføre seksuell aktivitet, symptomer og blødninger skal brukeren få oversikt over «sikre perioder» for enten å bli eller ikke bli gravid (1061). Kritikere har hevdet at det er etiske utfordringer ved Clues forretningsmodell der intime og sensitive data lagres og selges videre til en tredjepart.

Boks 16.3 Norsk kvinnehelseteknologi for enklere fjerning av p-stav

Selskapet Removaid er et eksempel på kvinnehelseteknologi utviklet i Norge med finansiering fra både Gates Foundation, Innovasjon Norge, Forskningsrådet og Regionale forskningsfond. Forretningsideen er en metode for å fjerne prevensjonsmiddelet p-stav. Innsettingen av p-stav er relativt enkel, mens fjerning må gjøres av helsepersonell med kirurgisk kompetanse (1062). Removaid's løsning gjør det enklere å fjerne staven, slik at dette kan utføres av en større gruppe helsepersonell (1063).

Forskere har påpekt at «intimovervåking» fikk ny aktualitet i 2022 i lys av abortdebatten i USA, og som følge av opphevingen av høyesterettsdommen Roe vs. Wade som grunnlovsfestet amerikanske kvinners rett til abort i 1973. Brukere ble usikre på om informasjon om syklus og eventuell graviditet kunne komme på avveie. Slik kan kvinnehelseteknologi ses på som frigjørende i et kvinnehelseperspektiv ved å gi verktøy til å bli bedre kjent med egen kropp. Samtidig innlemmes denne informasjonen i en større global helsedata-økonomi der kommersielle aktører styrer utviklingen.

16.7 Utvalgets vurdering

Utvalget merker seg at hensynet til kjønn ikke er inkludert i noen av de mest sentrale politiske styringsdokumentene for digitalisering av helse- og omsorgstjenesten. Kjønn er heller ikke vektlagt i noen av de viktigste løsningene for digital samhandling og datadeling. Det er utvalgets oppfatning at kjønnsperspektivet må være gjennomgående i helsetjenesten, også i prosesser som handler om digitalisering av helsetjenesten.

Utvalget ser med bekymring på at det er kjønnsforskjeller og geografiske forskjeller i tilgangen på velferdsteknologi, slik undersøkelser viser. Utvalget mener det er behov for en oppdatert kartlegging av dette, og at det vurderes relevante tiltak.

Det er en gjennomgående holdning at digitale og til dels automatiserte systemer skal være en

støtte, og ikke erstatte mennesker i tjenestene. Samtidig er det mange som bruker apper og gjør egne søk på nett om symptomer før de tar kontakt med helsetjenesten. Dette kan bety endringer i forholdet mellom fastlege og pasient, men det kan også diskuteres om digitale tilbud er i ferd med å bli en ny digital førstelinje.

Utvalget mener at det er behov for at offentlige helsemyndigheter tar innover seg det store tilfanget av private aktører som tilbyr digitale helse-tjenester rettet mot kvinner, inkludert veksten i ny kvinnehelseteknologi. Det er grunn til å spørre om dette vitner om at kvinner opplever et udekket behov i møte med den offentlige helsetjenesten, for eksempel i fastlegeordningen. Dette kan være et uttrykk for at særlig unge kvinner har preferanser knyttet til online booking, kort ventetid, lett tilgjengelig prevensjon, test av seksuelt smittsomme sykdommer, og at dette er noe private aktører lykkes i å imøtekomme. Det bør være et mål at den offentlige helsetjenesten i større grad klarer å møte kvinner, og da i særlig grad unge kvinner, gjennom digitale arenaer som helsenorge.no. Dette krever en styrket digital satsing og ressurser på kvinners helse digitalt.

16.7.1 Styrket digital samordning

Utvalget mener det er behov for å styrke den digitale samordningen for å sikre systematikk i arbeidet med kjønns betydning for helse. Dette innebærer at ansvaret for å innlemme hensynet til kjønn i digitalisering av helse- og omsorgstjenesten må forankres. Utvalget vil peke på at et slikt ansvar kan legges til en sentralt plassert fagenhet (se tiltak 11). Denne fagenheten bør prioritere å frambringe kunnskap om kjønns-perspektiv på digitalisering og kjønns-spesifikke helsedata. Utvalget ser grunn til å påpeke at det er behov for samordning også når det gjelder digitalisering på tjenestenivå. At helsekort for gravide fremdeles ikke er digitalisert, mener utvalget er en betydelig mangel for gravide og fødende i Norge. Utvalget mener det haster å realisere digitalt helsekort for gravide.

Se utvalgets anbefalte tiltak 11 Opprette en sentral fagenhet for kvinnehelse og helse i et kjønns-perspektiv; og 46 Prioritere digitalt helsekort for gravide.

16.7.2 Bedre utnyttelse av helsedata

Norske helsedata og helseregistre gir store muligheter for kunnskapsutvikling og forskning, blant annet ved at helseregistre og sosioøkonomiske

registre kan kobles sammen. Samtidig pekes det i flere av innspillene til utvalget på at det er flere utfordringer knyttet til bruk av helsedataene. Blant annet ulike søknadsprosesser og at det kan ta lang tid før data blir utlevert. Utvalget mener at bedre utnyttelse av helsedata vil være en nøkkel for å tilrettelegge for mer kunnskap om kvinnehelse og kjønns betydning for helse.

Utvalget mener det er nødvendig at det i inn-samling av helsedata etterspørres mer kjønns-spesifikk informasjon. Samtidig finnes det kjønns-spesifikk informasjon i flere helseregistre i dag som ikke nyttiggjøres. Utvalget mener det må sikres en standard for at resultater presenteres kjønns-spesifikt. Tilgjengeliggjøring av kjønns-spesifikk kunnskap i flere helseregistre vil kunne tydeliggjøre hvilke kjønnsforskjeller som finnes og gi bedre muligheter for å forbedre behandling og prognose for begge kjønn. Utvalget mener det er grunn til å vurdere behovet for å stille krav om alle sentrale helseregistre og nasjonale kvalitetsregister skal presentere kjønns-spesifikke resultater.

Det er imidlertid også behov for å videre-utvikle enkelte helseregistre som er av særlig betydning for kvinners helse, under informasjonen om barselomsorgen i Medisinsk fødsels-register. Utvalget har fått flere innspill om at det mangler gode indikatorer for barsel, som gjør det mulig å kvalitetssikre at oppfølgingen som kvinner får, er god nok.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 19 Tilrettelegge for bedre utnyttelse av helsedata i arbeidet med kvinnehelse og kjønns-perspektiver i helse.

16.7.3 Digital formidling av kunnskap om kvinners helse

Utvalget mener det bør satses på formidling i digitale kanaler for å spre kunnskap om kvinnehelse, og om kjønns betydning for helse. Informasjonen bør være tilgjengelig for helsepersonell og for allmennheten. Utvalget mener digitale kanaler er sentrale for å sikre at ny kunnskap når ut og implementeres i helse- og omsorgstjenesten.

Utvalget mener at relevante myndigheter må utvikle informasjon om kjønn og helse, og særlig om kvinners helse på helsenorge.no. Det vil være klokt å bygge på eksisterende infrastruktur på helsenorge.no, men det forutsettes at informasjonen blir gjort tilgjengelig for et bredere publikum. Utvalget vurderer dette som et helsefremmende tiltak. Arbeidet bør ses i sammenheng med behov for økt helsekompetanse i befolkningen (jf. *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*). Informasjonen bør være

tilgjengelig på flere språk og møte kravene til universell utforming i IKT-løsninger. Utvalget vil framheve viktigheten av at informasjonen blir tilgjengelig på samiske språk. Det er også nødvendig med målrettet innsats for å spre kunnskap og informasjon om helsenorge.no og å gjøre innholdet relevant også for yngre aldersgrupper. Utvalget ser også behov for en arena for å samle kunnskap og drive forskningsformidling for et bredere publikum.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 21 Oppdatere nåværende og gi ny kjønns spesifikk informasjon på Helsenorge.no; og 22 Etablere en digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap om kvinnehelse.

16.7.4 Samarbeid om digitale tjenester og bruk av ny kvinnehelseteknologi

Utvalget mener at sentrale helsemyndigheter må anerkjenne at private tilbydere har kommet

lenger enn offentlige tjenester når det gjelder å tilby digitale helsetjenester, og at kvinner er en attraktiv målgruppe. Utvalget mener det må være et mål for helse- og omsorgstjenestene å møte brukere, pasienter og pårørende digitalt, og at det er noen særskilte behov for samarbeid rundt kjønn, helse og teknologi. Utvalget mener det er nødvendig med bedre samarbeid mellom offentlige og private tilbydere for å sikre trygge og gode digitale helsetjenester som er kvalitetssikret og tilgjengelige for alle.

Utvalget mener det må tilrettelegges for utvikling av ny teknologi og innovasjon som kan gi bedre helsetjenester for alle. Her mener utvalget det er mye å lære av den raske utviklingen innen kvinnehelseteknologi.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 18 Etablere et samarbeidsnettverk for kjønn, helse og teknologi.

Kapittel 17

Framtidige utfordringer og muligheter for kjønn, teknologi og helse

17.1 Innledning

I 2017 publiserte en forskningsgruppe en artikkel i tidsskriftet *Nature* som viste hvordan et data-system mer presist enn hudlegespesialister kunne klassifisere føflekkreft (1064). Flere slike gjennombrudd har gitt store forventinger til hvilken rolle teknologi kan spille for helsetjenesten i framtiden. I dette kapitlet vil utvalget rette blikket framover og drøfte hvilken betydning teknologi kan ha for kvinners helse i framtiden. Hvordan kan framskrittene innen helseteknologi bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av kjønn? Og hvordan sikrer vi at nye digitale løsninger ikke skaper uønskede forskjeller i helse?

Teknologi er allerede en viktig del av helsesektoren. Et sentralt mål for framtidens helse-tjeneste er også mer personlig tilpasning (190). Helsesektoren må imidlertid håndtere flere hensyn når det gjelder implementering av ny teknologi. På den ene siden er det behov for å møte økte helse- og omsorgsbehov i framtiden og pasientenes forventninger til hva tjenestene skal levere. På den andre siden opplever tjenestene allerede stor vekst i utgifter. Dette stiller store krav til prioriteringer og det fordrer mer og ny kompetanse. I tillegg håndterer helsetjenesten sårbare pasienter og sensitive pasientdata, som krever særlig gode systemer for å hindre diskriminering og for å ivareta personvern. Utvalget mener det er nødvendig med en balansert tilnærming til hva en kan forvente at teknologi skal løse i helsetjenesten både på kort og lang sikt.

Målet om personlig medisin eller presisjonsmedisin har særskilt potensial til å gi oss mer kunnskap om kvinners helse. Veien mot presisjonsmedisin muliggjøres blant annet av framskritt innen kunstig intelligens (KI) – mer presist, maskinlæring – bedre tilgang til helsedata og økt forskningsmessig interesse (1065). I det følgende beskrives presisjonsmedisin og kunstig intelli-

gens nærmere og teknologiens relevans for kvinners helse utdypes.

17.1.1 Mot en mer skreddersydd behandling

Det er ingen entydig definisjon av persontilpasset medisin. I det anerkjente oppslagsverket Merriam-Webster (1066) er presisjonsmedisin beskrevet som «en medisinsk gren med fokus på å utvikle behandlingsformer til bestemte grupper basert på genetikk, molekyler og fenotypiske¹ karakteristikk». Som flere peker på, har medisinsk behandling i den store sammenhengen alltid vært persontilpasset med målrettet diagnostikk og behandling basert på alder, kjønn, annen sykdom, vekt, pasientens preferanser og hvordan bruk av ulike legemidler kan påvirke hverandre. Det nye er at resultater fra molekylerbiologi og genetisk testing nå inngår som et element i en mer skreddersydd behandling for den enkelte pasient (1067). Presisjonsmedisin forventes å kunne forutse om en person har anlegg eller motakelighet for sykdom. Dermed har en mulighet til å iverksette tiltak og behandling tidlig, og slik forbedre folks liv og helse.

Presisjonsmedisin kan få stor betydning også for kvinners helse (1068–1070), fordi både biologisk og sosialt kjønn påvirker risikofaktorer, symptomer, prognoser, biomarkører og effekt av behandling (40, 1071). En medisinsk tilnærming som går bort fra «one size fits all» og setter individuelle forskjeller i sentrum, vil med sannsynlighet kunne gi mer kunnskap når kjønnsspesifikke variabler og biomarkører inkluderes i forskning, diagnostikk og behandling. Å ta høyde for forskjeller helt ned på gennivå vil kunne bety mye for kvinners helse.

¹ Fenotype egenskaper er egenskaper hos et individ man kan observere direkte. Eksempler er øyenfarge, høyde eller blodtype.

17.1.2 Kunstig intelligens som driver for presisjonsmedisin

Kunstig intelligens preger i dag flere sider av samfunnet, også i helsetjenesten. I kombinasjon med store mengder helsedata kan kunstig intelligens bli et viktig verktøy i helsesektoren i framtiden (1065). Kunstig intelligens kan defineres på flere måter, men det handler om ulike verktøysett av dataprogrammer og statistiske metoder med mål om å gjøre datamaskiner i stand til å løse oppgaver som tidligere ble løst av mennesker. Ved å analysere store mengder data kan systemer utføre oppgaver med ulik grad av autonomi. Kunstig intelligente systemer har i varierende grad også evne å lære og å tilpasse seg nye miljøer (1072).

Framskritt i ulike maskinlæringsmetoder er blant de sentrale driverne i realiseringen av presisjonsmedisin. Datasystemene gir forskere og klinikere verktøy for å analysere store mengder informasjon, indentifisere mønstre i pasientdata og oppdage nye biomarkører og utnytte innsikt fra genomikk. Kunstig intelligens kan delvis overta tidkrevende oppgaver fra helsepersonell, og tolke og tyde persondata, for eksempel i form av bildegjenkjenning, mer presist enn helsepersonell kan. I dag tester forskere om maskinlæring kan brukes for å predikere gynekologiske kreftformer, gjenkjenne benstruktur som gir risiko for osteoporose, og gjenkjenne bilder av celleforandringer som kan indikere tidlig utvikling av brystkreft (1073).

17.2 Hva kan ny teknologi innebære for kvinners helse og for kjønns betydning for helse?

17.2.1 Mer effektiv screening for brystkreft?

Gjennom mammografiscreening forsøker en å identifisere brystkreft på et tidlig stadium hvor behandlingen kan være mer skånsom enn ved avansert brystkreft. I mammografiscreening er mer enn 99 prosent av undersøkelsene negative, og radiologene bruker dermed mye tid på å tyde screeningbilder fra kvinner med mammogrammer uten tegn til brystkreft.

Forskning og teknologiutvikling viser lovende resultater for hvordan systemer basert på kunstig intelligens kan gi bedre brystkreftscreening. Studiene er basert på retrospektive data. Dette knytter seg til to forhold; å sortere og velge ut hvilke grupper av undersøkelser som ikke behøver å leses av radiologer, hvilke som skal leses av en radiolog, og hvilke som må lese av to radio-

loger. Det andre forholdet dreier seg om mer presis tyding av mammografibilder.

Forskere har vist hvordan dataverktøy basert på kunstig intelligens kan velge ut personer med høyere risiko for brystkreft og som dermed bør tilbys hyppigere intervall eller screening med andre teknikker. Risikovurderingen gjøres av en algoritme og er basert på flere variabler enn kjønn og alder, for eksempel bilder fra tidligere mammografiundersøkelser, kombinert med annen helseinformasjon (1065).

I tillegg har forskere og utviklere vist hvordan enkelte dataprogrammer basert på kunstig intelligens har klart å gjenkjenne brystkreft like bra eller bedre enn radiologer (1074, 1075). Dette er særlig relevant med hensyn til intervallkreft. Dette er krefttilfeller som identifiseres mellom undersøkelsene i et screeningprogram. Intervallkreft diagnostiseres etter en negativ screeningundersøkelse, men før neste planlagte screeningundersøkelse. Disse svulstene vokser ofte raskt, og er dermed ikke synlige på screeningbildene.

Maskinlæringsmodeller kan forbedre screening både ved å gjøre målrettede utvalg av hvem som har høyere risiko for sykdom, men de kan også brukes til å tyde screeningbildene raskere og mer presist.

Kreftregisteret står bak flere slike prosjekter der man ser på mulighetene som ligger i maskinlæring for screeningprogrammet (1076). Gjennom BADDI-prosjektet samarbeider Kreftregisteret og Brystdiagnostisk senter ved Haukeland universitetssjukehus om å øke kunnskapen om maskinlæring og muligheten til å oppdage brystkreft. Her testes det om hvorvidt maskinlærings-systemet kan påvise brystkreft bedre eller like godt som røntgenlegene (1077). Kreftregisteret samarbeider også med Norsk Regnesentral om å utvikle en algoritme for å tyde screening-mammogrammer. Bildene er også analysert av kommersielt tilgjengelige KI-algoritmer, og resultatene er sammenliknet med resultater fra to røntgenleger. Resultatene er lovende og det planlegges nå randomiserte kontrollerte studier i flere helseforetak.

17.2.2 Mer treffsikker forebygging av demens?

Funn fra demensforskningen viser hvordan presisjonsmedisin kan gi oss mer kunnskap om kjønnsforskjeller i helse (1078). Alzheimers sykdom er den vanligste årsaken til demens, og kvinner og menn har ulike kognitive og psykiske symptomer på sykdommen. Kvinner opplever for eksempel

raskere kognitiv svekkelse etter diagnosen. Vi vet lite om hvorfor det er slik og hvilke mekanismer som fører til kjønnsforskjellene (1079). Dette aktualiserer behovet for mer kunnskap og treffsikker forebygging av demens som tar hensyn til kjønnsforskjeller i forekomst, symptomer og forløp. Forskere undersøker i dag kjønns spesifikk biomarkører som risikofaktorer for utvikling av Alzheimers sykdom og finner lovende resultater for at sykdommer kan behandles med legemidler (1079).

17.2.3 Forutse svangerskapsforgiftning?

Kvinneres reproduktive helse er et tredje område hvor presisjonsmedisinen kan få stor betydning og der teknologi kan gi framskritt. Forskere har utviklet blodprøver som kan påvise RNA-fragmenter i blodet, som kan indikere om en gravid har risiko for å utvikle svangerskapsforgiftning. Ifølge en forskningsartikkel var den nyutviklede blodprøvetesten for svangerskapsforgiftning mer treffsikker enn standardtestene for å predikere risiko for svangerskapsforgiftning (1080). Teknikkene bygger på moderne genetisk analyse av mange hundre gener samtidig.

Svangerskapsforgiftning oppstår typisk ikke før i siste del av svangerskapet og kan føre til betydelige helseskader hos både mor og barn. Årsaken til svangerskapsforgiftning er fremdeles ikke fullt ut forstått, men vi vet at unormal utvikling av morkaken tidlig i svangerskapet spiller en viktig rolle. Oppfølging av alle gravide for å fange opp de som utvikler svangerskapsforgiftning krever mye ressurser. Det er derfor behov for å kunne identifisere kvinner med høy risiko tidlig, både for å finne de som trenger ekstra oppfølging, men også for å igangsette forebyggende medisinerings.

17.2.4 Forutsi risiko for hjerteinfarkt hos kvinner?

Hjerte- og karsykdommer er blant de hyppigste dødsårsakene blant både kvinner og menn. Som utvalget har belyst tidligere er hjerte- og karsykdom, og særlig akutt hjerteinfarkt, er godt bilde på kjønnsforskjellene i helse. Det er også et område hvor vi vet mindre om kvinners hjerter enn om menns hjerter (1071). Det er forskjellige risikofaktorer for hjerteinfarkt mellom kvinner og menn. Menn har ofte tydelige symptomer, inkludert brystmerter med ubehag som stråler ut til venstre arm. Kvinner opplever vanligvis magesmerter, kvalme og oppkast, noe som ofte blir feiltolket av helsepersonell og livsviktig behandling

blir utsatt. Forskere viser nå hvordan bruk av maskinlæringsteknikker kan brukes til å utvikle modeller for å predikere risikoen for hjerteinfarkt (1068). Det at hjerteproblemer ofte oppstår i ulike alder for kvinner og menn, gjerne i kombinasjon med andre sykdommer gjør risikovurderingen utfordrende. Studier peker på at modellene for å vurdere risiko for hjerteinfarkt er dårligere tilpasset kvinner enn menn. En forskergruppe ved Universitetet i Zurich har utviklet en KI-basert risikoskåre som tar hensyn til biologiske kjønnsforskjeller direkte (1081).

17.3 utfordringer ved teknologi i framtidens helse

Det er flere aktuelle utfordringer innen teknologi og presisjonsmedisin på tvers av kjønn og bruksområder i helsesektoren. Det er fremdeles teknologiske barrierer for utnyttelse av store mengder helsedata og deling av data mellom aktører. Samtidig må helsedata kunne lagres og gjøres tilgjengelig, uten å gå på bekostning av personvernet. I tillegg er det organisatoriske, regulatoriske og økonomiske utfordringer. Utvalget mener det også er nødvendig å være bevisst på at det ikke nødvendigvis er slik at gode resultater fra tester med en programvare lar seg implementere i en praktisk hverdag i helse- og omsorgstjenesten. I det følgende presenteres noen utvalgte utfordringer som det er grunn til å være særlig oppmerksom på med hensyn til kjønn og kjønns betydning for helse.

17.3.1 Risiko for diskriminering

Kunstig intelligens kan føre til diskriminerende utfall, også i helsesektoren ved at noen pasientgrupper får et dårligere helsetilbud enn andre. Et relativt kjent eksempel er en algoritme som ble brukt i det amerikanske helsevesenet for å hjelpe helsepersonell å vurdere pasienters behov for behandling. Algoritmens resultater gjorde at svarte pasienter måtte fremstå og anses som sykere enn hvite pasienter for å bli anbefalt samme behandling. Årsaken var at algoritmen hadde blitt trent på tidligere data om helseutgifter. Dette gjenspeilet både at helsevesenet historisk hadde brukt mindre penger på svarte pasienter sammenliknet med hvite pasienter med samme behov, og at svarte pasienter selv hadde mindre penger å bruke på helsetjenester, som følge av en historie med langvarige formue- og inntektsforskjeller. Selv om dette eksempelet ikke er direkte

overførbart til norsk helsevesen, har slike eksempler økt bevisstheten om slike skjevheter i dataene. KI-systemene bygger på, ofte referert som «bias», og diskrimineringsrisikoen ved kunstig intelligens i helse.

«Bias» kan skyldes systematiske skjevheter i dataene som algoritmen er trent på. Det kan handle om kontekstuelle skjevheter (1082), men det kan i minst like stor grad skyldes at dataene som systemene trenes på er utvalgsskjeve. Utvalgsskjeve data er data som kun inneholder informasjon om en begrenset del av det relevante datagrunnlaget. Utfordringer med skjeve data er av særlig stor betydning når det kommer til helse. For eksempel vil et datasystem som hovedsakelig er trent opp på data fra mammogrammer fra hvite, vestlige kvinner, ikke fungere optimalt for kvinner med afrikansk opprinnelse fordi brystvev varierer med etnisitet (1083).

Det er verdt å merke seg at det også kan være flere typer kjønnsforskjeller i helsedata. På den ene siden kan forskjeller være knyttet til faktiske biologiske og sosialt definerte forskjeller som er medisinsk relevante og som må legges til grunn for algoritmene som skal trenes og brukes i presisjonsmedisinen. På den andre siden kan det være kjønnsforskjeller som følger av feil i dataene, som skyldes måten de er samlet, utvalgt eller generert på. Å overse dette i utviklingen av KI-systemene innebærer en betydelig risiko for i verste fall å forsterke diskriminerende utfall (1084, 1085).

17.3.2 Presisjonsmedisin – et tveegget sverd for kjønnsperspektiv i helse?

Et mer personlig tilpasset helsetilbud vil med sannsynlighet innebære fordeler i form av mer likeverdige helsetilbud og helseutfall for alle kjønn. Samtidig kan datadrevet helse og presisjonsmedisin ses som et tveegget sverd med hensyn til å anerkjenne betydningen av kjønn (1084). På den ene siden innebærer presisjonsmedisin at en beveger seg bort fra tradisjonen med mannen som «standardpasienten» der man ved grundig og objektiv stordataanalyse favner så mange aspekter av pasientens liv og kropp som mulig. Selv om både graviditet og fødsel fremdeles vil være kjønns spesifikt, vil det å få fram anatomiske og biokjemiske forskjeller mellom individer kunne gjøre kjønn som kategori mindre relevant. Samti-

dig kan forestillingen om at dataene er detaljrike og objektive være problematisk. Både data som samles inn og analyseverktøyene som setter dem i sammenheng, gjenspeiler den sosiale realiteten i samfunnet de ble utviklet innenfor, herunder forskjeller mellom kjønn, minoritetsgrupper og majoritetsgrupper (1086, 1087). Skal presisjonsmedisin bidra til reelle framskritt, må forskere og utviklere være bevisst på at også slik datadrevet helse kan inneholde skjevheter. Biokjemiske forskjeller kan være interessante og nyttige, men de blir problematiske dersom man antar at de ikke finnes (1086).

17.4 Utvalgets vurdering

Parallelt med utvalgets arbeid pågår det flere prosesser med hensyn til teknologi og digitale løsninger i framtidens helsetjeneste, blant annet en ny e-helsestrategi. I januar 2023 la regjeringen også fram *Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023–2030*. Utvalget merker seg særskilt at denne strategien ikke har inkludert et kjønns perspektiv, til tross for potensialet personlig medisin kan bety for mer kunnskap om kjønn i helse og for kvinners helse.

Utvalget er særlig optimistiske med hensyn til de lovende resultatene fra Mammografiprogrammet og framskrittene innen brystkreftsscreening. Samtidig er teknologi aldri feilfri, og implementering av teknologiske løsninger vil som regel innebære å balansere nyttehensyn mot andre hensyn. Utvalget mener det er grunn til å være oppmerksom på at den teknologiske utviklingen også kan forsterke eksisterende kjønnsforskjeller i helse. Den fremste fellen er å anta at teknologi og implementering av teknologi er kjønnsnøytral. Dette gjelder kanskje særlig når teknologien tas i bruk i medisinsk forskning og i helse- og omsorgstjenesten. Som tidligere belyst, har kjønn betydning for helse, og gitt at teknologien bidrar til at dette får en mer sentral plass i medisinsk forskning, i detaljerte analyser av helsedata samt i behandling og forebygging, vil teknologi kunne innebære et reelt løft for muligheten til god helse for begge kjønn.

Se utvalgets anbefalte tiltak: 18 Etablere et samarbeidsnettverk for kjønn, helse og teknologi.

Del V
Utvalgets anbefalinger



Figur 18.1

Kapittel 18

Utvalgets anbefalinger og tiltak

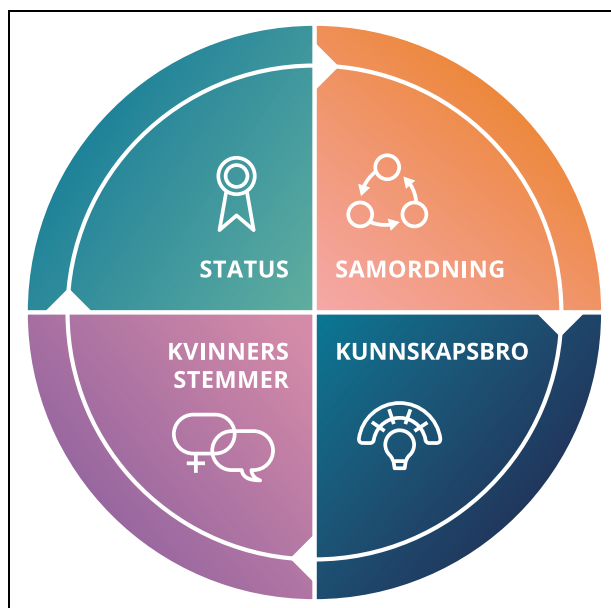
18.1 Vi må anerkjenne den store forskjellen

Utvalget er i mandatet bedt om å anbefale noen prioriterte innsatsområder og tiltak som er relevante i utarbeidelsen av regjeringens strategi for kvinnehelse. Utvalget vil understreke at det knyttes store forventninger til regjeringens kommende kvinnehelsestrategi, og at arbeidet munner ut i konkrete tiltak for kvinnehelse og kjønns betydning for helse. Utvalget mener det er nødvendig at regjeringen synliggjør hvordan tiltakene for å styrke kvinners helse og kjønnsperspektiver i helse følges opp, og at det redegjøres for dette på en samlet og systematisk måte.

Utvalgets utgangspunkt er at for å sikre likeverdige og gode helse- og omsorgstjenester for hele befolkningen, må vi anerkjenne kjønns betydning for helse. I dette kapitlet presenterer utvalget sine anbefalte tiltak basert på funnene i utredningen. Utvalget har valgt å utforme tiltak innenfor de fire områdene der manglende anerkjennelse av kjønns betydning for helse er særlig framtrедende; status, samordning, kunnskapsbro og kvinners stemmer. For å imøtekomme utfordringene på disse områdene, mener utvalget det er nødvendig å:

- Øke status for kvinners helse
- Sikre bedre samordning
- Styrke kunnskapsbroen
- Lytte til kvinners stemmer

Utvalget har også formulert tiltak som utvalget mener vil gi et løft for kvinners helse i et livsfaseperspektiv, fra barndom, ungdom og unge kvinner, til kvinner i etableringsfasen, kvinner midt i livet og eldre kvinner. Dette utgjør til sammen 60 tiltak. Utvalget har i tillegg formulert 15 tiltak som gjelder samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv samt tiltak rettet mot kvinnehelse og pårørendeomsorg. Utvalget mener at alle tiltakene er relevante, og anbefaler at alle tiltak følges opp.



Figur 18.2 Utfordringsbildet

18.2 En kvinnehelsemilliard

For å løfte kvinnehelsefeltet mener utvalget at det er behov for å sette i gang flere systematiske tiltak på tvers av sektorer, inkludert i forskning og innovasjon, i utdanning, og i helse- og omsorgstjenestene. Flere av tiltakene utvalget foreslår, er derfor rettet mot å endre de grunnleggende strukturene og prioriteringene innenfor dagens helse- og omsorgssektor. Utvalget mener at kvinnehelse er et felles ansvar for alle som jobber i og i tilknytning til sektoren. Kvinnehelse må gå fra å være et særhensyn, til å bli en integrert del av tjenesteleveransen og kunnskapsproduksjonen. Samtidig mener utvalget det er behov for noen kraftfulle og strategiske tiltak for å sikre et løft for kvinners helse.

Erfaringen fra oppfølgingen etter Sundby-utvalget var at kvinnehelse fikk økt oppmerksomhet de første årene etter fremleggelsen av utredningen, men at interessen deretter avtok. Resultatet er at kvinnehelse i dag ikke er et prioritert

felt. For å sikre et reelt løft for feltet i årene som kommer, foreslår utvalget flere tiltak som samlet har til hensikt å bygge opp en forvaltningsstruktur som plasserer ansvaret for kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse på sentralt myndighetsnivå.

Det er utvalgets klare oppfatning at det må avsettes tilstrekkelige midler for å sikre en helhetlig og systematisk tilnærming, framfor fragmenterte enkelttiltak og symbolpolitikk. Utvalget foreslår at det avsettes *1 milliard kroner* for å styrke kvinners helse og kjønnsperspektiver i helse.

18.3 Øke status for kvinners helse

Utvalget vurderer at kjønnsperspektiver i helse, og kvinnehelse spesielt, har lav status, også som fagområder innen medisin og helse. Til tross for økt oppmerksomhet de senere årene finner utvalget at en rekke sykdommer som rammer flere kvinner enn menn, har lavere prestisje. Flere plager og lidelser er også forbundet med stigma og skam. Utvalget foreslår følgende tiltak for å heve statusen til og forståelsen for kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse:

Tiltak 1: Etablere en nasjonal komité for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

Utvalget anbefaler å etablere en nasjonal komité for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Komiteen skal bidra til å løfte status for kvinnehelse og kjønns betydning for helse. Dette innebærer å sette problemstillinger relatert til kjønn og helse på dagsorden. Komiteen skal også støtte og gi råd til blant annet relevante sektormyndigheter, universiteter, høyskoler og forskningsinstitutter, de regionale helseforetakene og kommunesektoren, i spørsmål om kjønn og helse.

Komiteen skal ha representanter fra de regionale helseforetakene, fagmyndigheter, kompetanseinstitusjoner, forskningssektoren og pasient- og brukerforeninger. I sitt arbeid skal komiteen vektlegge hvordan kjønns betydning for helse samvirker med andre forskjellsskapende dimensjoner som etnisk minoritetsbakgrunn, urfolkstilhørighet, funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet og sosioøkonomisk bakgrunn.

Som ansvarlig departement utarbeider Helse- og omsorgsdepartementet komiteens mandat og oppnevner medlemmer i samråd med aktører som besitter kompetanse på feltet. Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning bør ha en fast plass i komiteen.

Etter utvalgets vurdering vil en slik komité bidra til et statusløft for kvinnehelse, synliggjøring av kjønnsperspektivets relevans og sikre forankring på tjenestenivå og på forvaltningsnivå. Komiteens oppgaver skal blant annet være å fremme og vise relevansen av kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv, bistå myndigheter i spørsmål om kjønn og helse, ha en rådgivende rolle ut mot helse- og omsorgssektoren, og dele erfaringer og gode eksempler på tvers av fagområder. Formidling av kvinners erfaringer bør løftes som et mål for komiteen, for eksempel gjennom en årlig nasjonal kvinnehelsekonferanse.

Sikre økonomiske insentiver for at kvinnehelse prioriteres

Tiltak 2: Prioritere arbeidet med å innføre ny finansieringsmodell for fødselsomsorgen

Utvalget mener beredskapsdimensjonen ved fødselsomsorgen ikke ivaretas godt nok i dagens finansieringssystem. Samtidig fører endringer i fødepopulasjonen, med flere kompliserte svangerskap og fødsler, til økt behov for godt forebyggende arbeid.

Utvalget ser behovet for å utrede alternative finansieringsmodeller som bedre ivaretar den komplekse tjenesten som fødselsomsorg er, og som sikrer høyest mulig kvalitet i omsorgen som gis. Utvalget viser til Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til de regionale helseforetakene om å gjennomgå og vurdere finansieringen av den spesialiserte fødselsomsorgen og å vurdere tiltak.

Utvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet prioritere utredning av en ny finansieringsmodell for deler av fødselsomsorgen som helhetlige tjenesteforløp.

Tiltak 3: Gjennomgå dagens diagnoserelaterte grupper (DRG) for å sikre at finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten legger til rette for prioritering av kvinnehelse

Dagens innsatsbaserte finansieringssystem i spesialisthelsetjenesten kan hevdes å gi forrang til bestemte behandlinger som er lett å kvantifisere. Utvalget er opptatt av å understreke potensialet som ligger i bedre forebyggende tiltak. Dette må gi bedre økonomisk uttelling enn i dag. Dette gjelder flere kvinnehelserelaterte plager og lidelser, som beinskjørhet, samt forebyggende tiltak i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Også innen geriatri er det behov for styrkede økonomiske insentiver. Dette er særlig relevant for kvinner, som utgjør de fleste i den eldste befolkningen.

Utvalget anbefaler at Helsedirektoratet gjennomgår DRG-gruppene, og justerer og oppretter nye koder på en måte som bidrar til at prioritering av kvinnehelse belønnes økonomisk. Etter utvalgets vurdering vil dette gi bedre rammevilkår for prioritering av kvinners helse i spesialisthelsetjenesten. Utvalget anbefaler at det opprettes en arbeidsgruppe som skal bistå direktoratet i gjennomgangen. Arbeidsgruppen bør bestå av relevante fagmiljøer og profesjonsgrupper. Pasient- og brukerrepresentanter bør involveres.

Utvalget mener også at dagens finansieringsordninger ikke i tilstrekkelig grad gir uttelling for samordning. Blant annet gjelder dette samordning av tjenester i forbindelse med komplekse og sammensatte lidelser. Utvalget foreslår at økonomiske insentiver for å stimulere til samordning både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene, utredes.

Tiltak 4: Gjennomgå og endre takster i kommunehelsetjenesten for å sikre at prioritering av kvinnehelse belønnes økonomisk

Utvalget forslår at det gjøres endringer i takstene i kommunehelsetjenesten for å sikre at kvinnehelse prioriteres. Dette gjelder blant annet for allmennpraktiserende leger i fastlegeordningen og for jordmødre i kommunehelsetjenesten. Utvalget mener dette vil bidra til å stimulere og oppfordre til prioritering av kvinnehelse. Det bør både opprettes nye takster og gjøres endringer i eksisterende takster. Endring i takstene bør særlig ses i lys av endringene i fødepopulasjonen, og det må sikres at takser tilrettelegger for samarbeid mellom ulike aktører innenfor kommunehelsetjenesten, og samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener følgende takster for allmennpraktiserende leger i fastlegeordningen er relevant for endring, men vil understreke at listen ikke er uttømmende, og at endringer i takster også for andre profesjonsgrupper i kommunehelsetjenesten bør utredes:

Revisjon i takster

- Takst 110: Prevensjonsveiledning. Taksten må kunne kombineres med takster for tidsbruk (2cd/2cdd).
- Takst 206: Utredning og behandling av pasienter med kroniske underlivssmerter. Denne taksten kan i dag kun benyttes av spesialist i gynekologi. Denne bør kunne benyttes også av allmennleger. Taksten rommer i dag kun vulvodyni (smerter i kvinnens ytre kjønnsorgan der

det ikke finnes tegn til annen sykdom eller årsak) og dyspareuni (smerter ved samleie). Utfordringen hos fastlegen er at dysmenoré (kraftige smerter under menstruasjon) er et av de vanligste symptomene i et tidlig forløp av endometriose og adenomyose. Taksten må også inkludere utredning og behandling av dysmenoré.

- Takst 615: Samtalebehandling ved psykisk sykdom. Taksten bør revideres for å inkludere bruk av samtaleverktøy i møte med pasienter med sammensatte lidelser der det etter grundig medisinsk utredning ikke lar seg gjøre å stille en sikker diagnose.

Nye takster

Utvalget er kjent med at man de siste årene har forsøkt å kutte ned på antall takster i normaltariffen. Utvalget vurderer likevel at enkelte områder innen kvinnehelse bør løftes fram, og anbefaler derfor at følgende synliggjøres med egne takster:

- Takst for kartlegging av vold i nære relasjoner.
- Takst for utredning av kroniske underlivssmerter som ikke lar seg klassifisere.
- Tilleggstakst «2af» (og «2aff» for spesialist) i normaltariffen for å stimulere fastleger til å være med på felleskonsultasjoner med sykehuskolleger. Dette er relevant for eksempel ved oppsummering av utredning gjort i smerteklinikk hvor fastlegen har ansvar for videre oppfølging.

Økonomiske insentiver for andre profesjonsgrupper med mål om å stimulere til samhandling på tvers av fagområder bør også vurderes.

I tillegg til takstendringene ovenfor anbefaler utvalget at oppfølgingssamtaler etter provosert abort eller spontanabort hos allmennpraktiserende leger i fastlegeordningen fritas for egenandel under §3 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege – i likhet med allmennfarlige smittsomme sykdommer, ved svangerskap eller liknende. Se omtale under tiltak nummer 45.

Initiere et nasjonalt strategisk forskningsløft

Det er en gjennomgående utfordring at det er betydelige kunnskapshull når det gjelder kvinners helse og kjønns betydning for helse. Det er behov for mer forskning på kvinnespesifikke lidelser. Utvalget vil imidlertid understreke behovet for at all medisinsk og helsefaglig forskning inkluderer

kjønnsespesifikke analyser. Utvalget mener det er nødvendig å styrke eksisterende fagmiljøer, men også å bygge nye fagmiljøer som kan drive fram forskning på kvinnehelse og helse i et kjønns-perspektiv. Utvalget mener det er behov for et strategisk forskningsløft som inkluderer følgende tiltak:

Tiltak 5: Innføre krav om kjønnsperspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning

Utvalget anbefaler at det utarbeides spesifikke nasjonale retningslinjer som stiller krav til kjønns-perspektiv i medisinsk og helsefaglig forskning. Utvalget anbefaler at de nasjonale retningslinjene utarbeides av De nasjonale forskningsetiske komiteene i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Kilden kjønnsforskning.no, med innspill fra andre relevante aktører, herunder forskere med relevant erfaring. Retningslinjene skal være kunnskapsbaserte og forankret i fagmiljøene. I arbeidet med utarbeidelse av retningslinjene bør man se hen til relevante internasjonale erfaringer i utvikling av tilsvarende retningslinjer.

Arbeidet kan ta utgangspunkt i dagens *Retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning*, utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin, 2001. Tydelige retningslinjer for forskere om kjønnssensitivitet i all medisinsk- og helsefaglig forskning bør inkluderes i det oppdaterte arbeidet.

Utvalget vurderer følgende punkter som forutsetninger for kjønnssensitiv forskning:

- a. Begge kjønn er som norm inkludert i all forskning som har relevans for menn og kvinner, inkludert grunnforskning og laboratorieforskning.
- b. Begge kjønn er tilstrekkelig representert i studieutvalg for at statistisk analyse kan gjennomføres kjønnsespektifikt.
- c. I rapportering av forskningsresultater vises data separat for menn og kvinner, og det er gjennomført statistiske analyser av kjønn for relevante utfallsmål.
- d. Klare definisjoner på biologisk og sosialt kjønn.

Utvalget legger til grunn at de oppdaterte retningslinjene skal gjelde for all medisinsk og helsefaglig forskning, inkludert grunnforskning og laboratorieforskning. Utvalget anbefaler at offentlige forvaltningsorganer som finansierer forskning, herunder Forskningsrådet og de regionale helseforetakene, stiller krav til etterfølgelse av retningslinjene i vurderingen av forskningsprosjekter.

Som følge av dette bør det prioriteres å gi opplæring i kjønnssensitiv forskning og kompetanseheving for forskere, fageksperter og ansatte i forvaltningsorganer. Kriterier som kan brukes til å vurdere søknader med hensyn til kjønnsensitivitet og kjønnsperspektiv bør utarbeides i tråd med de oppdaterte retningslinjene. Krav til etterfølgelse av retningslinjene i forskningsprosjekter bør være en forutsetning for finansiering. For å sikre utvikling over tid anbefaler utvalget at de forskningsfinansierende institusjonene gjennomfører intern registrering av relevant informasjon med hensyn til bruk av kjønnsensitivitet og kjønnsperspektiv i finansierte prosjekter.

Utvalget anbefaler videre at det følger med et nasjonalt koordinerings- og oppfølgingsansvar for de nasjonale retningslinjene. Instansen hvor koordineringsansvaret plasseres, bør sikres nødvendig kompetanseheving hos relevante forskningsmiljøer og utvikling av systemer for å kartlegge utviklingen av kjønnsperspektiv i forskning. Det bør blant annet tilrettelegges for kompetanseheving og opplæring av fageksperter hos de forskningsfinansierende institusjonene som vurderer og karaktersetter tilsendte søknader. Aktøren som får nasjonalt koordineringsansvar for retningslinjene, skal bistå i en veilederrolle for forskere/prosjektansvarlige. Plasseringen av dette ansvaret bør utredes av Helse- og omsorgsdepartementet.

Utvalget oppfordrer også redaktører i ledende norske forskningstidsskrifter om å ta i bruk internasjonalt anerkjente retningslinjer for å kvalitets-sikre forskningen som publiseres, med hensyn til kjønnsensitivitet. Utvalget viser her til retningslinjene *Sex and Gender Equity in Research* fra 2016.

Tiltak 6: Øke finansiering av forskning knyttet til kvinners helse

Utvalget mener at en reell satsing på å tette kunnskapshullene innen kvinnehelse, krever en betydelig økning av forskningsmidler sammenliknet med dagens tildelinger. I 2022 tildelte Helse- og omsorgsdepartementet 370,6 millioner kroner til Forskningsrådet, hvorav finansiering av forskning knyttet til kvinners helse skulle finansieres med minst 20,4 millioner kroner. Tildelingen utgjør dermed 5,5 prosent av den totale tildelingen fra Helse- og omsorgsdepartementet. Utvalget mener at departementets tildeling til Forskningsrådet for finansiering av forskning knyttet til kvinners helse, bør økes til 10 prosent av den totale tildelingen fra departementet.

En betydelig andel av dagens helseforskning finansieres av de regionale helseforetakene. I dag

får helseforetakene ingen føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet om å finansiere forskning knyttet til kvinners helse og kjønnsperspektiv i medisin og helse. Utvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet gir et oppdrag til de regionale helseforetakene om å prioritere forskning på kvinnehelseområder der kunnskapen er mangelfull.

Tiltak 7: Styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Utvalget anbefaler at Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning styrkes. Dette bør inkludere en styrking av forskningsaktivitet, men også fagutvikling og formidling. Utvalget ser det som hensiktsmessig at senterets kurs- og veiledningsvirksomhet for helsepersonell gis et særskilt løft. Det bør også vurderes om senteret skal få utvidet sitt mandat til også å omhandle helse i et kjønnsperspektiv. Utvalget viser til forskningssenterets årsrapport fra 2021 der det kommer fram at senteret skal bygge kompetanse innen kjønnsforskjeller i helse. Utvalget anbefaler at en økt tildeling til senteret bør rettes mot denne satsingen, og at senterets nasjonale profil styrkes.

Tiltak 8: Lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

Utvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet gir et oppdrag til Forskningsrådet om å lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Utvalget vil peke på strategisk miljøstøtte som relevant tilskuddsordning. Utvalget ser at det vil være hensiktsmessig at forskningssenteret legges til universitets- og høyskolesektoren, og at undervisning blir en sentral del av senterets virksomhet. Utvalget vurderer at dette vil bidra til å styrke og videreutvikle forskningen om kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse, og sikre en langsiktig satsing på feltet. Utvalget legger til grunn at etableringen av flere forskningssenter ikke skal gå på bekostning av ordinære og pågående forskningsvirksomhet innen kvinnehelse, som allerede er svakt finansiert. Målet er å legge til rette for tverrfaglighet og at et nyetablert senter samarbeider og bygger videre på ett eller flere av de eksisterende sentrene. Utvalget mener tverrfaglige prosjekter bør prioriteres og ser at det er et særlig behov for å samle forskningsmiljøer rundt tema som sammensatte lidelser, og helse, kjønn og teknologi. Et slikt

løft vil kunne bidra til å flytte forskningsfronten innen kvinnehelse og utvikle fagmiljøer av fremragende kvalitet.

Tiltak 9: Øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmennmedisinske forskningsenhetene

Utvalget merker seg at selv om hovedandelen av helseproblemer løses i kommunehelsetjenesten, ender mer enn 90 prosent av forskningsmidlene i spesialisthelsetjenesten. Utvalget anbefaler en større satsing på forskning der kvinner med kroniske helseplager og typiske kvinnesykdommer befinner seg det meste av tiden, nemlig i kommunene og hos fastlegene. Vi trenger å vite mer om nytten disse kvinnene har av fastlegen og effekten de har av behandlingen som gis. For å få vite mer om dette må det forskes mer i kommunehelsetjenesten. Utvalget anbefaler en økning i tildelingene til Allmennmedisinsk forskningsfond for å muliggjøre praksisnær og nyttig forskning. Tiltaket forutsetter at de allmennmedisinske forskningsenhetene styrkes tilsvarende.

18.4 Sikre samordning som fungerer

For å nå målet om at alle i Norge skal ha likeverdige muligheter til best mulig helse må helsemyndighetene forme og innrette sin innsats på en måte som legger til rette for samarbeid mellom ulike sektormyndigheter, forvaltningsnivåer og mellom tjenestene lokalt og regionalt. Utvalget foreslår følgende tiltak for å sikre best mulig samordning:

Tiltak 10: Etablere en tverrdepartemental arbeidsgruppe for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

Utvalget foreslår at det opprettes en tverrdepartemental arbeidsgruppe som skal arbeide bredt med spørsmål om kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Arbeidsgruppen etableres etter samme modell som det tverrdepartementale arbeidet med vold i nære relasjoner. Arbeidsgruppen skal behandle tverrsektorielle problemstillinger og bidra til å vurdere hvordan kvinners helse er relevant på de enkelte departementers ansvarsområder. Dette gjelder særlig kvinners arbeids- helse, sykefravær og vold i nære relasjoner, men ikke bare disse områdene. Utvalget mener at et kontaktpunkt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet er særlig relevant. Arbeidsgruppen ledes av Helse- og

omsorgsdepartementet som også har sekretariatsansvar for gruppen. For å sikre en faglig forankring må dette tiltaket ses i sammenheng med tiltak 11 om å opprette en sentral fagenhet for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Fagenheten bør ha en rolle i å spille inn aktuelle problemstillinger til den tverrdepartementale arbeidsgruppen.

Tiltak 11: Opprette en sentral fagenhet for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

Utvalget anbefaler å opprette en dedikert fagenhet for kvinnehelse og kjønnsperspektiv i helse på sentralt myndighetsnivå. Fagenheten skal sikre samordning og kontinuitet i det faglige arbeidet med kvinnehelse og bidra til en kunnskapsbasert tilnærming til kjønn og kjønnsforskjeller i helse- og omsorgstjenesten. Fagenheten skal vektlegge hvordan kjønn samvirker med andre forskjellsskapende dimensjoner på helseområdet.

Utvalget anbefaler at fagenheten oppretter en rammeavtale med Folkehelseinstituttet om å levere årlige kunnskapsoversikter. Det foreslås at Folkehelseinstituttet utarbeider kunnskapsoversikter om utvalgte sykdommer og lidelser på kvinnehelseområdet og regelmessige kartleggingsoversikter om bruken av kjønnsstratifiserte analyser i norsk medisinsk og helsefaglig forskning. Rapportene vil inngå som en viktig del av kunnskapsgrunnlaget i fagenhetens arbeid.

Det anbefales også at det inngås en avtale med Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) om å levere regelmessige kartlegginger av kjønnsforskjeller i bruk av helsetjenester i spesialisthelsetjenesten.

Fagenhetens oppgaver bør være å samle og formidle kunnskap om betydningen av kjønn i helse, herunder kvinnehelse, og å identifisere kunnskapshull og gi råd til myndigheter i spørsmål knyttet til kjønnsperspektiv i helse. Utvalget mener hensynet til kjønn i digitalisering og helsedata bør være et prioritert arbeidsområde for fagenheten. Tiltaket om å opprette en sentral fagenhet er et viktig ledd for å sikre bedre samordning på forvaltningsnivå. Utvalget vurderer at etableringen av fagenheten er en forutsetning for en vellykket implementering av flere andre tiltak:

- Fagenheten skal ivareta sekretariatsfunksjonen for Nasjonal komité for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv (se tiltak 1).
- Fagenheten skal sammen med relevante fagmiljøer tillegges ansvar for å utarbeide en nasjonal veileder for konsekvensanalyse for kjønn i helse- og omsorgssektoren (se tiltak 14).

- Fagenheten skal etablere og forvalte et brukerutvalg for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv (se tiltak 24).

Tiltak 12: Sikre befolkningen tilgang til gode helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi

Utvalget legger til grunn at en godt fungerende kommunehelsetjeneste er en forutsetning for å sikre kvinner gode helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi. I dag utredes og behandles både de «skjulte» og de mer kjente kvinnehelse-sykdommene i stor grad i kommunehelsetjenesten. Dermed er det viktig at det finnes både kapasitet og kompetanse til å håndtere disse tilstandene i de kommunale tjenestene. Fastlegekrise og mangel på både sykepleiere og jordmødre rammer derfor kvinner kraftig, og er særlig problematisk i distriktene. Utvalget ser med bekymring på utfordringer med rekruttering til allmennhelsetjenesten.

Utvalget er samtidig oppmerksom på mangel på annet helsepersonell, herunder gynekologer, og viser til Helsedirektoratets arbeid med dimensjonering av utdanningskapasiteten for de helsefaglige utdanningene. Utvalget anbefaler at det tas nødvendige grep for å særlig prioritere tilstrekkelig finansiering for en godt fungerende kommunehelsetjeneste. Utvalget anbefaler videre at det utdannes tilstrekkelig antall helsepersonell til både kommune- og spesialisthelsetjenesten. For helsepersonell på begge tjenestenivå må det sikres gode arbeidsrammer. Dette vil bidra til rekruttering til tjenestene også i et langsiktig perspektiv. Utvalget viser her til arbeidet til Helsepersonellkommisjonen.

Tiltak 13: Utrede nye finansieringsordninger for samhandling

Utvalget anbefaler at Helsedirektoratet gis i oppdrag å utrede finansieringsmodeller som gjør det mulig med bedre samordning på tvers av tjenestenivåer, og muligheten for å samlokalisere flere profesjoner. Dette kan være ulike legespesialister, men også andre profesjonsgrupper, som for eksempel fysioterapeuter og psykologer. Det er behov for å finne finansieringsmodeller som styrker en slik samlokalisering og samordning mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalget vil særskilt peke på behov for å utrede finansieringsmodeller som gjør det mulig med psykolog fast lokalisert på fastlegekontoret. Forskning har pekt på at dette letter informasjonsflyten mellom tjenestenivåene, og bidra til at pasienten får raskere hjelp. Utvalget

anbefaler at Helsedirektoratet nedsetter en arbeidsgruppe bestående av både pasient- og brukerorganisasjoner og profesjonsforeninger for å utrede dette nærmere.

18.5 Styrke kunnskapsbroen

Oppdatert kunnskap om kvinners helse og kjønnsperspektiver i helse må ligge til grunn for forskning, utdanning, helsepolitikk og helsepraksis. Kunnskapsarbeidet må være helhetlig, systematisk og må formidles til relevante aktører på helseområdet, herunder også brukere av helse- og omsorgstjenester. For å styrke kunnskapsbroen er det viktig at kjønn får en mer sentral plass og innlemmes systematisk i helseprofesjonsutdanningene. Utvalget oppfatter at det er en forutsetning for kvinners mulighet til likeverdige helsetjenester at kunnskapen når ut og tas i bruk i tjenestene. Utvalget foreslår følgende tiltak for å styrke kunnskapsbroen mellom forskning, utdanning, praksis og folkeopplysning:

Tiltak 14: Etablere systemer for å ivareta et kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet

Tilsynelatende nøytrale beslutninger og praksis kan bidra til å videreføre eller forsterke kjønnsforskjeller, også i helse. Det bør være et mål at beslutningstakere og ledere i helse- og omsorgstjenesten vurderer hvilke konsekvenser nåværende praksiser og ny prioritering har for kjønn. Flere virkemidler kan være relevante. Utvalget velger å peke på:

- Å utarbeide en nasjonal veileder for konsekvensanalyse for kjønn i helsesektoren. Konsekvensanalyse for kjønn (*Gender Impact Assessment*) er en systematisk metode for å identifisere og vurdere om et nytt tiltak kan bidra til å redusere, opprettholde eller forsterke kjønnsulikheter på et område. En slik analyse er etter utvalgets syn relevant i styringen av både kommune- og spesialisthelsetjenesten, og vil gjøre beslutningstakere og ledere i sektoren bedre i stand til å vurdere konsekvenser av nåværende og påtenkte endringer for begge kjønn. Det anbefales at den foreslåtte fagenheten (se tiltak 11) utarbeider den nasjonale veilederen for konsekvensanalyse for kjønn i helsesektoren. Utvalget anbefaler at fagenheten samarbeider med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet om å utarbeide en nettressurs for veiledning for konsekvensanalyse for kjønn. Nettressur-

sen kan utarbeides etter modell fra veileder for aktivitets- og redegjørelsesplikten.

- Å innlemme kjønnsperspektivet i Helsedirektoratets veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Denne veilederen bør etter utvalgets vurdering endres for å sikre at kjønnsperspektivet innlemmes systematisk, blant annet for å sikre kjønnsspesifikke behandlingsretningslinjer der det er relevant.
- Helsedirektoratets veileder for systematisk folkehelsearbeid bør etter utvalgets vurdering endres for å sikre at kjønnsperspektivet systematisk innlemmes. Folkehelsearbeid handler om å fremme befolkningens helse, trivsel, og gode sosiale og miljømessige forhold samt å bidra til å forebygge sykdommer, skader og lidelser. Et av de viktigste målene i folkehelsearbeidet er å redusere ulikheter i helse, herunder kjønnsforskjeller i helse. Kvinner og menn har ulik biologi, lever ulike liv og rammes ulikt av sykdom og uhelse. Kjønnsperspektivet er derfor viktig for at kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter skal kunne iverksette folkehelseiltak som er relevante og effektfulle uavhengig av kjønn og andre forskjellsskapende dimensjoner. Helsedirektoratets veileder for systematisk folkehelsearbeid nevner i dag verken «kjønn», «likestilling» eller «kvinne».

Tiltak 15: Gjennomgå og oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer og helsetilstander som rammer kvinner

Utvalget mener det er mangler ved dagens rutine for å oppdatere faglige retningslinjer for helse- og omsorgstjenesten. Dette bidrar til at kunnskap som finnes ikke når ut i tjenestene. Utvalget ser behov for at det settes i gang et systematisk arbeid i regi av Helsedirektoratet for å gå gjennom og oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer som rammer kvinner. En slik gjennomgang bør kartlegge og oppdatere kunnskapen som ligger til grunn for eksisterende retningslinjer. Retningslinjene må ta hensyn til kjønn og hvordan kjønn påvirker helse, sykdom og behandling. Utvalget ser for eksempel et særskilt behov for å oppdatere nasjonale retningslinjer om behandling av osteoporose fra 2005.

I gjennomgangen bør det gjøres en vurdering av behovet for å etablere retningslinjer for andre plager og lidelser som ikke dekkes i dag, for eksempel lipødem. Andre relevante sykdommer er kroniske og autoimmune sykdommer, og PCOS (polycystisk ovariesyndrom). Utvalget ser

også behov for at *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* oppdateres med hensyn til fødsels-skader og funksjonelle plager i underlivet etter fødsel. Vurderingen av hvilke retningslinjer som skal oppdateres og hvor det eventuelt er nødvendig å utarbeide nye, bør gjøres i samråd med fagmiljøer og brukerorganisasjoner. Den foreslåtte fagenheten (se tiltak 11) skal bistå Helse-direktoratet i arbeidet.

Tiltak 16: Innlemme kjønn og hvordan kjønn påvirker helse, sykdom og behandling i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger

I dag innlemmes ikke kunnskap om kjønnsper-spektiver og kvinnehelse systematisk i helseprofe-sjonsutdanningene. Utvalget merker seg at kjønn og kvinnehelse i liten til moderat grad blir tatt hensyn til i undervisning og læreplaner. Utvalget anbefaler å legge til et nytt punkt om kjønn og hvordan kjønn virker inn på helse og sykdom samt behandling under § 2 som omhandler felles læringsutbytter i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger.

Tiltak 17: Sikre at oppdatert kunnskap om medisinsk forskning på kjønnsforskjeller i helse og kjønns betydning for helse er et nasjonalt krav i nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)

RETHOS legger føringer for helse- og sosialfag-utdanningene på nasjonalt nivå. I dag er kjønns-perspektiver i liten grad omtalt og kvinnehelse er ikke særskilt nevnt i RETHOS. Utvalget foreslår at Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen NOKUT gis ansvar for å sikre at oppdatert kunnskap om medisinsk forskning på kjønnsforskjeller i helse og kjønns betydning for helse blir et nasjo-nalt krav i RETHOS.

Tiltak 18: Etablere et samarbeidsnettverk for kjønn, helse og teknologi

Både teknologiske framskritt og innbyggernes økende forventninger til kvalitet og tilgjengelighet til digitale tjenester påvirker arbeidsdelingen mellom offentlige og private tilbydere. Utvalget mener det er stor nytteverdi i å gi rammer til et slik samarbeid som også har kjønnsperspektivet som del av sitt virkeområde. Utvalget anbefaler derfor å etablere et offentlig-privat samarbeids-nettverk for kjønn, helse og teknologi. Nett-verkets oppgaver bør være å gi innspill til hvordan kjønn kan innpasses når helsetjenesten digitalise-

res, hvordan kjønnskjevne helsedata kan unngås og hvordan helsedata kan kobles bedre sammen for å gi mer kunnskap om kjønn i helse. Inn-spillene koordineres mot relevante pågående pro-sesser, som ny nasjonal e-helsestrategi. Utvalget anbefaler at samarbeidsnettverket knytter seg til sentrale miljøer innen datadrevet innovasjon og kunstig intelligens i helse. Det anbefales at ansvaret for etableringen av nettverket legges til Direktoratet for e-helse.

Tiltak 19: Tilrettelegge for bedre utnyttelse av helse-data i arbeidet med kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse

Utvalget mener det er nødvendig med en systema-tisk tilnærming til hvordan helsedata og helse-registre kan utnyttes bedre for å øke kunnskapen om kvinners helse og kjønns betydning for helse. Dette er nødvendig for å få mer kunnskap om hvordan sykdommer kan ha ulike uttrykksformer og forløp avhengig av kjønn. Utvalget anbefaler at det etableres en arbeidsgruppe bestående av rele-vante fagmyndigheter, herunder Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet og sentrale forskningsmiljøer på området, her-under Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og Senter for forskning på hjertesykdom hos kvinner. Arbeidsgruppens oppgave skal være å utarbeide anbefalinger for bedre utnyttelse av helsedata på tre områder:

- Behovet for retningslinjer for innsamling av kjønns-spesifikke helsedata
- Behovet for krav om å rapportere kjønns-spesi-fikke resultater i sentrale helseregister og nasjonale kvalitetsregister
- Foreslå endringer i helseregister som er av særlig betydning for kvinners helse, herunder Medisinsk fødselsregister

Tiltak 20: Etablere bedre systemer for kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern

Det foreligger begrenset kunnskap om effektive ikke-medikamentelle metoder innen psykisk helsevern. Utvalget ser med stor bekymring på Riksrevisjonens rapport der nesten 30 prosent av lederne ved barne- og ungdomspsykiatriske poli-klinikker mener at poliklinikken de leder, benytter behandlingsmetoder som har for svakt kunns-kapsgrunnlag (686). Dette skyldes blant annet at forskningen er basert på utvalg som er for små til å besvare spørsmålet om komparativ effekt. For å sikre bedre tjenester, særlig innen offentlig psy-kisk helsevern, mener utvalget det må etableres

bedre systemer for kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer behov for mer forskning på psykiske lidelser og psykisk helsevern (se tiltak 35 og tiltak 36). Det må imidlertid også tilrettelegges for forskningsformidling. Det er sentralt at forskningen spres og tas i bruk i tjenestene. Dette forutsetter opplæring, oppfølging og evaluering. Dette må tas hensyn til i utviklingen av og satsingen på psykisk helsevern i helsepolitikken.

Utvalget viser her til det regjeringsnedsatte ekspertutvalget som skal vurdere sterkere tematisk organisering i psykisk helsevern. Målet er å forbedre kvaliteten i behandlingen og bidra til at pasientene kommer raskere til riktig behandling. Utvalget skal blant annet vurdere hvordan man legger til rette for at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandling. Ekspertutvalget legger fram sin utredning innen september 2023.

Tiltak 21: Oppdatere nåværende og gi ny kjønns-spesifikk informasjon på helsenorge.no

Utvalget mener at kunnskap om kjønn og helse også må nå ut til allmennheten som ledd i forebyggende folkehelsearbeid. Utvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet gir Norsk helsenett et oppdrag om å utarbeide kjønns-spesifikk informasjon om relevante sykdommer og tilstander på helsenorge.no. Oppdraget bør også inkludere egne emnesider om kvinnehelse. Arbeidet bør ses i sammenheng med behovet for økt helsekompetanse i befolkningen (jf. *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*). Den oppdaterte kjønns-spesifikke informasjonen bør utarbeides i samråd med fagpersoner på feltet. Det forutsettes at informasjonen oppdateres minimum hvert 3. år. Utvalget vil understreke viktigheten av at denne informasjonen oversettes til flere språk, herunder samiske språk. Informasjonen bør møte kravene til universell utforming i IKT-løsninger. Det er også nødvendig med målrettet innsats for å spre kunnskap om helsenorge.no og gjøre innholdet relevant også for yngre aldersgrupper.

Tiltak 22: Etablere en digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap om kvinnehelse

Utvalget mener det må satses på digital formidling av kunnskap om kvinners helse. Derfor anbefaler utvalget at det etableres en digital kvinnehelseportal. Initiativet kommer fra Norske Kvinners Sanitetsforening og Kilden kjønnsforskning.no. Den overordnede målsettingen med tiltaket er å bidra til at forskning gjøres kjent for allmennheten og for fagpersoner, og at den blir tatt i bruk. Por-

talen vil samle formidlingsinitiativ som allerede finnes, som etter utvalgets vurdering vil bidra til å gjøre det enklere å få tilgang til kunnskap. Portalen bør også bidra til å belyse aktuelle problemstillinger innen ulike områder relatert til kvinnehelse, for eksempel gjennom en oversikt over doktoravhandlinger. Portalen bør også gi en oversikt over forskningsmiljøer, arrangementer og utlysninger. Dette vil kunne være til nytte for forskere, organisasjoner og brukere.

Tiltak 23: Øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper

Utvalget understreker viktigheten av å gjennomføre tiltak for å øke helsekompetansen i ulike befolkningsgrupper. *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019–2023)*, peker for eksempel på at helse- omsorgstjenesten skal sørge for å tilpasse muntlig og skriftlig kommunikasjonen etter brukernes helsekompetanse, og drive opplæring av ansatte til å fremme helsekompetanse. Utvalget vil understreke viktigheten av at også de eldste får mulighet til økt digital kompetanse, for å forhindre eller avhjelpe kommunikasjonssvikt. Utvalget mener å styrke helsekompetansen i befolkningen også vil gi gode betingelser for at flere kan kritisk vurdere helseinformasjon som spres for eksempel i sosiale medier. Dette er særlig relevant for barn og unge.

Utvalget vil påpeke at kvinner med innvandrerbakgrunn etterspør kortere og tydeligere informasjonsbrev/invitasjon til Mammografiprogrammet og Livmorhalsprogrammet. Gjerne også på andre språk enn norsk. Videre bør det gjennomføres flere og hyppigere kultursensitive informasjonsmøter om programmene på andre språk enn norsk.

Utvalget anbefaler videre at det etableres en tilskuddsordning for tiltak med mål om å øke helsekompetansen for ulike befolkningsgrupper. Tilskuddsordningen bør forvaltes av Helse- direktoratet og blant annet rettes mot: treffsikre informasjonskanaler for helseinformasjon og beredskapsinformasjon rettet mot minoritetskvinner; systematikk i arbeidet med klarspråk i tjenestene, og særskilt i pasientinnkallinger; tiltak for å heve den digitale helsekompetansen i befolkningen; og tiltak for å bedre digital kompetanse og trygg bruk av velferdsteknologi blant eldre.

18.6 Lytte til kvinners stemmer

Mange kvinner opplever at deres stemmer ikke blir lyttet til når det gjelder helse. Det gjelder både

enkeltkvinner møte med helsetjenesten, men også manglende systemer for å inkludere kvinners erfaringer i utformingen av tjenestene og politikken på helseområdet. Det må legges til rette for reell brukermedvirkning i utformingen av helsepolitikk og helsepraksis. Det må arbeides målrettet for å inkludere mangfoldet av kvinners stemmer, både som brukere, pasienter og pårørende. Utvalget foreslår følgende tiltak for å sikre at kvinners egne erfaringer tas med i beslutningsprosesser som gjelder kvinners helse:

Tiltak 24: Etablere et brukerutvalg for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

Utvalget anbefaler at det etableres et brukerutvalg knyttet til den nye fagenheten for kjønnsperspektiver i helse (se tiltak 11). Her bør bruker- og pasientorganisasjoner med relevans for kvinnehelse og kjønnsperspektiv i helse være representert, og det bør legges til rette for jevnlig møteplasser med fagenheten. Utvalget vurderer at et slikt brukerutvalg vil sikre kontinuitet og systematikk i dialogen med brukere. Dette vil gi et viktig supplerende bidrag til fagenhetens kunnskapsgrunnlag og sikre formaliserte kanaler for formidling av kvinners stemmer og erfaringer.

Tiltak 25: Iverksette forskning på hvordan kvinner med kvinnelidelser blir behandlet i tjenestene

Utvalget mener det er behov for mer forskning på hvordan kvinner med typiske kvinnelidelser blir behandlet i helsetjenestene. Her mener utvalget at brukerperspektivet må stå sentralt. Dette handler om aspekter ved sykdommer, tilstander og behandlinger som er viktige for pasienter og pårørende. Dette er etter utvalgets syn viktig for å vurdere kvaliteten i tjenesteleveransen og eventuelle behov for forbedringer. En satsing på denne forskningen må ses i sammenheng med utvalgets foreslåtte tiltak om satsing og økt tildeling til kvinnehelseforskning til Norges forskningsråd, de regionale helseforetakene og allmennmedisinsk forskningsfond (se tiltak 6 og tiltak 9).

Tiltak 26: Utrede muligheten for et nasjonalt kvalitetsregister for kvinnehelselidelser

Utvalget anbefaler å utrede muligheten for å etablere et nasjonalt kvalitetsregister for utvalgte kvinnehelselidelser. Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandlingen. Det finnes allerede slike registre med klar relevans for kvinnehelse.

Eksempler på dette er Norsk kvinnelig inkontinensregister, Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft og Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft. Et nasjonalt register for kvinnehelselidelser kan bidra til bedre utredning og behandling, at pasienter får det samme tilbudet i hele landet og tilrettelegging for kvalitetsforbedring. Utvalget foreslår at Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning får i oppdrag å utrede muligheten for å etablere et slikt register, herunder å definere og avgrense aktuelle pasientgrupper for et slikt register, samt å avklare relevante kvalitetsutfordringer.

Tiltak 27: Nasjonal brukerundersøkelse om kjønnsforskjeller i pasienters møte med helsetjenesten

Det finnes lite systematisert kunnskap om hva kjønn har å si for møte med helse- og omsorgstjenesten. Utvalget anbefaler at Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide en nasjonal brukerundersøkelse som tematiserer kjønnsforskjeller i erfaringer i møte med helsetjenesten og helsepersonell. Underøkelsen bør belyse tillit mellom pasient og helsepersonell, og pasienters opplevelse av å bli hørt, trodd og tatt på alvor. Utvalget mener denne kunnskapen bør ligge til grunn for arbeidet med å sikre likeverdige helsetjenester uavhengig av kjønn.

18.7 Et løft for kvinners helse i et livsfaseperspektiv

Utvalget mener det er behov for et løft for kvinner helse gjennom livsløpet, fra barndommen til alderdommen. Utvalget vil understreke at forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot hele befolkningen også har betydning for kvinners helse. Forebyggende og helsefremmende arbeid er viktig for å forebygge sykdom og skade og for å fremme helse, livskvalitet og trivsel i *hele* befolkningen. Universelle tiltak omtales ofte som folkehelsestrategier. Det er grunnleggende at de som har ansvar for forebyggende tiltak, kan differensiere mellom når man skal satse på helsefremmende tiltak som styrker robusthet, motstandsdyktighet, trivsel, velvære og mestring, snarere enn å redusere symptomer og sykdom. Det er særlig viktig å investere i forebyggende tiltak rettet mot barn og unge. Helseutfordringer som oppstår i ung alder, vil kunne påvirke helse tilstanden resten av livet. Forskning viser også at levekårsutfordringer og sosiale forskjeller ofte går i arv. Kommunene har et ansvar for å utjevne

sosiale forskjeller i helse og levekår, hovedsakelig gjennom forebyggende arbeid rettet mot barn, unge og familier. Å forebygge uhelse i barne- og ungdomsårene bidrar dermed til å legge grunnlaget for god helse gjennom livet og utjevne sosiale forskjeller i helse og levekår. Utvalget anbefaler derfor flere forebyggende tiltak rettet mot barn og unge, men også utvalgte forebyggende tiltak rettet mot voksne og eldre kvinner.

Barn

Tiltak 28: Prioritere arbeidet med å gjøre helse- og omsorgstjenesten bedre i stand til å forebygge, avverge og avdekke vold og overgrep mot barn

Helsemyndighetene bør etter utvalgets vurdering prioritere arbeidet med å gjøre helse- og omsorgstjenesten bedre i stand til å forebygge, avverge og avdekke vold og overgrep mot barn. Dette innebærer blant annet å gjøre helsepersonell bedre rustet til å oppdage og følge opp voldsutsatte i arbeidet med vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Dette er i tråd med Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner.

Utvalget mener helsepersonell må få styrket kompetanse når det gjelder noen spesifikke sårbarhetsfaktorer. For eksempel kan kvinner oppleve vold i forbindelse med graviditet. Videre anbefaler utvalget at helsemyndighetene ser til Riksrevisjonens anbefaling om nye tiltak for å øke kunnskapen om avvergings- og opplysningsplikten hos relevante aktører.

Ungdom og unge kvinner

Tiltak 29: Styrke helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten

God ungdomshelse er god helse for begge kjønn, og utvalget vil gi en generell anbefaling om å styrke helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten. Utvalget vurderer at disse tilbudene er sentrale for å nå ut til alle barn og unge uavhengig av sosioøkonomisk status. Enkelte plager og lidelser rammer ungdom i særlig grad, herunder spiseforstyrrelser, psykiske plager og lidelser, stress og press, selvskading og selvmordsatferd, seksuelt overførbare infeksjoner og uønskede graviditeter (1088). En del unge opplever også vold og overgrep. Undersøkelser tyder på at dette også forekommer på digitale plattformer og i sosiale medier. Mange av disse utfordringene kan oppdages og følges opp på helsestasjon for ungdom, såfremt en har tilstrekkelig kompe-

tanse og ressurser. Dermed kan helsestasjon for ungdom være en viktig bidragsyter og pådriver i folkehelsearbeidet overfor ungdom.

Styrking av tjenesten ved utvidede åpnings-tider og flere psykologer, psykiatere og helsesykepleiere kan gjøre tilbudene mer tilgjengelig for ungdom med psykiske plager og lidelser. Utvalget er oppmerksom på at ikke alle kommuner har mulighet til å gjøre helsestasjon for ungdom og/eller skolehelsetjenesten mer tilgjengelig. Derfor anbefaler utvalget også økt satsing på digitale lavterskeltilbud for ungdom med psykiske plager. Det er viktig at digitale lavterskeltilbud er innrettet mot forebygging og har kapasitet nok til å respondere raskt på henvendelser fra ungdom med psykiske plager og lidelser så ventetiden ikke blir for lang. Når det gjelder psykiske lidelser bør andre virkemidler benyttes.

Utvalget mener det er nødvendig å være bevisst at unge jenter og gutter kan ha ulike behov og terskel for å oppsøke hjelp ved helsestasjon for ungdom. Utvalget anbefaler at helsestasjonstjenester for unge bygger videre på erfaringer fra etableringen av kjønnsspesifikke tilbud for ungdom, herunder helsestasjon for gutter.

Tiltak 30: Innføre fritak for egenandel ved legebesøk for ungdom mellom 16 og 18 år

Barn og ungdom under 16 år er unntatt egenandeler når de oppsøker fastlegen. Utvalget mener at også ungdom mellom 16 og 18 år bør være fritatt for egenandel ved legebesøk. Utvalget mener at egenandeler er til hinder for at ungdommer i en viktig periode av livet oppsøker fastlegen med helseutfordringer som de kunne fått hjelp til. Mens en ser at ungdommene fortsetter å oppsøke fastlegen med somatiske helseplager, ser man en kraftig reduksjon i at psykiske helseplager er kontaktårsak. Ettersom allmennleger har kompetanse i diagnostisering og behandling av psykiske plager og lidelser, går mange ungdommer glipp av et helsetilbud som er nært og tilgjengelig i alle kommuner.

Tiltak 31: Gjøre prevensjon gratis for alle under 25 år

I dag får alle jenter og kvinner mellom 16 og 22 år økonomisk støtte for å dekke hele eller deler av kostnadene til prevensjon. Tilgang til prevensjon er blant annet viktig for å forhindre uønskede svangerskap. Forskning viser at økt bruk av langtidsvirkende prevensjon har ført til fallende aborttall, og at flere velger langtidsvirkende prevensjonsmidler når det blir billigere eller gratis

(619, 766). Utvalget anbefaler at ordningen med bidragsdekning til prevensjonsmidler utvides slik at prevensjonsmidler blir gratis for alle til og med måneden før fylte 25 år.

Tiltak 32: Styrke tilbudet til barn og unge med spiseforstyrrelser

Det er i dag begrenset kapasitet for behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten. En undersøkelse (558) viser at andelen jenter med spiseforstyrrelsesdiagnoser økte kraftig under pandemien. Samtidig øker ventetider innen psykisk helsevern for barn og unge (1089). Utvalget anbefaler at tilbudet til barn og unge med spiseforstyrrelser videreutvikles og styrkes betydelig, for bedre å imøtekomme behovet. Utvalget foreslår en øremerket bevilgning til behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten for å møte dagens behov.

Utvalget ser også behov for å styrke lavterskeltilbudet for jenter og kvinner med spiseforstyrrelser og understreker behovet for langsiktig og forutsigbar finansiering av disse tilbudene.

Tiltak 33: Styrke seksualundervisningen på barne- og ungdomsskolen

God seksualundervisning bør tilbys tidlig, være normkritisk og dekke et bredt spekter av temaer. Utvalget anbefaler at alderstilpasset undervisning om seksualitet starter tidligere enn i dag, og gis hyppigere. I tillegg anbefaler utvalget at seksualundervisningen inkluderer et bredere spekter av temaer enn den gjør i dag. Utvalget legger til grunn at det må utvikles flere undervisningsressurser som støtte til undervisning om kjønn og seksualitet, og at disse gjøres lett tilgjengelig for lærere. Slike ressurser bør utformes i samråd med barn og ungdom selv og med relevante kompetansemiljøer.

Det er også behov for mer oppmerksomhet rundt seksuell helse for skeive og unge med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom. Utvalget anbefaler også at skolehelsetjenesten i større grad enn i dag bidrar i skolens seksualundervisning, spesielt på områder innen seksuell helse.

En forutsetning for god seksualundervisning er at lærere har oppdatert kunnskap om seksualitet, og evner å formidle denne til elevene. I dag er seksualundervisning bare en del av nasjonale retningslinjer for naturfag 2, som er et valgbart fag og ikke obligatorisk i noen lærerutdanning. Både lærere og elever mener at seksualundervisningen

som gis og fås i dag, ikke er god nok. Det er derfor viktig at alle lærere og barnehagelærere har kunnskap og kompetanse om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, og hvordan de skal undervise om seksualitet. Utvalget anbefaler derfor at alderstilpasset seksualundervisning blir obligatorisk i alle lærerutdanningene.

Tiltak 34: Heve kompetansen om kjønn og helse blant lærere og barnehagelærere

Utvalget mener lærere spiller en svært viktig rolle i mange barn og unges liv. Lærere kan dermed også ha en nøkkelrolle i å bidra til god fysisk og psykisk helse for barn og unge. Mange lærere i dag har allerede kompetanse til å møte barn og unge med spørsmål knyttet til kjønn og helse.

Utvalget anbefaler likevel at Kunnskapsdepartementet setter i gang et arbeid med å gjennomgå og vurdere endringer i rammeplanene for lærerutdanningene. Målet er å styrke lærer- og barnehagelærerstudenters kunnskap om temaer som følelser, kropp, pubertet, seksualitet, kjønnsidentitet og seksuell helse. Studentene bør også sikres kompetanse i å gjenkjenne symptomer og best mulig imøtekomme elever som opplever de mest vanlige sykdommene og plagene som i særlig grad rammer jenter og unge kvinner. For eksempel endometriose og menstruasjonsplager.

Utvalget ser også behov for at denne tematikken innlemmes i etter- og videreutdannings-tilbudet til lærere og barnehagelærere.

Tiltak 35: Prioritere forskning på psykiske lidelser

Utvalget mener et godt psykisk helsevern er en forutsetning for god kvinnehelse. Psykiske plager og lidelser innebærer nedsatt livskvalitet for den enkelte og en stor kostnad for samfunnet. Utvalget ser med bekymring på økningen i selvrapporterte psykiske plager i undersøkelser og andelen som er registrert med psykiske lidelser i helse-tjenesten, særlig blant unge kvinner. Utvalget ser behov for mer kunnskap og forskning på forekomsten av psykiske plager og lidelser blant ungdom, inkludert sentrale kjønnsforskjeller. Utvalget anbefaler at Folkehelseinstituttet bes om å prioritere arbeidet med å kartlegge omfanget av psykiske plager og lidelser, og at kjønn vektlegges i dette arbeidet.

Tiltaket må ses i sammenheng med utvalgets foreslåtte tiltak for å sikre et nasjonalt strategisk forskningsløft (se tiltak 6, 7, 8 og 9).

Tiltak 36: Prioritere forskning på effektiv behandling av psykiske lidelser og sikre at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandling

Utvalget mener at det er behov for mer kunnskap og forskning om effektiv behandling av psykiske lidelser. Utvalget vil understreke viktigheten av at denne forskningen er uavhengig, praksisnær, og har tilstrekkelig store utvalg til å kunne trekke valide konklusjoner. Utvalget anbefaler at de regionale helseforetakene gis en sterk anbefaling gjennom oppdragsdokumentet om å prioritere utlysninger av forskningsmidler til forskning på psykisk helsevern. Det bør prioriteres å identifisere verktøy til å vurdere kvaliteten på nye behandlingsmetoder som utvikles.

Utvalget understreker viktigheten av at kunnskap og forskning på effektiv behandling av psykiske lidelser når ut til tjenestene, og at det i større grad stilles krav til at kunnskapsbaserte metoder benyttes (se tiltak 20). Tiltaket må ses i sammenheng med utvalgets foreslåtte tiltak for å sikre et nasjonalt strategisk forskningsløft (se tiltak 6, 7 8 og 9).

Tiltak 37: Sikre effektive tiltak mot seksuell trakassering i skolen

Det er en klar sammenheng mellom seksuell trakassering og selvrapporterte depressive symptomer, og andre negative helsekonsekvenser (655). Tidligere tiltak har ikke klart å påvise effekt på trakasseringsatferd, kun holdninger. Det er behov for å systematisk kartlegge effekt av tiltak mot seksuell trakassering i skolen (652). Utvalget foreslår at Folkehelseinstituttet gis et hovedansvar for dette arbeidet i dialog med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Tiltak 38: Prioritere arbeidet med å sikre gode helse-tjenester til pasienter med endometriose og adenomyose

Utvalget ser med alvor på historiene om svikt med hensyn til gode og helhetlige pasientforløp og koordinerte tjenester for pasienter med endometriose og adenomyose. Utvalget anbefaler at arbeidet med å utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for behandling av pasienter med endometriose og adenomyose prioriteres. En slik retningslinje vil bidra til at pasienter får det samme tilbudet i hele landet og tilrettelegge for kvalitetsforbedring. Videre har de regionale helseforetakene nylig søkt om å etablere en nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose.

Utvalget anbefaler at det utredes om det også bør opprettes et nasjonalt behandlingssenter for de vanskeligste tilfellene av sykdommene.

Tiltak 39: Styrke vulvapoliklinikker i alle helseregioner

Utvalget mener det er behov for å styrke tilbudet ved vulvapoliklinikkene i Norge. Utvalget anbefaler at de regionale helseforetakene får klare styrings-signaler om at det skal være tilbud om vulvapoliklinikk i alle helseregioner. Utvalget anbefaler at klinikkene har åpningstider og bemanning som ikke medfører lang ventetid. Klinikken bør også ha tilgjengelig personell innen gynekologi, fysioterapi, psykologi, sexologi samt jordmødre og hudleger. Det bør legges til rette for at vulvapoliklinikkene kan samarbeide godt med andre helsetjenester, herunder helsestasjon for ungdom.

Kvinner i etableringsfasen

Tiltak 40: Sikre trygg og god svangerskaps-, fødsels- og barseloppfølging uavhengig av bosted

Utvalgets gjennomgang av kunnskap som foreligger om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen viser at disse tjenestene står overfor noen betydelige mangler og utfordringer. Utvalget mener disse utfordringene er særlig alvorlige i distriktene. Særsilt merker utvalget seg behovet for å sikre at alle kvinner i Norge, uavhengig av bosted, blir godt ivaretatt under graviditet og fødsel. Samtidig må vi sikre en fødselsomsorg som balanserer avstandsperspektiver opp mot god kvalitet ved alle fødsler. Det er også et klart behov for å styrke oppfølgingen av mor i barselomsorgen. Utvalget mener det må på plass en systematisk satsing for å sikre trygg og god svangerskaps-, fødsels- og barseloppfølging med god geografisk balanse. Dette inkluderer utdanning av nok jordmødre og gynekologer. Utvalget anbefaler:

- At helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokumentet gir klare signaler til de regionale helseforetakene om at ansvaret for døgnkontinuerlig vaktberedskap og følge-tjeneste for gravide gjennomføres i praksis. Utvalget anbefaler at det ved gjentatte brudd er riktig å vurdere sanksjonsmuligheter. Utvalget anbefaler at Helsedirektoratet nedsetter en arbeidsgruppe for å vurdere hvorvidt den veiledende grensen for følgetjenesten bør endres fra 1,5 til 1 time. Arbeidsgruppen bør bestå av helsepersonell og brukere som har erfaringer med følgetjenesten i praksis.
- At det iverksettes effektive tiltak for å sikre nok og tilstrekkelig kompetent helsepersonell i

svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, også i distriktene. Utvalget anbefaler at det opprettes kombinasjonsstillinger for jordmødre mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, for å sørge for bedre kontinuitet og kvalitet i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

- Utvalget mener det bør vurderes rekrutteringstillegg, stimuleringsordninger og beholder tiltak til jordmødre og gynekologer i den offentlige helsetjenesten. Dette er sentralt for å sikre kompetanse og kvalitet i tjenesten. Utvalget vil peke på lønn, skatt, bolig, hospiteringsordninger og/eller kursmuligheter som relevant.
- For å ivareta særlig sårbare gravide bør det opprettes tverrfaglige team ved alle kvinneklinikker. Ved øvrige fødeavdelinger bør det sikres at det er en ressursperson som har slik koordinerende funksjon og kan fungere som bindeledd mellom den gravide og øvrig hjelpeapparat. En viss stillingsprosent må øremerkes til en slik funksjon. Dette bør også ses i lys av anbefalinger om flere kombinasjonsstillinger.

Tiltak 41: Styrke lavterskeltilbudet for mødre helse i kommune- og spesialisthelsetjenesten

Utvalget vil påpeke at et velutviklet og godt fungerende lavterskeltilbud virker forebyggende for senere helseplager, for eksempel i forbindelse med fødsel. Utvalget ser behov for å gjøre helsetilbudet lettere tilgjengelig for kvinner både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvalget ser et behov for at lavterskeltilbudet innrettes slik at en fanger opp og imøtekommer behovene til innvandrerkvinner, som er en særlig sårbar gruppe innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Utvalget foreslår å styrke lavterskeltilbudet for mødre helse gjennom innkalling til gratis kontroll hos jordmor eller fastlege både 6–8 uker etter fødsel og 6–12 måneder etter fødsel. Det bør også etableres drop-in tilbud ved ammepoliklinikker, og mulighet for drop-in tilbud hos jordmor og eller helsesykepleier.

Utvalget anbefaler at Helsedirektoratet får i oppdrag å utforme et forslag til innretning av et slikt tilbud.

Tiltak 42: Sikre systematikk i arbeidet med å kartlegge og følge opp psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel

Utvalget mener arbeidet med psykisk helse må styrkes i svangerskapsomsorgen og i barsel-

tiden. Ved sykehusene i Norge har man gjennom mange år kuttet kostnader og løst kapasitetsproblemer ved å redusere liggetid og behandle flere pasienter poliklinisk (751). Utvalget mener det er sentralt at kvinner som for eksempel strever med psykiske helseproblemer i forbindelse med svangerskap, fødsel eller barsel skal få tilgang til psykisk helsehjelp så raskt som mulig. For å sikre systematikk i arbeidet vil utvalget peke på følgende:

- Vurdere å etablere et tverrfaglig videreutdanningstilbud innen perinatal psykisk helse for jordmødre, fastleger og gynekologer
- Sikre psykiske helseteam ved alle større fødeenheter i landet
- Utforme rutiner for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og mellom helsesykepleier og fastlege i kommunehelsetjenesten for oppfølging av psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel

Utvalget legger til grunn at fastlegen, som også følger den gravide i svangerskapsomsorgen, er vant til å håndtere psykiske helseplager hos alle typer pasienter, og det ligger her et stort potensial i bedre samhandling.

Tiltak 43: Styrke tilbudet om flerkulturell doula for gravide

Doula-ordningen er et tilbud der en kvinne med erfaring fra flere kulturer, kan følge opp andre kvinner med minoritetsbakgrunn under svangerskap, fødsel og barselstid. Utvalget mener ordningen er et bidrag til å sikre likeverdige helsetjenester, og anbefaler at ordningen sikres bærekraftig finansiering gjennom en egen post på statsbudsjettet. Utvalget foreslår årlige øremerkede midler til en nasjonal koordinator, til lokale jordmorkoordinatorer og til de flerkulturelle doulane.

Tiltak 44: Sikre papirløse gravide rett til helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel

Papirløse gravide befinner seg ofte i en svært sårbar posisjon. Utvalget anbefaler at papirløse gravide gis eksplisitt rett til helsetjenester i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel. Utvalget mener kostnadene forbundet med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, særlig fødsel på sykehus, ikke skal være et hinder for at papirløse gravide oppsøker helsetjenesten.

Tiltak 45: Bedre oppfølging etter provosert abort og spontanabort

Utvalget mener det er behov for å opprette et gratis offentlig tilbud til kvinner etter provosert abort. Ordningen bør innrettes på en måte hvor kvinner som ønsker tilbudet, opplever det som tilgjengelig uten at tilbudet skal være oppsøkende.

Utvalget mener helsemyndighetene må sikre at stortingsvedtaket fra 2020 om at alle som gjennomgår en spontanabort, skal få tilbud om oppfølging fra helsepersonell, gjennomføres i praksis. Utvalget mener det må etableres et tilbud til kvinner og partner om oppfølgingssamtale etter spontanabort. Dette bør gjøres i form av en innkalling til gratis time hos jordmor eller fastlege for alle som aborterer. Der kvinnen har vært i kontakt med sykehus, gis tilbud om oppfølging via sykepleier som informerer om muligheten for oppfølging av jordmor/fastlege. Utvalget anbefaler her å se hen til organiseringen i Sverige.

Tiltak 46: Prioritere elektronisk helsekort for gravide

Det framstår for utvalget som en betydelig mangel for gravide og fødende i Norge at helsekort for gravide fremdeles ikke er digitalisert. Utvalget mener det haster å realisere elektronisk svangerskapsjournal.

Tiltak 47: Etablere kjønns spesifikke behandlingstilbud for kvinner og menn innen rusomsorg

Utvalget viser til oversiktsstudier som peker på at kjønnsdelt rusmiddelbehandling gir et noe bedre behandlingsresultat for enkelte grupper av rusmiddelavhengige kvinner, spesielt gravide og småbarnsmødre. Det er behov for mer forskning med kjønnspektiv innen rusbehandling (338). I dag finnes det få kjønns spesifikke behandlingstilbud. Helsedirektoratet anbefaler at det ideelt sett bør finnes behandlingstiltak som tilbyr kjønnsdelt behandling i alle de regionale helseforetakene. Utvalget anbefaler at hvert av de regionale helseforetakene prioriterer kjønns spesifikke behandling av rusmiddellidelser.

Tiltak 48: Sikre et likeverdig helsetilbud for de mest sårbare kvinnene i norske fengsel

Det finnes ingen tilrettelagt avdeling for de mest sårbare kvinnene i norske fengsler. De straffedømte kvinnenes psykiske helse henger sammen med soningsforholdene. En bygningsmasse som

er tilpasset innsattes behov, med en bemanning bestående av helsefaglige ressurser og ressurser fra kriminalomsorgen, er nødvendig for å ivareta de komplekse oppfølgingsbehovene hos flere av de kvinnelige innsatte.

Utvalget mener det er behov for å etablere en nasjonal forsterket fellesskapsavdeling for kvinnelige innsatte etter modell fra Ila fengsel og forvaringsanstalt. En slik avdeling vil bidra til å gi bedre oppfølging til enkelte av de forvaringsdømte kvinnene som har særskilt behov for oppfølging. Fellesskapsavdelingen skal bidra til å forebygge og hindre langvarig isolasjon for innsatte med alvorlige psykiske lidelser. Fellesskapsavdelingen skal være bemannet med personell fra kriminalomsorgen og fra helsetjenesten.

Tiltak 49: Øke forskning på helsekonsekvenser av vold mot kvinner i tilknytning til samlivsbrudd

Det er lite forskning og det mangler data om hvilke helsekonsekvenser vold kan ha for mødres helse hvis de fortsatt har kontakt med voldsutøver gjennom samarbeid om barna etter samlivsbrudd. Dette gjelder både for majoritetsnorske kvinner og for kvinner med minoritetsbakgrunn. Kvinner som tilhører minoriteter, herunder samiske og andre nasjonale minoriteter, kvinner med flyktning- og innvandrerbakgrunn og kvinner med rusproblemer, nedsatt funksjonsevne eller andre utfordringer, er særlig utsatt for vold. Utvalget mener det er behov for mer kunnskap om denne tematikken og anbefaler at det iverksettes forskningprosjekter rettet om helsekonsekvenser av vold mot kvinner i tilknytning til samlivsbrudd. Utvalget vil peke på Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress som et relevant fagmiljø for et slikt oppdrag.

Tiltak 50: Oppnevne et offentlig utvalg som ser særlig på kvinners arbeidshelse

Utvalgets funksjonstid og tilgjengelige ressurser har ikke tillatt en fullstendig utredning av kvinners arbeidshelse. Tematikken er kompleks, og arbeidet krever en bred kunnskapsinnhenting og grundige vurderinger i samråd med ulike fagmiljøer.

Utvalget legger til grunn at arbeidsdeltakelse som regel bidrar til god helse for den enkelte. Samtidig er det et sentralt politisk og samfunnsøkonomisk mål at flere kvinner får styrket tilknytning til arbeidslivet og står lenger i arbeid. Dette blir særlig viktig i lys av langsiktige utfordringer med en aldrende befolkning. Behovet for arbeids-

kraft i helse- og omsorgstjenesten vil øke kraftig i de kommende årene, hvor kvinner utgjør flertallet av arbeidsstyrken.

Utvalget mener dette er et særdeles viktig tema hvor det er nødvendig å gjøre opp kunnskapsstatus. Utvalget anbefaler at det oppnevnes et offentlig utvalg som utreder kvinners vilkår for deltakelse i arbeidslivet, arbeidshelse og sykefravær. Det er etter utvalgets vurdering nødvendig å se nærmere på forekomsten av belastningsskader og sykdommer i helse- og omsorgstjenesten samt gjeldende forskrifter om arbeidsmiljø. Utvalget har merket seg at flere innspill til utvalgets arbeid peker på at konsekvensene av arbeidsrelaterte skader og sykdommer rammer kvinner som jobber i helse- og omsorgssektoren i særlig grad. Mange kvinner er også ansatt i stillinger som innebærer høye emosjonelle krav, særlig innen ulike helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Mange kvinner opplever også et uforenlig press mellom pårørendeomsorg og lønnet arbeid. Utvalget er opptatt av å forhindre at den totalbelastningen som kvinner kan oppleve, fører til at kvinner skyves ut av arbeidslivet. Det er etter utvalgets vurdering nødvendig å få mer kunnskap om betydningen av slike forhold for andelen kvinner som jobber deltid, frfall fra arbeidslivet og tidlig pensjon.

Midt i livet

Tiltak 51: Etablere et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter

Den individuelle, økonomiske og samfunnsmessige byrden av kroniske smerter er økende, og kvinner har mer kroniske smerter enn menn. Kunnskapshullene er fremdeles store, særlig gjelder dette kroniske underlivssmerter. For å oppnå et løft i status, kunnskap og behandlingstilbud for denne store pasientgruppen foreslår utvalget å opprette et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter. Et slikt tverrfaglig senter vil være en pådriver og koordinator for forskning, formidle kunnskap og være brobygger mellom forskere og klinikere.

Kompetansesenteret foreslås tilknyttet et universitetssykehus, og det anbefales at minst ett professorat i kroniske smertelidelser opprettes ved senteret. Utvalget foreslår videre at muligheten for å opprette flere tverrfaglige behandlingssentre for kroniske smerter ved sykehusene, utredes. Kompetansesenteret bør fungere som en faglig ressurs for eventuelle behandlingssentre. Ett av behandlingssentrene bør ha særlig kompetanse rettet mot samiske kvinner.

Tiltak 52: Utvide muligheten for blå resept eller individuell refusjon i forbindelse med hormonbehandling i overgangsalderen

Selv om det i dag finnes muligheter for refusjon av hormonpreparater i forbindelse med overgangsalderen, er disse dårlig kjent, både blant pasienter og helsepersonell.

Utvalget mener informasjon om mulighetene for blå resept eller individuell refusjon i forbindelse med hormonbehandling i overgangsalderen må gjøres bedre kjent. Det må være lett til å finne fram til relevante beskrivelser i Felleskatalogen, på Helfos nettsider og i andre relevante informasjonskilder. Videre mener utvalget det er behov for en gjennomgang av Helfos kriterier for refusjon av hormonpreparater, med mål om å utvide muligheten for refusjonsberettiget bruk av hormonpreparater for alle kvinner i overgangsalderen. Det er utvalgets mening at flere kvinner som har plagsomme symptomer i overgangsalderen, bør få medikamenter på blå resept.

Tiltak 53: Øke kunnskapen om overgangsalder og arbeidsliv

Det er lite kunnskap om hvordan kvinners arbeidshelse og livskvalitet påvirkes av overgangsalderen. Plager i forbindelse med overgangsalder er skambelagt, og kan for mange kvinner medføre utfordringer i arbeidslivet. Det mangler imidlertid god og oppdatert forskning på arbeidshelse blant kvinner i overgangsalderen. Utvalget anbefaler at det legges til rette for mer forskning på sammenhengen mellom overgangsalder og arbeidsliv. Utvalget ser fordeler ved at ulike fagmiljøer samarbeider på tvers med kunnskapsutvikling og forskning, for eksempel i samråd med partene i arbeidslivet. Tiltaket må ses i sammenheng med utvalgets foreslåtte tiltak for å sikre et nasjonalt strategisk forskningsløft (se tiltak 6, 7, 8 og 9).

Tiltak 54: Prioritere forebyggende behandling av beinskjørhet

Utvalget anbefaler en øremerket satsing på beinskjørhet gjennom bruddforebygging. Det er bred faglig enighet om at forebyggende behandling ved første brudd, kan gjøre det første bruddet til det siste. Utvalget anbefaler at de nasjonale retningslinjene for behandling av osteoporose fra 2005 oppdateres, slik at ny kunnskap og moderne behandling kommer pasientene til gode.

Internasjonalt anbefales det at bruddforebyggende behandling koordineres av en syke-

pleier som sørger for utredning og behandling i samarbeid med lege (829). Det er stor variasjon i hvordan dette praktiseres ved ortopediske avdelinger i Norge i dag. Forskning og klinisk erfaring tilsier at utredning og initiering av behandling av beinskjørhet i sykehus gir høyest forskrivningsrate og behandlingsetterlevelse (831). Behandling bør derfor initieres av spesialisthelsetjenesten og følges opp i et godt samarbeid mellom allmennleger og sykehusene. Beinskjørhet er en folkesykdom som er underbehandlet og får lite oppmerksomhet.

Utvalget mener at behandling av beinskjørhet bør prioriteres og anbefaler at en slik satsing sikres finansiering i alle helseforetak. Ved satsing på bruddforebygging er det viktig å formidle kunnskap til pasienter, pårørende, helsearbeidere, ledere og politikere. De trenger informasjon om beinskjørhet og at det finnes behandling som forebygger brudd. Det er mangel på slik kunnskap i befolkningen i dag. I henhold til internasjonale anbefalinger i *Capture the Fracture: a Best Practice Framework* (829) trenger sykehusavdelinger sekretær, sykepleier og lege til å identifisere, utrede og behandle bruddpasienter, og sikre en god individuell oppfølging. Behov for team/utstyr/annet, særlig sykepleiere som utfører mesteparten av arbeidet, i tillegg til sekretærer, leger og DXA-maskiner vil variere med størrelsen på sykehus.

Eldre kvinner

Tiltak 55: Sikre geriatrik kompetanse i helse- og omsorgstjenesten

Den eldre populasjonen blir stadig større, og blant de eldste utgjør kvinner flertallet. For å kunne tilby et godt helsetilbud for denne gruppen anbefaler utvalget at det sikres reell geriatrik kompetanse, og et godt geriatrik tilbud, med øremerkede geriatrike senger og tverrfaglig geriatrike team ved alle sykehus med akuttfunksjon. Geriatrik kompetanse må også sikres i andre avdelinger ved sykehusene, herunder akuttmottak og ulike kirurgiske avdelinger.

Utvalget anbefaler videre at det iverksettes tiltak for å sikre økt geriatrik kompetanse, for eksempel om akutt funksjonssvikt/atypisk sykdomspresentasjon, i alle ledd hvor eldre blir vurdert og behandlet, herunder i kommunehelsetjenesten.

Utvalget mener det må lønne seg økonomisk å gjennomføre geriatrike utredninger og å stille geriatrike diagnoser. Økonomiske insentiver gjennom takster og DRG-poeng bør vurderes.

Utvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet i større grad tydeliggjør prioritering av geriatrien i helse- og omsorgstjenesten gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Det anbefales videre at denne prioriteringen gjenspeiles i oppdrags- og bestillingsdokumentet til helseforetakene, med klare målkrav, herunder krav om geriatrik avdeling ved alle sykehus med akuttfunksjon og konkretisering av andel sengeplasser.

Tiltak 56: Innføre retningslinjer for helse- og omsorgspersonell som sikrer at alle eldre pasienter blir spurt om de har erfaring med vold eller overgrep

Utvalget mener det må innføres rutiner for helse- og omsorgspersonell som sikrer at alle eldre pasienter blir spurt om de har erfaring med vold eller overgrep. Det er lite systematikk i dette arbeidet i dag, til tross for at undersøkelser viser at mellom 5–7 prosent av eldre har hatt erfaring med vold i løpet av det siste året. Vold mot eldre har alvorlige konsekvenser for helse- og funksjonsnivå. Utvalget understreker at når det gjelder vold mot eldre er det viktig med en utvidet forståelse av voldsbegrepet. Vold i denne sammenheng innebærer også overgrep i form av forsømmelser, omsorgssvikt og utelatt helsehjelp.

Tiltak 57: Opprette et forskningsprogram for eldre kvinners helse

Det er store kunnskapshull når det gjelder eldre kvinners helse. Det viser blant annet en rapport som Folkehelseinstituttet har utarbeidet på oppdrag fra utvalget (9). Utvalget anbefaler derfor at det opprettes et forskningsprogram for eldre kvinners helse. Forskningsprogrammet skal særlig fremme forskning på betydningen av kjønn for helse i alderdommen.

Tiltak 58: Hyppig, rutinemessig og systematisk medikamentgjennomgang hos eldre

Utvalget tar til orde for at det innføres hyppig, rutinemessig og systematisk medikamentgjennomgang hos både hjemmeboende eldre, og eldre som bor på sykehjem. Det er viktig at nasjonale helsemyndigheter legger til rette for medisinsk praksis på området som sikrer en riktig og forsvarlig foreskrivingspraksis når det gjelder antall medikamenter, og som forebygger utilsiktede medikamentelle interaksjoner hos eldre kvinner – og hos personer med demens.

Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang er viktige verktøy som bidrar til trygg og effektiv legemiddelbruk. Utvalget mener det bør vurderes å innføre økonomiske insentiver for å gjennomføre en systematisk legemiddelgjennomgang på sengepost og å sikre god kommunikasjon av denne til fastlege.

Tiltak 59: Nasjonale retningslinjer for å sikre riktig bolig og kosthold for eldre

Utvalget anbefaler at det utformes nasjonale retningslinjer for å sikre en riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand, og et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider. Det må sikres at retningslinjene implementeres i kommunene. Utvalget legger til grunn at slike nasjonale føringer vil bidra til at helse- og omsorgstjenesten i kommunene sikrer riktig boform, kosthold og tilpasset hjelp ved mål-

tider. Der dette ikke er tilfelle skal kommunen iverksette tiltak slik at den enkelte får disse behovene imøtekommet, i tråd med Verdighetsgarantien.

Tiltak 60: Kvalitetsutviklingsprosjekt for å sikre verdighetsbevarende omsorg ved livets slutt

Utvalget anbefaler at verdighetsbevarende omsorg innlemmes i nasjonale føringer og i utdanningen til helse- og omsorgspersonell som møter eldre kvinner ved livets slutt, i tråd med Verdighetsgarantien. Utvalget anbefaler videre at det igangsettes et systematisk kvalitetsutviklingsprosjekt for å sikre at de nasjonale føringene blir iverksatt i kommunene. Utvalget anbefaler i første omgang et kvalitetsutviklingsprosjekt i fire kommuner der nasjonale krav utprøves og evalueres i etterkant for å vurdere hvordan retningslinjene best mulig kan implementeres i alle kommuner.

Kapittel 19

Økonomiske og administrative konsekvenser

19.1 Innledning

Det følger av utvalgets mandat at utvalget skal «vurdere hvordan tiltak kan gjennomføres innenfor dagens ressursbruk i sektoren, og vurdere de økonomiske og administrative, og andre vesentlige konsekvenser på kort og lang sikt, i samsvar med utredningsinstruksen.»

Utvalget har fremmet 60 tiltak som det anbefales at regjeringen følger opp. I tillegg har utvalget fremmet egne tiltak knyttet til samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønns-perspektiv samt tiltak knyttet til kvinnehelse og pårørendeomsorg. Totalt fremmer utvalget 75 tiltak. Flere av anbefalingene dreier seg om å etablere en forvaltningsstruktur for å sikre systematikk i arbeidet med kvinnehelse og kjønns-perspektiver i helse.

En del av utvalgets anbefalinger innebærer ny virksomhet, og disse anbefalingene vil ha økonomiske og administrative konsekvenser. Utvalget ønsker med dette å synliggjøre at prioritering av kvinners helse og betydningen av kjønn for helse vil kreve at det faktisk avsettes ressurser til arbeidet. Samtidig anbefaler utvalget også tiltak som ikke innebærer ny virksomhet, men en dreining av oppgaver og prioriteringer mot det som gjelder kjønn og kvinnehelse.

Som et overordnet anslag har utvalget foreslått *kvinnehelsemilliarden*. Utvalget anbefaler at det til sammen avsettes 1 milliard kroner for å styrke kvinners helse og kjønns-perspektiver i helse. Den totale tildelingen innebærer både friske midler og en omprioritering av eksisterende tildelinger. Utvalget anbefaler at regjeringens planlagte strategi for kvinnehelse gjør rede for hvilke konkrete tiltak og bevilgninger som vil prioriteres de kommende årene.

Utvalget understreker at en rekke av tiltakene som foreslås vil ha en betydelig samfunnsøkonomisk nytteverdi gjennom bedre forebygging, diagnostisering og behandling av sykdommer og lidelser som rammer mange kvinner. Utvalget viser her blant annet til en svensk undersøkelse (1090)

som konkluderer med at endometriose alene koster samfunnet over 13 milliarder i året. Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser er også betydelig; årlige samfunnskostnader ble estimert til 26 milliarder kroner i Norge i 2021 (556). Hoftebrudd, som rammer flest kvinner, koster det offentlige helsevesenet over 9 milliarder kroner hvert år (817). Det er utvalgets vurdering at de foreslåtte tiltakene samlet vil bidra til bedre helse- og omsorgstjenester for kvinner i Norge.

19.2 Utvalgets anbefalinger – anslåtte kostnader

Utvalgets funksjonstid og tilgjengelige ressurser har ikke tillatt en fullstendig samfunnsøkonomisk utredning av samtlige tiltak. Utvalget har likevel lagt vekt på å forsøke å anslå direkte kostnader av tiltakene som anbefales. Utvalget legger imidlertid til grunn at tiltakene kan innrettes på ulike måter og i ulikt omfang. Slike justeringer vil få følger for de økonomiske og administrative konsekvensene av de enkelte tiltak.

Utvalget foreslår en rekke tiltak som skal legges til Helsedirektoratet, samt tiltak som kan utføres av Folkehelseinstituttet. For å sikre at tiltakene kan gjennomføres, foreslås det at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet styrkes med 5 millioner kroner hver som øremerkes oppfølging og gjennomføring av utvalgets anbefalte tiltak.

19.2.1 Øke status for kvinners helse

Tiltak 1: Etablere en nasjonal komité for kvinnehelse og helse i et kjønns-perspektiv

Utvalget har anbefalt etablering av en nasjonal komité (tiltak 1) og en sentral fagenhet (tiltak 11) for å løfte kvinnehelsens status og for å sikre samordning som fungerer. Utvalget mener det er naturlig å se finansieringen av komité og fagenhet i sammenheng, og foreslår at komiteen etableres

etter modell fra Komité for kjønnsbalanse og mangfold i forskning. Komité for kjønnsbalanse og mangfold i forskning fikk et tilskudd på 5 572 000 kr i tilskuddsbrevet fra Kunnskapsdepartementet for 2021. Utvalget legger til grunn en årlig ramme for midler til nasjonal komité og fagenhet på 6 millioner kroner. I tillegg må det settes av ressurser til fagenhetens arbeid med en nasjonal veileder for konsekvensanalyse for kjønn i helse- og omsorgssektoren i form av to årsverk. Til sammen beløper kostnaden seg til om lag 8 millioner kroner. Eventuelle kostnader knyttet til etablering av et brukerutvalg knyttet til den nye fagenheten inngår i dette.

Tiltak 2: Prioritere arbeidet med å innføre ny finansieringsmodell for fødselsomsorgen

Tiltak 3: Gjennomgå dagens diagnoserelaterte grupper (DRG) for å sikre at finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten legger til rette for prioritering av kvinnehelse

Tiltak 4: Gjennomgå og endre takster i kommunehelsetjenesten for å sikre at prioritering av kvinnehelse belønnes økonomisk

Utvalget legger til grunn at prioriteringen av arbeidet med å innføre ny finansieringsmodell samt gjennomgangen av diagnoserelaterte grupper (DRG) og takster i kommunehelsetjenesten kan gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske rammer. Forslaget om å frita oppfølgingsamtaler etter provosert eller spontanabort fra egenandel vil kunne medføre økonomiske og administrative konsekvenser som bør utredes videre.

Initiere et nasjonalt strategisk forskningsløft:

Tiltak 5: Innføre krav om kjønnsperspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning

Utvalget anbefaler at det utarbeides spesifikke nasjonale retningslinjer som stiller krav om kjønnsperspektiv i medisinsk og helsefaglig forskning, og at det sikres en struktur for oppfølging av disse. Utvalget anbefaler at De nasjonale forskningsetiske komiteene tildeles en engangsbevilgning på 5 millioner kroner for å lede dette arbeidet.

Utvalget anbefaler videre at det følger med et nasjonalt koordinerings- og oppfølgingsansvar for de nasjonale retningslinjene. Utvalget anslår at det nasjonale koordinerings- og oppfølgingsansvaret vil innebære en årlig kostnad på 2 millioner kroner.

Tiltak 6: Øke finansiering av forskning knyttet til kvinners helse

Utvalget anbefaler at tildelingen til Forskningsrådet til forskning på kvinners helse og kjønnsperspektiv i helse økes til 10 prosent av den totale tildelingen fra Helse- og omsorgsdepartementet. En slik økning vil ikke ha økonomiske konsekvenser.

Utvalget foreslår videre at de regionale helseforetakene i oppdragsbrevene fra Helse- og omsorgsdepartementet bes om å prioritere finansiering av forskning knyttet til kvinners helse og kjønnsperspektiv i helse, og å rapportere på dette. Tiltaket vurderes ikke å ha vesentlige økonomiske konsekvenser, men vil innebære en omprioritering av midler.

Tiltak 7: Styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning

Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning mottar i 2023 en tildeling på 15,5 millioner kroner. For å styrke senterets arbeid anbefaler utvalget at tildelingen til senteret økes til 30 millioner kroner per år. Dette er i tråd med regjeringsplattformen som slår fast at Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning skal styrkes.

Tiltak 8: Lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

Utvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet gir et oppdrag til Forskningsrådet om å utlyse midler i form av strategisk miljøstøtte til et nasjonalt senter for kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse. Utvalget legger til grunn en tildeling på minimum 70 millioner kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet til Forskningsrådet for en slik utlysning som en engangsinvestering.

Tiltak 9: Øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmennmedisinske forskningsenhetene

Utvalget mener at midlene til forskning i allmennpraksis må økes betydelig, og at det må skje en tilsvarende økning i støtten til drift av de allmennmedisinske forskningsenhetene. For 2023 er de allmennmedisinske forskningsenhetene tildelt 17 millioner kroner. Utvalget anbefaler at det årlig bør tildeles 50 millioner kroner til Allmennmedisinsk forskningsfond, det vil si en økning på 33 millioner kroner. Tiltaket forutsetter at tilskuddet til de allmennmedisinske forskningsenhetene økes tilsvarende; med 33 millioner kroner.

19.2.2 Sikre samordning som fungerer

Tiltak 10: Etablere en tverrdepartemental arbeidsgruppe for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

Utvalget legger til grunn at tiltaket kan gjennomføres innenfor departementenes eksisterende rammer.

Tiltak 11: Opprette en sentral fagenhet for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

Utvalget anbefaler å opprette en dedikert fagenhet for kjønnsperspektiv i helse på sentralt myndighetsnivå. Kostnader som følger av tiltaket, ses i sammenheng med tiltak 1. Etablere en nasjonal komité for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Som ledd i å sikre fagenhetens kunnskapsgrunnlag anbefaler utvalget at det inngås en rammeavtale med Folkehelseinstituttet på 1 million kroner årlig.

Tiltak 12: Sikre befolkningen tilgang til gode helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi

Utvalget er opptatt av behovet for tilstrekkelig antall og kompetent helsepersonell. Utvalget ser hen til Helsepersonellkommisjonens foreslåtte tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.

Tiltak 13: Utrede nye finansieringsordninger for samhandling

Tiltaket bør gis som et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet. Utvalget viser til forslag om en øremerket tildeling til Helsedirektoratet (se punkt 19.2).

19.2.3 Styrke kunnskapsbroen

Tiltak 14: Etablere systemer for å ivareta et kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet

Det anbefales at den foreslåtte fagenheten (se tiltak 11) sammen med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, i samarbeid med relevante fagmiljøer, utarbeider en nasjonal veileder for konsekvensanalyse for kjønn i helsesektoren, samt at det etableres en nettressurs for veiledning. Utvalget foreslår at det settes av 5 millioner kroner til dette arbeidet.

Når det gjelder forslaget om å innlemme et kjønnsperspektiv i Helsedirektoratets veileder for

utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer, viser utvalget til forslag om en øremerket tildeling til Helsedirektoratet (se punkt 19.2.).

Tiltak 15: Gjennomgå og oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer og helsetilstander som rammer kvinner

Utvalget foreslår at tiltaket gis som et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet. Utvalget viser til forslag om en øremerket tildeling til Helsedirektoratet (se punkt 19.2.).

Tiltak 16: Innlemme kjønn og hvordan kjønn påvirker helse, sykdom og behandling i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger

Tiltak 17: Sikre at oppdatert kunnskap om medisinsk forskning på kjønnforskjeller i helse og kjønnets betydning for helse er et nasjonalt krav i nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)

Utvalget anbefaler flere tiltak for å sikre at kjønn og hvordan kjønn påvirker helse, sykdom og behandling innlemmes i utdanning. Disse tiltakene vurderes ikke å ha vesentlige økonomiske konsekvenser og bør prioriteres innenfor dagens økonomiske rammer.

Tiltak 18: Etablere et samarbeidsnettverk for kjønn, helse og teknologi

Utvalget anbefaler at ansvaret for å etablere nettverket legges til Direktoratet for e-helse. Utvalget anbefaler at etablering av et slikt nettverk inngår i tildelingsbrevet til direktoratet, som må sikre at det avsettes nok ressurser til arbeidet med nettverket. Utvalget vurderer at dette kan gjøres innenfor dagens økonomiske rammer.

Tiltak 19: Tilrettelegge for bedre utnyttelse av helsedata i arbeidet med kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse

Utvalget foreslår at relevante fagmyndigheter (Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet) samarbeider med sentrale forskningsmiljøer på området om å vurdere hvordan helsedata og helseregistre kan utnyttes bedre for å øke kunnskapen om kvinners helse og kjønnets betydning for helse. Utvalget foreslår at det etableres en arbeidsgruppe mellom nevnte aktører, og legger til grunn at arbeidet kan gjennomføres innenfor dagens rammer.

Tiltak 20: Etablere bedre systemer for kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern

Utvalget avventer anbefalinger fra det regjeringsnedsatte ekspertutvalget for sterkere tematisk organisering i psykisk helsevern, samt de økonomiske og administrative konsekvensene av disse.

Tiltak 21: Oppdatere nåværende og gi ny kjønns-spesifikk informasjon på helsenorge.no

Utvalget foreslår at det avsettes ressurser til Norsk helsenett til å oppdatere nåværende og gi ny kjønns-spesifikk informasjon på helsenorge.no. Etter innspill fra Norsk helsenett anbefaler utvalget at det settes av 300 000 kroner til dette arbeidet. Norsk helsenett har utarbeidet et grovestimat av hva det vil koste å oppdatere helsenorge.no med mer kvinnehelseinnhold. De anslår at det vil ta 85–100 timer og med en timepris på 1 500 kroner vil totalkostnaden bli 127 000 – 150 000 eks. mva. Estimateret forutsetter at Helse- og omsorgsdepartementet finner fagpersoner i helsesektoren som bidrar i arbeidet med innholdet. Estimateret inkluderer opprettelse av nye artikler på flere tilstander og sykdommer, blant annet PMDD, fødselsangst og graviditet utenfor livmor. Annet innhold som mangler eller må bygges ut samt oppdatering av artikler om sykdommer som rammer begge kjønn med kjønns-spesifikk informasjon, er også inkludert i estimateret. Utvalget anbefaler at det settes av en høyere sum enn Norsk helsenett har anslått fordi estimateret kun er basert på en overordnet gjennomgang av eksisterende innhold på helsenorge.no.

Tiltak 22: Etablere en digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap om kvinnehelse

Utvalget estimerer en kostnad på 5 millioner kroner til etablering av en kvinnehelseportal. Utvalget foreslår videre at nettportalen driftes av Kilden kjønnsforskning.no. Kilden kjønnsforskning.no. har relevant erfaring i å etablere tilsvarende nettsteder og har blant annet nettstedssjansvar for Kifinfo, som drives på oppdrag for Komité for kjønnsbalanse og mangfold i forskning. Det må også settes av midler til drift, her beregner utvalget en kostnad på 1,5 millioner kroner årlig.

Tiltak 23: Øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper.

Utvalget anbefaler at det etableres en tilskuddsordning for tiltak for å øke helsekompetansen til

ulike befolkningsgrupper, i tråd med *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen* (2019–2023). Tilskuddsordningen skal forvaltes av Helsedirektoratet, og utvalget foreslår at det bevilges 20 millioner kroner til tilskuddsordningen.

19.2.4 Lytte til kvinners stemmer

Tiltak 24: Etablere et brukerutvalg for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

Tiltaket ses i sammenheng med tiltak 1 om å etablere en nasjonal komité for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv.

Tiltak 25: Iverksette forskning på hvordan kvinner med kvinnelidelser blir behandlet i tjenestene

Utvalget foreslår mer forskning på hvordan kvinner med typiske kvinnelidelser blir behandlet i helse-tjenesten. Tiltaket ses i sammenheng med tiltak 6 om å øke finansiering av forskning knyttet til kvinners helse, tiltak 7 om å styrke nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, tiltak 8 om å lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv, og tiltak 9 om å øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmennmedisinske forskningsenhetene.

Tiltak 26: Utrede muligheten for et nasjonalt kvalitetsregister for kvinnehelselidelser

Utvalget anbefaler at Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning gis i oppgave å utrede muligheten for å etablere et nasjonalt kvalitetsregister for utvalgte kvinnelidelser. Utvalget legger til grunn at kostnader knyttet til utredningsarbeidet, ses i sammenheng med tiltak 7 om å styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning.

Tiltak 27: Nasjonal brukerundersøkelse om kjønns-forskjeller i pasienters møte med helsetjenesten

Utvalget foreslår at Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet får i oppdrag å utarbeide forslag til brukerundersøkelser som kan styrke kunnskapsgrunnlaget om hva kjønn har å si for møte med helse- og omsorgstjenesten, herunder kvinners erfaringer og brukeropplevd kvalitet i helse-tjenestene. Helsedirektoratets rapport *Utvikling av nasjonale bruker – og pårørendeundersøkelser* gir et estimat på hva som trengs av nye ressurser for å gjennomføre en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse, og anslår de totale kostnadene til ca. 10 millioner kroner per undersøkelse.

19.2.5 Et løft for kvinners helse i et livsfaseperspektiv

Barn

Tiltak 28: Prioritere arbeidet med å gjøre helse- og omsorgstjenesten bedre i stand til å forebygge, avverge og avdekke vold og overgrep mot barn

Utvalget viser til at Riksrevisjonens undersøkelse (122) følges opp gjennom ny opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Utvalget legger til grunn at en satsing på dette feltet vil ha økonomiske og administrative konsekvenser knyttet til tiltak som beskrives i opptrappingsplanen.

Ungdom og unge kvinner

Tiltak 29: Styrke helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten

Utvalget foreslår en videre styrking av helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten samt en satsing på digitale lavterskeltilbud for barn og unge. Det foreslås en øremerket satsing gjennom kommunerammen til å styrke helsefremmende og forebyggende tjenester til barn og unge. Innretningen på satsingen må ses i sammenheng med regjeringens nylige styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og bidra til å styrke kjønns-spesifikke tilbud. En satsing vil ha økonomiske og administrative konsekvenser som må utredes nærmere.

Tiltak 30: Innføre fritak for egenandel ved legebesøk for ungdom mellom 16 og 18 år

Utvalget foreslår fritak for egenandel ved legebesøk for ungdom mellom 16 og 18 år. En kostnadsberegning gjennomført av Stortingets utredningsseksjon i 2015, viste at aldersgruppen 16 til 21 år betalte egenandeler for vel 282 millioner kroner under egenandelstak 1 i 2014. Dette tilsvarte kostnaden for staten ved å frita dem for slike egenandeler. I dag er egenandelen for et legebesøk på dagtid 160 kroner. Ifølge Statistisk sentralbyrå var det 534 885 konsultasjoner hos fastlegen i aldersgruppen 16–19 år i 2021. Tar vi utgangspunkt i denne gruppen, utgjør dette 85,6 millioner kroner i egenandeler (med utgangspunkt i egenandel for legebesøk på dagtid).

Tiltak 31: Gjøre prevensjon gratis for alle under 25 år

Utvalget anbefaler at prevensjonsmidler blir gratis for alle til og med måneden før fylte 25 år. Utvalget

viser til et overslag lagt fram av partiet Rødt i 2019. Overslaget tilsa at å gjøre prevensjon gratis for kvinner opp til 25 år innebar økte kostnader på 45,7 millioner kroner (1091).

Tiltak 32: Styrke tilbudet til barn og unge med spiseforstyrrelser

Utvalget anbefaler en øremerket bevilgning til behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten for å møte dagens behov. Utvalget anbefaler at det øremerkes 100 millioner kroner til dette formålet.

Det anbefales også at lavterskeltilbudet for kvinner med spiseforstyrrelser, styrkes. Tiltaket vil på kort sikt ha økonomiske konsekvenser. Utvalget estimerer en økning på 25 millioner kroner årlig i fem år. På sikt vil imidlertid tiltaket redusere de betydelige samfunnsøkonomiske konsekvensene som spiseforstyrrelser medfører. Ifølge en rapport fra Oslo Economics kostet spiseforstyrrelser samfunnet 26 milliarder kroner i 2021 (556).

Tiltak 33: Styrke seksualundervisningen på barne- og ungdomsskolen

Tiltak 34: Heve kompetansen om kjønn og helse blant lærere og barnehagelærere

Utvalget anbefaler at seksualundervisningen i skolen styrkes i tråd med nasjonale retningslinjer. Utvalget anbefaler også at det iverksettes tiltak for å heve kompetansen om kjønn og helse blant lærere og barnehagelærere. Utvalget er av den oppfatning at dette er tiltak som kan gjennomføres innenfor dagens ressursbruk i sektoren.

Tiltak 35: Prioritere forskning på psykiske lidelser

Tiltak 36: Prioritere forskning på effektiv behandling av psykiske lidelser og sikre at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandling

Utvalget foreslår at forskning på psykiske lidelser og effektiv behandling av slike lidelser prioriteres. Tiltakene ses i sammenheng med tiltak 6 om å øke finansiering av forskning knyttet til kvinners helse, tiltak 7 om å styrke nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, tiltak 8 om å lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv, og tiltak 9 om å øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmennmedisinske forskningsenhetene.

Tiltak 37: Sikre effektive tiltak mot seksuell trakassering i skolen

Utvalget anbefaler at Folkehelseinstituttet utarbeider en systematisk kartlegging i samråd med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Utvalget legger til grunn en estimert kostnad på ca. 200 000 kroner for dette tiltaket.

Tiltak 38: Prioritere arbeidet med å sikre gode helsetjenester til pasienter med endometriose og adenomyose

Utvalget foreslår at Helsedirektoratet prioriterer arbeidet med nasjonal faglig retningslinje for endometriose og adenomyose, og at muligheten for å etablere et nasjonalt behandlingssenter utredes. Utvalget viser til forslag om en øremerket tildeling til Helsedirektoratet (se punkt 19.2).

Tiltak 39: Styrke vulvapoliklinikker i alle helseregioner

For å styrke tilbudet om vulvapoliklinikker anbefaler utvalget at helseregioner som i dag ikke har et tilbud, gis klare signaler om å sikre dette. Videre anbefaler utvalget at det bevilges øremerkede midler til å styrke tilbudet i de helseregionene som har et tilbud i dag. Utvalget anbefaler at det avsettes 50 millioner kroner til dette formålet.

Kvinner i etableringsfasen

Tiltak 40: Sikre trygg og god svangerskaps-, fødsels- og barseloppfølging uavhengig av bosted

Utvalget foreslår en rekke tiltak som kan gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer, herunder sterkere styringssignaler og sanksjonsmuligheter. For å sikre at tiltakene prioriteres i kommune- og spesialisthelsetjenesten foreslår utvalget imidlertid at det øremerkes 150 millioner kroner for å bidra til en god og trygg svangerskaps-, fødsels- og barseloppfølging i tråd med utvalgets anbefalinger.

Tiltak 41: Styrke lavterskeltilbudet for mødre helse i kommune- og spesialisthelsetjenesten

Utvalget anbefaler at Helsedirektoratet får i oppdrag å utforme et forslag til innretning av et slikt tilbud. Forslaget bør inneholde informasjon om anslåtte kostnader. Utvalget viser til forslag om en øremerket tildeling til Helsedirektoratet (se punkt 19.2).

Tiltak 42: Sikre systematikk i arbeidet med å kartlegge og følge opp psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel

Utvalget foreslår et systematisk arbeid både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å sikre bedre systematikk i arbeidet med å kartlegge og følge opp kvinners psykiske helse under graviditet og etter fødsel. Utvalget mener dette arbeidet kan styrkes innenfor dagens økonomiske rammer.

Utvalget foreslår at Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning gis i oppdrag å utforme et forslag til innretning på et tverrfaglig videreutdanningstilbud innen perinatal psykisk helse. Dette ses i sammenheng med tiltak 7 om å styrke nasjonalt senter for kvinnehelseforskning.

Tiltak 43: Styrke tilbudet om flerkulturell doula for gravide

Utvalget anbefaler at doula-ordningen sikres en bærekraftig finansiering gjennom en egen post på statsbudsjettet. Utvalget foreslår årlige øremerkede midler til en nasjonal koordinator, lokale jordmorkoordinatorer og til de flerkulturelle doulane, totalt 4,6 millioner kroner.

Tiltak 44: Sikre papirløse gravide rett til helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel

Utvalget anbefaler at papirløse gravide gis eksplisitt rett til helsetjenester i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel. Det er utfordrende å anslå kostnadene knyttet til et slikt tiltak. Papirløse er en gruppe mennesker som ikke er registrert i offentlige register, og det er dermed ikke mulig å gi et eksakt tall på hvor mange som bor i Norge i dag. Statistisk sentralbyrå har estimert at det bor 18 000 papirløse i landet i dag. Det estimeres at rundt 50 papirløse kvinner føder i Norge hvert år (406). I 2014 var gjennomsnittlig pris for en normal fødsel beregnet til 35 000 kroner. I tillegg til dette må det medregnes andre kostnader knyttet til svangerskaps- og barseloppfølging.

Tiltak 45: Bedre oppfølging etter provosert abort og spontanabort

Utvalget legger til grunn at tiltaket kan gjennomføres innenfor eksisterende rammer. Tiltaket må ses i sammenheng med tiltak 4 der det foreslås at oppfølgingssamtaler etter provosert eller spontan

abort hos allmennpraktiserende leger i fastlegeordningen fritas for egenandel.

Tiltak 46: Prioritere elektronisk helsekort for gravide

Utvalget anbefaler at det utvikles elektronisk helsekort for gravide med tanke på å gi best mulig hjelp og oppfølging under svangerskapet. Utvalget viser til at regjeringen i statsbudsjettet for 2017 bevilget 20 millioner kroner til elektronisk helsekort for gravide, gjennom et oppdrag til Direktoratet for e-helse. Bevilgningen ble deretter utsatt i revidert nasjonalbudsjett.

Tiltak 47: Etablere kjønns spesifikke behandlingstilbud for kvinner og menn innen rusomsorg

Det anbefales at Helsedirektoratet får i oppdrag å utrede hvordan det best kan legges til rette for at flere kvinner og menn får tilbud om kjønnsdelte behandlingsaktiviteter i rusbehandling i alle helseregioner. Utredningen vil i seg selv ikke medføre betydelige økonomiske og administrative konsekvenser, men en eventuell etablering av nye kjønnsdelte behandlingstilbud vil ha økonomiske og administrative konsekvenser som bør beskrives i Helsedirektoratets utredning. Utvalget viser til forslag om en øremerket tildeling til Helsedirektoratet (se punkt 19.2).

Tiltak 48: Sikre et likeverdig helsetilbud for de mest sårbare kvinnene i norske fengsel

Utvalget ser hen til etableringen av den forsterkede fellesskapsavdelingen for mannlige innsatte ved Ila fengsel- og forvaringsanstalt og behovet for å sikre et likeverdig tilbud for kvinnelige ansatte. Basert på innspill fra Kriminalomsorgsdirektoratet anslås en forventet byggekostnad på 55 millioner kroner for etablering av avdelingen samt en samlet årlig utgift knyttet til bemanning på ca. 35 millioner kroner.

Tiltak 49: Øke forskning på helsekonsekvenser av vold mot kvinner i tilknytning til samlivsbrudd

Utvalget foreslår at et slikt oppdrag gis som et forskningsoppdrag, eksempelvis til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Økonomiske konsekvenser vil avhenge av omfanget av forskningen. En kostnadsramme på rundt 5 millioner kroner bør påregnes.

Tiltak 50: Oppnevne et offentlig utvalg som ser særlig på kvinners arbeidshelse

Utvalget foreslår at utvalget nedsettes av Arbeids- og inkluderingsdepartementet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet. Utvalget legger til grunn at arbeidet kan gjennomføres innenfor departementenes ordinære rammer.

Kvinner midt i livet

Tiltak 51: Etablere et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter

Utvalget foreslår at de regionale helseforetakene samarbeider om å opprette et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter. Kompetansesenteret foreslås tilknyttet et universitetssykehus, og at minst ett professorat i kroniske smertelidelser opprettes ved senteret. Utvalget ser hen til etableringen av nasjonalt kompetansesenter for skolehelsetjenesten og helsestasjonstjenesten som ble etablert i 2021, til en kostnad på 15 millioner kroner.

Tiltak 52: Utvide muligheten for blå resept eller individuell refusjon i forbindelse med hormonbehandling i overgangsalderen

Utvalget legger til grunn at utredningen kan gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer. En eventuell utvidelse av muligheten for blå resept eller individuell refusjon vil medføre kostnader som bør utredes nærmere.

Tiltak 53: Øke kunnskapen om overgangsalder og arbeidsliv

Utvalget anbefaler at det legges til rette for mer forskning på sammenhengen mellom overgangsalder og arbeidsliv. Tiltaket ses i sammenheng med tiltak 6 om å øke finansiering av forskning knyttet til kvinners helse, tiltak 7 om å styrke nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, tiltak 8 om å lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv, og tiltak 9 om å øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmennmedisinske forskningsenhetene.

Tiltak 54: Prioritere forebyggende behandling av beinskjørhet

Øremerkede midler er nødvendig for å etablere bruddforebyggende enheter. Behov for utstyr, bemanning, særlig sykepleiere som utfører meste-

parten av arbeidet, i tillegg til sekretærer, leger og DXA-maskiner vil variere med sykehus-størrelse. Utvalget vurderer det som nødvendig å øremerke 70 millioner i året de første 2–3 årene for å etablere bruddforebyggende enheter ved 44 ortopediske avdelinger i Norge, som gradvis blir selvfinansierende.

Eldre kvinner

Tiltak 55: Sikre geriatrisk kompetanse i helse- og omsorgstjenesten

Utvalget anbefaler at prioritering av geriatrien i helse- og omsorgstjenesten synliggjøres gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Forslaget vil ha administrative og økonomiske konsekvenser som bør utredes videre.

Tiltak 56: Innføre retningslinjer for helse- og omsorgspersonell som sikrer at alle eldre pasienter blir spurt om de har erfaring med vold eller overgrep

Utvalget mener det må innføres rutiner for helse- og omsorgspersonell som sikrer at alle eldre pasienter blir spurt om de har erfaring med vold eller overgrep. Utvalget foreslår at Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress får i oppdrag å utforme retningslinjene. Det foreslås at arbeidet gjennomføres etter samme modell som prøveprosjektet «Å spørre om vold ved svangerskapskontroll» fra 2009, med en kostnadsramme på om lag 2,5 millioner kroner.

Tiltak 57: Opprette et forskningsprogram for eldre kvinners helse

Vi trenger mer kunnskap om eldre kvinners helse og betydningen av kjønn for helse i alderdommen. Utvalget foreslår å etablere et forskningsprogram med en årlig ramme på 10 millioner kroner. Utvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer innretning på og plassering av forskningsprogrammet.

Tiltak 58: Hyppig, rutinemessig og systematisk medikamentgjennomgang hos eldre

Utvalget tar til orde for økt kunnskap om sammenhengen mellom kjønn, alder og virkning/bivirkning av legemidler, og at økonomiske insentiver bør vurderes. Tiltaket må ses i sammenheng med tiltak 3 om å gjennomgå dagens diagnoserelaterte grupper (DRG) for å sikre at finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten legger til rette for priori-

tering av kvinnehelse og tiltak 4 om å gjennomgå og endre takster i kommunehelsetjenesten for å sikre at prioritering av kvinnehelse belønnes økonomisk. Utvalget legger til grunn at tiltaket bør kunne gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer.

Tiltak 59: Nasjonale retningslinjer for å sikre riktig bolig og kosthold for eldre

Utvalget foreslår at det utformes nasjonale retningslinjer for å sikre riktig bolig og kosthold for eldre. Det anbefales at Helsedirektoratet får i oppdrag å utforme nasjonale retningslinjer i samråd med relevante fagmiljøer, organisasjoner og brukere. Utredningen vil i seg selv ikke medføre betydelige økonomiske og administrative konsekvenser. Utvalget viser til forslag om en øremerket tildeling til Helsedirektoratet (se punkt 19.2).

Tiltak 60: Kvalitetsutviklingsprosjekt for å sikre verdighetsbevarende omsorg ved livets slutt

Utvalget foreslår et pilotprosjekt i fire kommuner der nasjonale krav til verdighetsbevarende omsorg ved livets slutt utprøves og evalueres i etterkant for å vurdere hvordan retningslinjene best mulig kan iverksettes i alle kommuner. Det anbefales at det settes av 20 millioner kroner til prosjektet.

19.2.6 Samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv

Se detaljerte beskrivelser av tiltakene i kapittel 13.

Tiltak 61: Stimulere til mer forskning om samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv

Utvalget anbefaler en styrking av Senter for samisk helseforskning og tverrfaglige prosjekter relatert til kvinnehelse og samisk helse i et kjønnsperspektiv. Utvalget foreslår at det settes av 20 millioner kroner til dette tiltaket.

Tiltak 62: Sørge for systematikk i arbeidet med å sikre samisk språk- og kulturkompetanse i helse- og omsorgstjenestene

Utvalget legger til grunn at tiltaket bør kunne gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer.

Tiltak 63: Styrke tilskuddsordningen for fagutvikling og kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene til samiske brukere

I dag er tilskuddsordningen for fagutvikling og kompetanseheving i omsorgstjenestene til samiske brukere på 1,2 millioner kroner. Utvalget anbefaler å øke tilskuddsordningen. Samlet bør det gis tilskudd på 3,8 millioner kroner i året til fagmiljøer som bidrar til å bygge opp, iverksette og styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til brukere med samisk språk og kulturbakgrunn.

Tiltak 64: Utarbeide en nasjonal handlingsplan mot samehets og styrke den nasjonale innsatsen mot samehets

Utvalget foreslår at det settes av 5 millioner kroner for å utarbeide en nasjonal handlingsplan mot samehets.

Tiltak 65: Sikre et likeverdig og kultursensitivt behandlingstilbud for samiske pasienter som har vært utsatt for vold og overgrep

Utvalget mener at de økonomiske og administrative kostandene av forslaget må utredes videre.

Tiltak 66: Styrke krisesentertilbudet i det samiske bosettingsområdet

Utvalget foreslår at det settes av 10 millioner kroner for å styrke krisesentertilbudet i det samiske bosettingsområdet. Det er imidlertid vanskelig å anslå kostnadene, fordi utgiftene til krisesentertilbud varierer mellom ulike landsdeler og ulike organiseringsformer. Små krisesentertilbud har høyere kostnader enn store krisesentertilbud. Krisesentre som betjener et lavt antall innbyggere, har høyere kostnader per innbygger. I 2019 oppga flere krisesentre i Nordland og Troms og Finnmark, at de ikke hadde tilstrekkelige ressurser til å lede og drifte krisesenteret (1092).

Tiltak 67: Etablere fagnettverk for samordning av selvmordsforebygging i den samiske befolkningen

Utvalget foreslår at det settes av 3 millioner kroner over en fireårs periode for å etablere et fagnettverk for samordning av selvmordsforebygging i den samiske befolkningen. Midlene skal gå til lønn for nettverkskoordinator samt lokalleie og reise til nettverkssamlinger.

Tiltak 68: Sikre at seksualundervisning tilbys på samiske språk

Siden det allerede eksisterer materiell til seksualundervisning på samiske språk, legger utvalget til grunn at arbeidet kan gjennomføres innenfor dagens rammer.

19.2.7 Pårørendeomsorg og kvinnehelse

Se detaljerte beskrivelser av tiltakene i kapittel 14.

Tiltak 69: Styrke kunnskapsgrunnlaget om pårørende og utarbeide ny pårørendestrategi og handlingsplan 2025–2030

Utvalget foreslår at det settes av totalt 10 millioner kroner for utarbeidelse av ny pårørendestrategi og handlingsplan for perioden 2025–2030. Utvalget anbefaler at strategien utarbeides av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet og andre relevante departementer. I arbeidet med strategien bør det bestilles mer forskning for å styrke kunnskapsgrunnlaget om dagens pårørendeomsorg, og behovet for pårørendeomsorg i fremtiden.

Tiltak 70: Utrede behov for endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene for pårørende

Utvalget foreslår at det settes av 5 millioner kroner til å utrede behov for endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene for pårørende.

Tiltak 71: Øke kompetanse om pårørendesamarbeid blant helsepersonell

Utvalget foreslår at det settes av 5 millioner kroner for å øke kompetanse om pårørendesamarbeid.

Tiltak 72: Prioritere arbeidet med å implementere pårørendeavtaler i helse- og omsorgstjenesten

Utvalget ser hen til Helsedirektoratets pågående arbeid med å utvikle pårørendeavtaler. Utvalget legger til grunn at en vurdering av kostnader må gjøres i lys av Helsedirektoratets arbeid som legges fram i juli 2023.

Tiltak 73: Styrke tilskuddsordningen om helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver

Utvalget anbefaler å styrke Helsedirektoratets tilskuddsordning til helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver. En mulighet er å øke tilskuddsordningen til tilsvarende ramme som Tilskuddsordning for støtte og avlastning for pårørende på 15 millioner kroner. Utvalget foreslår at det settes av 10 millioner kroner til tiltaket.

Tiltak 74: Styrke og videreutvikle informasjon til pårørende på helsenorge.no

Basert på Norsk helsenetts grovestimat av kostnader knyttet til tiltak 21, anbefaler utvalget at det settes av 300 000 kroner til styrking og videreutvikling av informasjon til pårørende på helsenorge.no.

Tiltak 75: Styrke frivillighetens rolle i pårørendearbeid

Utvalget ser hen til tilskudd til annet arbeid i regi av frivillige organisasjoner, og foreslår at det settes av 25 millioner kroner over tre år for å styrke frivillighetens rolle i pårørendearbeid.

19.3 Samlet oversikt over kostnadsanslag

Nedenfor gis en samlet oversikt over anslåtte kostnader som følge av utvalgets anbefalinger. Tabell 19.1 inkluderer kostnadsanslag for offentlige utgifter første år tiltakene iverksettes. Tiltak uten vesentlige økonomiske eller administrative kostnader og tiltak som kan gjennomføres innenfor dagens rammer samt tiltak der kostnadene må utredes nærmere, er ikke inkludert. Det anslås at tiltakene samlet vil koste 1 milliard kroner.

Tabell 19.1 Utredningens anbefalinger, kostnadsanslag for offentlige utgifter første år

Tiltak	Kostnadsanslag
Styrke Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet med 5 millioner kroner hver som øremerkes oppfølging og gjennomføring av utvalgets anbefalte tiltak	10 millioner kroner
Tiltak 1: Etablere en nasjonal komité for kvinnehelse og helse i et kjønns-perspektiv	8 millioner kroner
Tiltak 5: Innføre krav om kjønnsperspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning	5 millioner kroner + 2 millioner kroner
Tiltak 7: Styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning	14,5 millioner kroner
Tiltak 8: Lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv	70 millioner kroner
Tiltak 9: Øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmenn-medisinske forskningsenhetene	33 millioner kroner + 33 millioner kroner
Tiltak 11: Opprette en sentral fagenhet for kvinnehelse og helse i et kjønns-perspektiv	1 million kroner
Tiltak 14: Etablere systemer for å ivareta et kjønnsperspektiv i beslutnings-grunnlaget på helse- og omsorgsfeltet	5 millioner kroner
Tiltak 21: Oppdatere nåværende og gi ny kjønns-spesifikk informasjon på helsenorge.no	300 000 kroner

Tabell 19.1 Utredningens anbefalinger, kostnadsanslag for offentlige utgifter første år

Tiltak	Kostnadsanslag
Tiltak 22: Etablere en digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap om kvinnehelse	5 millioner kroner + 1,5 millioner kroner
Tiltak 23: Øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper	20 millioner kroner
Tiltak 30: Innføre fritak for egenandel ved legebesøk for ungdom mellom 16 og 18 år	85,6 millioner kroner
Tiltak 31: Gjøre prevensjon gratis for alle under 25 år	45,7 millioner kroner
Tiltak 32: Styrke tilbudet til barn og unge med spiseforstyrrelser	100 millioner kroner + 25 millioner kroner
Tiltak 37: Sikre effektive tiltak mot seksuell trakassering i skolen	200 000 kroner
Tiltak 39: Styrke vulvapoliklinikker i alle helseregioner	50 millioner kroner
Tiltak 40: Sikre trygg og god svangerskaps-, fødsels- og barseloppfølging uavhengig av bosted	150 millioner kroner
Tiltak 43: Styrke tilbudet om flerkulturell doula for gravide	4,6 millioner kroner
Tiltak 44: Sikre papirløse gravide rett til helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel	2 millioner kroner
Tiltak 46: Prioritere elektronisk helsekort for gravide	20 millioner kroner
Tiltak 48: Sikre et likeverdig helsetilbud for de mest sårbare kvinnene i norske fengsel	55 millioner kroner + 35 millioner kroner
Tiltak 49: Øke forskning på helsekonsekvenser av vold mot kvinner i tilknytning til samlivsbrudd	5 millioner kroner
Tiltak 51: Etablere et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter	15 millioner kroner
Tiltak 54: Prioritere forebyggende behandling av beinskjørhet	70 millioner kroner
Tiltak 56: Innføre retningslinjer for helse- og omsorgspersonell som sikrer at alle eldre pasienter blir spurt om de har erfaring med vold eller overgrep	2,5 millioner kroner
Tiltak 57: Opprette et forskningsprogram for eldre kvinners helse	10 millioner kroner

Tabell 19.1 Utredningens anbefalinger, kostnadsanslag for offentlige utgifter første år

Tiltak	Kostnadsanslag
Tiltak 60: Kvalitetsutviklingsprosjekt for å sikre verdighetsbevarende omsorg ved livets slutt	20 millioner kroner
Tiltak 61: Stimulere til mer forskning om samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnsperspektiv	20 millioner kroner
Tiltak 63: Styrke tilskuddsordningen for fagutvikling og kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene til samiske brukere	2,6 millioner kroner
Tiltak 64: Utarbeide en nasjonal handlingsplan mot samehets og styrke den nasjonale innsatsen mot samehets	5 millioner kroner
Tiltak 66: Styrke krisesentertilbudet i det samiske bosettingsområdet	10 millioner kroner
Tiltak 67: Etablere fagnettverk for samordning av selvmordsforebygging i den samiske befolkningen	3 millioner kroner
Tiltak 69: Styrke kunnskapsgrunnlaget om pårørende og utarbeide ny pårørendestrategi og handlingsplan 2025–2030	10 millioner kroner
Tiltak 70: Utrede behov for endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene for pårørende	5 millioner kroner
Tiltak 71: Øke kompetanse om pårørendesamarbeid blant helsepersonell	5 millioner kroner
Tiltak 73: Styrke tilskuddsordningen om helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver	10 millioner kroner
Tiltak 74: Styrke og videreutvikle informasjon til pårørende på hels norge.no	300 000 kroner
Tiltak 75: Styrke frivillighetens rolle i pårørendearbeid	25 millioner kroner

Litteraturliste

1. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*. 2008;66(1):182-8.
2. Album D, Engebretsen E. Sykdomsprestisje. *Praktiske Grunde*. 2013;7(1-2):85-92.
3. Haldar M, Engebretsen E, Album D. Legitimizing the illegitimate: How doctors manage their knowledge of the prestige of diseases. *Health*. 2015;20(6):559-77.
4. Johannessen LEF, Album D. Utenfor kroppen: Kulturanalytiske studier av sykdom. I: Larsen H, red. *Kultursosiologisk forskning: Universitetsforlaget*; 2015.
5. Album D, Johannessen LEF, Rasmussen EB. Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Social Science & Medicine*. 2017;180:45-51.
6. Johannessen LEF, Album D, Rasmussen EB. Do nurses rate disease according to prestige? A survey study. *Journal of Advanced Nursing*. 2020;76(7):1691-7.
7. Tesli MS, Handal M, Torvik FA, Knudsen AKS, Odsbu I, Gustavson K, et al. Psykiske lidelser hos voksne: Folkehelseinstituttet; 2014, oppdatert 03.12.21. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
8. Nosek M, Kennedy HP, Gudmundsdottir M. Silence, Stigma, and Shame: Distress During the Menopause Transition. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2008;53(5):482.
9. Vist GE, Hestevik CH, Forsetlund L, Hval G, Underland V, Kucuk B, et al. Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner. Folkehelseinstituttet; 2022.
10. Østbø NM, Vist GE, Løchen M-L. Kjønnstratifiserte analyser i norske behandlingsstudier: en systematisk kartleggingsoversikt. Folkehelseinstituttet. 2022.
11. Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2003;82(7):649-53.
12. Borchgrevink PC, Fredheim OMS, Fors EA, Hara K, Holen A, Stiles TC. Hva er sammensatte lidelser? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2009;129(13):1368.
13. Aamland A. Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) og sykefravær Allmennlegens rolle. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen, 2015.
14. Rugkåsa J, Tveit OG, Berteig J, Hussain A, Ruud T. Collaborative care for mental health: a qualitative study of the experiences of patients and health professionals. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):844.
15. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*. 2022;72(715):e84-e90.
16. Staff A, Klepp K. Svangerskapet – en stress-test for kvinners hjerte- og karsykdom senere i livet: Oslo Universitetssykehus; 2022, oppdatert 20.04.22. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kvinneklinikken/svangerskapet-en-stresstest-for-kvinnens-hjerte-og-karsykdom-senere-i-livet>
17. Hov MR, Larsen K, Bakke I, Sandset EC. Hjerneslag hos kvinner gir andre symptomer enn hos menn. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2022;142(16).
18. Bains S, Sundby J, Lindskog BV, Vangen S, Diep LM, Owe KM, et al. Satisfaction with maternity care among recent migrants: an interview questionnaire-based study. *BMJ Open*. 2021;11(7).
19. Bains S, Mæland KS, Vik ES. Helse i svangerskapet blant innvandrerkvinner i Norge – en utforskende litteraturoversikt. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2021;141(2).
20. Opinion. Nasjonal pårørendeundersøkelse. Helsedirektoratet; 2021.

21. Helse- og omsorgsdepartementet. Vi – de pårørende: Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan. 2020.
22. Lunde ES, Ramm JS, Syse A. Kvinners liv og helse siste 20 år. SSB; 2022. Rapport Nr.: 2022/41.
23. NOU 1999: 13. Kvinners helse i Norge: Sosial- og helsedepartementet; 1999.
24. WHO. Constitution of the World Health Organization. who.int; 1946.
25. Fugelli P, Ingstad B. Helse – slik folk ser det. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2001;121(30):3600-4.
26. Hofgaard TL. En ny definisjon av helse? Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2010;47(4):362.
27. FN-sambandet. FNs bærekraftsmål: FN; 2022, oppdatert 05.08.22. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>
28. Bruusgaard D, Norge T. Sykdomsbegrepet i Folketrygdloven (§ 8-3): konsensusrapport til Trygderetten. Oslo: Gruppe for trygdemedisin; 1995. Rapport Nr.: 95:2.
29. McWhinney IR. The evolution of clinical method. I: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, red. Patient-centered medicine Transforming the clinical method. 2nd ed. Radcliffe: Abingdon; 2003.
30. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisutdanning, FOR-2020-01-03-21 (2020).
31. Engel G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. 1977;196(4298):129-36.
32. Epstein RM, Borrell-Carrió F. The biopsychosocial model: Exploring six impossible things. Families, Systems, & Health. 2005;23(4):426-31.
33. Epstein RM, Suchman AL, Borrell-Carrió F. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. Annals of Family Medicine. 2004;2(6):576-82.
34. Lown EA, Lui CK, Karriker-Jaffe K, Mulia N, Williams E, Ye Y, et al. Adverse childhood events and risk of diabetes onset in the 1979 National longitudinal survey of youth cohort. BMC Public Health. 2019;19(1):1007.
35. Kalmakis KA, Chandler GE. Health consequences of adverse childhood experiences: a systematic review. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 2015;27(8):457-65.
36. Nelson CA, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. BMJ. 2020;371.
37. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine. 1998;14(4):245-58.
38. Niccoli T, Partridge L. Ageing as a risk factor for disease. Current Biology. 2012;22(17).
39. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2020. Paris: OECD; 2020.
40. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero J-J, DeMeo DL, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. The Lancet. 2020;396(10250):565-82.
41. Legato MJ, Johnson PA, Manson JE. Consideration of Sex Differences in Medicine to Improve Health Care and Patient Outcomes. JAMA. 2016;316(18):1865-6.
42. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. Research Integrity and Peer Review. 2016;1(1):2.
43. Johnson JL, Greaves L, Repta R. Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. International Journal for Equity in Health. 2009;8(1):14.
44. Malterud K. Kvinnehelse, kjønn og trange livsrom. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2018;138(16):1498.
45. Ainsworth C. Sex redefined. Nature. 2015;518(7539):288-91.
46. Schiebinger L. Has Feminism Changed Science? Cambridge: Harvard University Press; 1999.
47. Fausto-Sterling A. Sex/Gender: Biology in a Social World. 1. utg. New York, NY: Routledge; 2012.
48. Shannon G, Jansen M, Williams K, Cáceres C, Motta A, Odhiambo A, et al. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? The Lancet. 2019;393(10171):560-9.
49. Heise L, Greene ME, Oppen N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al. Gender inequality and restrictive gender

- norms: framing the challenges to health. *The Lancet*. 2019;393(10189):2440-54.
50. Hyde JS, Bigler RS, Joel D, Tate CC, van Anders SM. The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *The American Psychologist*. 2019;74(2):171-93.
51. Bufdir. Lhbtqi-ordlista u.å. Tilgjengelig fra: <https://ny.bufdir.no/likestilling/lhbtqi-ordlista/>
52. Tannenbaum C, Ellis RP, Eyssel F, Zou J, Schiebinger L. Sex and gender analysis improves science and engineering. *Nature*. 2019;575(7781):137-46.
53. Pelletier R, Choi J, Winters N, Eisenberg MJ, Bacon SL, Cox J, et al. Sex Differences in Clinical Outcomes After Premature Acute Coronary Syndrome. *Canadian Journal of Cardiology*. 2016;32(12):1447-53.
54. Fine C. Delusions of Gender. How Our Minds, Society, and Neurosexism Create Difference. New York, NY: W. W. Norton & Company; 2010.
55. Korsvik TR, Rustad LM. Kjønnsperspektiver i forskning: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2022, oppdatert 15.02.22. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/kjonnspektiver-i-forskning/>
56. UNDP. Chemicals Management: a key driver of development in environment & energy. UNDP; 2015.
57. Mauvais-Jarvis F, Merz NB, Barnes PJ, Brinton RD, Carrero J-J, DeMeo DL, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*. 2020;396(10250):565-82.
58. Wæhre A. Kjønnsinkongruens. I: Jessen RS, red. *Store medisinske leksikon*: snl.no; 2022.
59. Sørli A. Hvor vanlig er kjønnsinkongruens?: kjonnsinkongruens.no; u.å. Tilgjengelig fra: <https://kjonnsinkongruens.no/kjonnsinkongruens/hvor-mange-er-trans/>
60. Korsvik TR, Hulthin M, Sæbø A. Hva vet vi om kunstig intelligens og likestilling. *Lysaker: Kilden kjønnforskning.no*; 2020.
61. Lassemø E, Karlstrøm H, Sand K, Ose SO. Kunnskapsoversikt over norsk forskning med kjønns- og/eller likestillingsperspektiver. SINTEF; 2021. Rapport Nr.: 2021:00485.
62. Helsedirektoratet. Gjennomgang av kvinnehelsestrategien og forslag til tiltak innenfor kjønn og helse. Utpublisert.
63. Sosial- og helsedepartementet. Kjønnsperspektiv i helse- og sosialsektoren. Regjeringen; 2001.
64. Meld. St. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Helse- og omsorgsdepartementet.
65. Kromberg M, Hellesylt K. Helsetilsynets og fylkeslegenes årsrapport for 2000. forvaltningsdatabasen.sikt.no; 2001.
66. Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2002. Helsetilsynet; 2003. Rapport Nr.: IK-2768.
67. Nylenna M. Fra lydlighet til likeverd – pasientmedvirkning i et historisk og helsepolitisk perspektiv. *Michael*. 2020;17:155-63.
68. Lov om likestilling og forbud mot diskriminering, LOV-2017-06-16-51 (2018).
69. Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63 (2001).
70. Haugen TB. Brukermedvirkning i forskning – reell innflytelse? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2013;133(17):1791.
71. Kristiansen CL. En sterkere stemme for kvinnehelse: sanitetskvinnene.no; 2022, tilgjengelig fra: <https://sanitetskvinnene.no/nyhet/2022/09/en-sterkere-stemme-kvinnehelse/>
72. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2009 Helse Sør-Øst RHF. 2009.
73. Forskningsrådet. Krav om handlingsplanar for likestilling (GEP): Forskningsrådet; 2021, oppdatert 31.05.22. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsradet.no/nar-du-har-fatt-finansiering/krav-om-handlingsplaner-for-likestilling-gep/>.
74. Forskningsrådet. Forskningsrådet og Europakommisjonen stiller krav om handlingsplanar for likestilling frå 2022; 2021, oppdatert 26.11.21. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsradet.no/nyheter/2021/forskningsradet-og-europakommisjonen-stiller-krav-om-handlingsplanar-for-likestilling-fra-2022/>
75. Oslo universitetssykehus. Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning: oslo-universitetssykehus.no; 2021, oppdatert 03.12.21. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-senter-for-kvinnehelseforskning>
76. Oslo universitetssykehus. Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning www.ous-research.no, u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.ous-research.no/home/nrcwh/Norwegian/15431>

77. Oslo universitetssykehus. Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning – Årsrapport 2021. u.å.
78. Hagen M, Rastad R. Innspill til Kvinnehelseutvalgets arbeid. Upublisert.
79. Rustad LM, Korsvik TR. Kjønn og kvinnehelse i helseprofesjonsutdanninger – En kartlegging av læringsmål om kjønn og kvinnehelse i utdanningene medisin, sykepleie, psykologi, vernepleie og fysioterapier. Kilden kjønnsforskning.no; 2020.
80. Forskningsrådet. Indikatorrapporten – 3.2 Mangfold blant forskere. Norges Forskningsråd; 2021.
81. Rødland AW. Hva vet vi om kvinners helse?: Kilden kjønnsforskning.no; 2018.
82. eRapport. Nasjonal kompetansetjeneste for amming: forskningsprosjekter.ihelse.net; u.å. Tilgjengelig fra: <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NK-OUS-8/2020>
83. eRapport. Nasjonal kompetansetjeneste for gynekologisk onkologi: forskningsprosjekter.ihelse.net; u.å. Tilgjengelig fra: <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NK-OUS-11/2020>
84. eRapport. Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer: forskningsprosjekter.ihelse.net; u.å. Tilgjengelig fra: <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NKT-HMN-07/2021>
85. eRapport. Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdommer: forskningsprosjekter.ihelse.net; u.å. Tilgjengelig fra: <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NK-UNN4/2021>
86. Om Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom (NKIB). Bekkenbunnsportalen: nekib.helsekompetanse.no; u.å. Tilgjengelig fra: <https://nekib.helsekompetanse.no/>
87. Helsedirektoratet. Innspill til Kvinnehelseutvalgets utredning. kvinnehelseutvalget.no; 2022.
88. Hofvind S, Sørsum R, Haldorsen T, Langmark F. Brystkreftforekomst før og etter innføring av mammografiscreening. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2006;126(22):2935-8.
89. Bhargava S, Mangerud G, Hofvind S. Oppmøte i Mammografiprogrammet blant innvandrere og norskfødte kvinner. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2021;141(2).
90. Sebuødegård S, Botteri E, Hofvind S. Breast Cancer Mortality After Implementation of Organized Population-Based Breast Cancer Screening in Norway. Journal of the National Cancer Institute. 2019;112(8):839-46.
91. Kreftregisteret. Hvorfor aldersgruppen 50–69 år?: kreftregisteret.no; 2021, oppdatert 28.06.21. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/screening/mammografiprogrammet/Aldersgruppen/>
92. Kreftregisteret. Livmorhalsprogrammet 2021, oppdatert 09.08.21. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Om-programmet/>
93. Kreftregisteret. Livmorhalskreft 2022, oppdatert 21.06.22. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>
94. Vaccarella S, Franceschi S, Engholm G, Lönnberg S, Khan S, Bray F. 50 years of screening in the Nordic countries: quantifying the effects on cervical cancer incidence. British Journal of Cancer. 2014;111(5):965-9.
95. Kreftregisteret. Stor effekt av screening mot livmorhalskreft: kreftregisteret.no; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Stor-effekt-av-screening-mot-livmorhalskreft/>
96. Kreftregisteret. Status for implementering av HPV-test: kreftregisteret.no; 2022, oppdatert 07.10.22. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/hpv/status-for-implementeringen/>
97. Kreftregisteret. Ny analysemetode i Livmorhalsprogrammet: kreftregisteret.no; 2021, oppdatert 09.08.21. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/hpv/>
98. Kreftregisteret. Primær HPV-test – nå også for kvinner under 24 år 2022. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3XhBdZa>
99. Leinonen MK, Schee K, Jonassen CM, Lie AK, Nystrand CF, Rangberg A, et al. Safety and acceptability of human papillomavirus testing of self-collected specimens: A methodologic study of the impact of collection devices and HPV assays on sensitivity for cervical cancer and high-grade lesions. Journal of Clinical Virology. 2018;99-100:22-30.
100. Enerly E, Bonde J, Schee K, Pedersen H, Lönnberg S, Nygård M. Self-Sampling for Human Papillomavirus Testing among Non-Attendees Increases Attendance to the

- Norwegian Cervical Cancer Screening Programme. PLoS One. 2016;11(4).
101. Kreftregisteret. Hjemmetest i kampen mot livmorhalskreft: kreftregisteret.no; 2017. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3PNem5c>
102. Aasbø G, Solbrække KN, Waller J, Tropé A, Nygård M, Hansen BT. Perspectives of non-attenders for cervical cancer screening in Norway: a qualitative focus group study. BMJ Open. 2019;9(8).
103. Groeneveld L, Engesæter B, Aasbø G, Hanse M, Christensen IK, Berland J, et al. Prosjektforslag hjemmetest: Implementering av hjemmeprøvetaking i Livmorhalsprogrammet. Oslo: Kreftregisteret.
104. Prop. 1 S (2022–2023). For budsjettåret 2023. Helse- og omsorgsdepartementet.
105. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for livmorhalskreft. Nettdokument. Oslo: Helsedirektoratet; 2018, oppdatert 05.05.22. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3HTkqr7>
106. Kreftregisteret. Tarmscreeningprogrammet er i gang u.å. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3Gdy1In>
107. Kreftregisteret. Hva er screening? u.å. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3veggmc>
108. Skogli E, Theie MG, Stokke OM, Lind LH. Muskel- og skjelettsykdom i Norge: Rammer flest – koster mest. Menon Economics; 2019.
109. Haugeberg G, Hansen IJ, Soldal DM, Sokka T. Ten years of change in clinical disease status and treatment in rheumatoid arthritis: results based on standardized monitoring of patients in an ordinary outpatient clinic in southern Norway. Arthritis Research & Therapy. 2015;17(1):219.
110. Ihlebæk C, Lærum E. Rammer flest, koster mest og får minst. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2010;21(130).
111. Helsedirektoratet. Langvarige og sammen-satte smertetilstander – helhetlig pasientforløp 2022. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3FNrsel>
112. Risa M. Biotechnologiloven – hva ble endret?: Biotechnologirådet; 2020 Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3jsFyKr>
113. Lovvedtak 104 (2019–2020). Vedtak til lov om endringer i biotechnologiloven mv.
114. NOU 2003: 31. Retten til et liv uten vold — Menns vold mot kvinner i nære relasjoner: Justis- og politidepartementet; 2003. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2003-31/id148994/>
115. Malt U. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. I: Weisæth L, red. Store Medisinske Leksikon; 2019.
116. Dinutvei.no. Dinutvei – Nasjonal veiviser ved vold og overgrep u.å. Tilgjengelig fra: <https://dinutvei.no/>
117. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Omfangsundersøkelsen om vold i nære relasjoner – Trygghet, vold og livskvalitet i Norge: nkvt.no; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvt.no/prosjekt/epidemiologi-omfangsundersokelsen-om-vold-i-naere-relasjoner-trygghet-vold-og-livskvalitet-i-norge/>
118. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Omfangsundersøkelse om vold og overgrep 2021: nkvt.no; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvt.no/prosjekt/omfangsundersokelse-om-vold-og-overgrep-2020/>
119. RVTS. Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging: rvts; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.rvts.no/>
120. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. FOR-2017-09-06-1353. 2017.
121. Prop. 71 L (2016–2017). Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.). Helse- og omsorgsdepartementet.
122. Dokument 3:8 (2021–2022). Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner. Riksrevisjonen.
123. Justis- og beredskapsdepartementet. Frihet fra vold: Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024. Regjeringen; 2021.
124. Angum F, Khan T, Kaler J, Siddiqui L, Hussain A. The Prevalence of Autoimmune Disorders in Women: A Narrative Review. Cureus. 2020;12(5).
125. Ørstavik KH. Hvorfor er autoimmune sykdommer hyppigere hos kvinner? Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2017;137(12-13):866-8.
126. Kim HI, Lim H, Moon A. Sex Differences in Cancer: Epidemiology, Genetics and Therapy. Biomolecules & Therapeutics (Seoul). 2018;26(4):335-42.
127. Riecher-Rössler A. Sex and gender differences in mental disorders. The Lancet Psychiatry. 2016;4(1).

128. Wijnhoven HA, de Vet HC, Picavet HS. Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men. *The Clinical Journal of Pain*. 2006;22(8):717-24.
129. Sorge RE, Totsch SK. Sex Differences in Pain. *Journal of Neuroscience Research*. 2017;95(6):1271-81.
130. Gerds E, Kringeland E, Midtbø H. Hjertesykdom er vanlig – også hos kvinner. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2022;5(142).
131. Wenger NK. Women and coronary heart disease: a century after Herrick: understudied, underdiagnosed, and undertreated. *Circulation*. 2012;126(5):604-11.
132. Brewer LC, Svatikova A, Mulvagh SL. The Challenges of Prevention, Diagnosis and Treatment of Ischemic Heart Disease in Women. *Cardiovascular Drugs and Therapy*. 2015;29:355-68.
133. Andreassen BK, Grimsrud TK, Haug ES. Bladder cancer survival: Women better off in the long run. *European Journal of Cancer*. 2018;95:52-8.
134. Anderson GD. Gender differences in pharmacological response. *International Review on Neurobiology*. 2008;83:1-10.
135. Statens legemiddelverk. Bivirkningsrapport 2020 Område for legemiddelbruk. *Legemiddelverket*; 2022.
136. Statistisk sentralbyrå. Almennlegetjenesten, 10141: Konsultasjoner hos fastlegen, etter alder, kjønn og diagnose 2012–2021. *Statistikkbanken: SSB*; u.å.
137. Höhn A, Gampe J, Lindahl-Jacobsen R, Christensen K, Oksuyzan A. Do men avoid seeking medical advice? A register-based analysis of gender-specific changes in primary healthcare use after first hospitalisation at ages 60+ in Denmark. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2020;74(7):573-9.
138. Belle D. Gender differences in the social moderators of stress. I: Barnett R, Biener L, Baruch G, red. *Stress and coping: An anthology*. 3rd ed. New York, NY: Columbia University Press; 1991. p. 258-74.
139. Martinsen L, Thorstensen T. Epigenetikk. I: Martinsen L, red. *Store Medisinske Leksikon: snl.no*; u.å.
140. Shah K, McCormack CE, Bradbury NA. Do you know the sex of your cells? *American Journal of Physiology-Cell Physiology*. 2014;306(1).
141. Mank JE, Rideout EJ. Developmental mechanisms of sex differences: from cells to organisms. *Development*. 2021;148(19):0950-1991.
142. Ullah MF, Ahmad A, Bhat SH, Abu-Duhier FM, Barreto GE, Ashraf GM. Impact of sex differences and gender specificity on behavioral characteristics and pathophysiology of neurodegenerative disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2019;102:95-105.
143. Strand BH, Vollrath MEMT, Skirbekk VF. Demens Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021, oppdatert 23.02.21. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smitt-somme/demens/>
144. Anstey KJ, Peters R, Mortby ME, Kiely KM, Eramudugolla R, Cherbuin N, et al. Association of sex differences in dementia risk factors with sex differences in memory decline in a population-based cohort spanning 20–76 years. *Scientific reports*. 2021;11(1):1-10.
145. Gillies GE, Pienaar IS, Vohra S, Qamhawi Z. Sex differences in Parkinson's disease. *Frontiers in neuroendocrinology*. 2014;35(3):370-84.
146. Clarsen BM, Steingrimsdottir OA, Holvik K, Ørstavik RE. Muskel- og skjeletthelse i Norge: Folkehelseinstituttet; 2014, oppdatert 29.03.22. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smitt-somme/muskel-og-skjeletthelse/>
147. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisteret statistikkbank. FHI; 2022.
148. Njølstad I, Løchen M-L. Gjelder resultater fra store legemiddelstudier både for kvinner og menn? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2002;122(12):1210-2.
149. Cho L, Davis M, Elgendy I, Epps K, Lindley KJ, Mehta PK, et al. ACC CVD Womens Committee Members. Summary of updated recommendations for primary prevention of cardiovascular disease in women: JACC state-of-the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020;75(20):2602-18.
150. Vaccarino V, Bremner JD. Behavioral, emotional and neurobiological determinants of coronary heart disease risk in women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2017;74:297-309.
151. Vaccarino V, Horwitz RI, Meehan TP, Petrillo MK, Radford MJ, Krumholz HM. Sex differences in mortality after myocar-

- dial infarction: evidence for a sex-age interaction. *Archives of internal medicine*. 1998;158(18):2054-62.
152. Jortveit J, Govatsmark RES, Langøren J, Hole T, Mannsverk J, Olsen S, et al. Kjønnsskjeller i utredning og behandling av hjerteinfarkt. *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening*. 2016;136(14-15):1215-22.
153. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Analyser til Kvinnehelseutvalget. Helse-Nord; 2022. Rapport Nr.: SKDE-notat 13. oktober 2022.
154. Shajahan S, Sun L, Harris K, Wang X, Sandset EC, Yu AY, et al. Sex differences in the symptom presentation of stroke: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stroke*. 2022.
155. Ali M, van Os HJA, van der Weerd N, Schoones JW, Heymans MW, Kruijdt ND, et al. Sex Differences in Presentation of Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke*. 2022;53(2):345-54.
156. Bonkhoff AK, Schirmer MD, Bretzner M, Hong S, Regenhardt RW, Brudfors M, et al. Outcome after acute ischemic stroke is linked to sex-specific lesion patterns. *Nature Communications*. 2021;12(1).
157. Klein SL, Flanagan KL. Sex differences in immune responses. *Nature Reviews Immunology*. 2016;16(10):626-38.
158. Lippa RA. Gender differences in personality and interests: When, where, and why? *Social and personality psychology compass*. 2010;4(11):1098-110.
159. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological bulletin*. 1987;101(2):259.
160. Pedersen H, Grønnæss I, Bendixen M, Hagen R, Kennair LEO. Metacognitions and brooding predict depressive symptoms in a community adolescent sample. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):157.
161. Hardy D, Williams A. Best practice guidelines for the management of lipoedema. *British Journal of Community Nursing*. 2017;22(Sup10):44-8.
162. Norredam M, Album D. Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007;35(6):655-61.
163. Johannesen LEF. Sykepleiere rangerer sykdommer etter prestisje. *Sykepleien*. 2020;108.
164. Kåss E, Kvien TK, Palm Ø. fibromyalgi. I: Palm Ø, red. *Store Medisinske Leksikon*; 2021.
165. Chew-Graham CA, Heyland S, Kingstone T, Shepherd T, Buszewicz M, Burroughs H, et al. Medically unexplained symptoms: continuing challenges for primary care. *British Journal of General Practice*. 2017;67(656):106-7.
166. Stone L. Disease prestige and the hierarchy of suffering. *The Medical Journal of Australia*. 2018;208(2):60-2.
167. Stone L. Managing medically unexplained illness in general practice. *Australian family physician*. 2015;44(9):624-9.
168. Shallcross R, Dickson JM, Nunns D, Taylor K, Kiemle G. Women's Experiences of Vulvodynia: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Journey Toward Diagnosis. *Archives of Sexual Behavior*. 2019;48(3):961-74.
169. Meiboom AA, de Vries H, Hertogh CM, Scheele F. Why medical students do not choose a career in geriatrics: a systematic review. *BMC Medical Education*. 2015;15:101.
170. Laqueur T. Making sex: body and gender from the Greeks to Freud. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1990.
171. Pomata G. Menstruating men: Similarity and difference of the sexes in early modern medicine. I: Finucci V, Brownlee K, red. *Generation and Degeneration Tropes of Reproduction in Literature and History from Antiquity through Early Modern Europe*. Durham, N.C.: Duke University Press; 2001.
172. Sandmo E. Et kjønnskifte i Drøbak. I: Sandmo E, red. *Mordernes forventninger: kriminalitetshistoriske essay*. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
173. Sengoopta C. The Modern Ovary: Constructions, Meanings, Uses. *History of Science*. 2000;38(4):425-88.
174. Arkiv for Læsning af blandet Indhold, eller Norsk Penning-Magazin: et Skrift til Oplysning, Underholdning og nyttige Kundskabers Udbredelse. *Penning-Magasin*. 1834.
175. Schiøtz A. «Hvor vi har ventet paa hendel!» Om dr. Marie Spångberg Holth – Norges første kvinnelige lege – og andre pionerer. I: Schei B, Botten G, Sundby J, red. *Kvinne-medisin*. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1993.

176. Schiøtz A. Å studere medisin – til skade for kvinnens helbred? Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2003;123(24):3522-3.
177. Lie AK. Kvinnen som biologi – Menstruasjon i norsk medisin i annen halvdel av 1800-tallet. Nytt norsk tidsskrift. 2009;26(3-4):362-73.
178. Lie AK. Constructing «the Other»: Menstruation as Pathology in Norway. I: Andresen A, Hubbard WH, Ryymin T, red. International and local approaches to health and health care. Oslo: Novus press; 2010.
179. Johannisson K. Den mørke kontinenten: kvinnan, medicinen och fin-de-siècle. Stockholm: Norstedt; 1994.
180. Johannisson K. Kroppens tunna skal: sex essäer om kropp, historia och kultur. Stockholm: PAN/Norstedt; 1998.
181. Arentz-Hansen C. «Kvinder med begavelse for lægevirkksomhed»: Norges første kvinnelige leger, og tiden de virket i. Oslo: Cappelen Damm; 2018.
182. Lie AHK. Mødre, aktivister og feminister. I: Pape S, red. Ammerevolusjonen 1968–1975: fortalt av amme pionerer. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2022.
183. Skjeie H. Nyskaping etterlyst: NOUer og politiske realiteter. Tidsskrift for kjønnsforskning. 2013;37(3-4):362-77.
184. Ljunggren B, Lauritzen T. Likestillingsintegrering i kvinnedominerte sektorer – horisontale styringsutfordringer. Tidsskrift for samfunnsforskning. 2018;59(2):157-79.
185. Kultur- og likestillingsdepartementet. Likestilling mellom kjønn 2022, oppdatert 29.12.22. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/likestilling-og-mangfold/likestilling-og-inkludering/likestilling-mellom-kjonna/id670481/>
186. Skjeie H, Teigen M. Menn imellom. Mannsdominans og likestillingspolitikk. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003.
187. IKT Dffo. Mot alle odds? Veien til samordning i norsk forvaltning. Difi; 2014. Rapport Nr.: 2014:07.
188. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank quarterly. 2005;83(3):457-502.
189. Løchen M-L, Gerds E. Kvinnehjarter. En medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer. 1. utg.: Gyldendal Akademiske Forlag; 2015.
190. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Helse- og omsorgsdepartementet.
191. Meld. St. 38 (2020–2021). Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet.
192. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og Pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet.
193. Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis: helsebiblioteket.no; 2021 Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
194. Byhring HS, Balteskard L, Shu J, Førde OH, Mathisen S, Leivseth L, et al. Helseatlas for gynekologi. Bruk av utvalgte helsetjenester innen gynekologi i perioden 2015–2017. Helseatlas/SKDE; 2019. Rapport Nr.: 1/2019.
195. Vandvik OP, Eiring Ø. Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011. Rapport Nr.: 16-2011.
196. Helsedirektoratet. Helsekompetanse – kunnskap og tiltak 2021, oppdatert 16.02.21. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
197. Helsedirektoratet. Brukermedvirkning: helsedirektoratet.no; 2017, oppdatert 15.12.22. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
198. Vabø M. Kvinners møte med helsetjenesten: En kunnskapsoversikt. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 1998. Rapport Nr.: Nova-rapport; 26/1998 Contract Nr.: 8278940657.
199. Dahle R, Skilbrei M-L. Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2003. Rapport Nr.: NOVA Rapport 3/03 Contract No.: 82-7894-155-6.
200. Wærner A. Kvinner med kroniske muskelsmerter «(u)særiøse pasienter»? I: Malterud K, red. Kvinners ubestemte helseplager. Oslo: Pax; 2001.
201. Sinaii N, Cleary SD, Ballweg ML, Nieman LK, Stratton P. High rates of autoimmune and endocrine disorders, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and atopic diseases among women with endometriosis: a survey analysis. Human Reproduction. 2002;17(10):2715–24.

202. Dusenbery M. Doing harm. The truth about how bad medicine and lazy science leave women dismissed, misdiagnosed, and sick: HarperOne; 2019.
203. Lilledale F. Kvinner er offer for psykologisering. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2022;59(1):44-7.
204. Rechlin RK, Splinter TFL, Hodges TE, Albert AY, Galea LAM. Harnessing the Power of Sex Differences: What a Difference Ten Years Did Not Make. 2021:1-24.
205. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Oslo. 2020 Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
206. Veenstra M, Slagsvold B. Hva betyr utdanning for vår helseatferd? Samfunnsspeilet. 2009;2009(1).
207. Meld. St. 19 (2018–2019). Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn. Helse- og omsorgsdepartementet.
208. Meld. St. 13. (2018–2019). Muligheter for alle – Fordeling og sosial bærekraft. Finansdepartementet.
209. Meld. St. 20 (2006–2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Helse- og omsorgsdepartementet.
210. Syse A, Grøholt EK, Madsen C, Aarø LE, Strand BH, Næss ØE. Sosiale helseforskjeller i Norge Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014, oppdatert 16.09.22. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
211. Bævre K. Forventet levealder i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.
212. Statistisk sentralbyrå. Menn enda nærmere kvinners levealder: SSB; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/menn-enda-naermere-kvinnens-levealder>
213. Bufdir. Helse og kjønn i et likestillingsperspektiv Rapport til Kvinnehelseutvalget. Upublisert.
214. Eurostat. Healthy life years statistics: ec.europa; 2022, oppdatert 13.06.22. Tilgjengelig fra: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics
215. Fugelli P, Ingstad B. Helse på norsk: god helse slik folk ser det. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
216. Storeng SH, Krokstad S, Westin S, Sund ER. Decennial trends and inequalities in healthy life expectancy: The HUNT Study, Norway. Scandinavian Journal of Public Health. 2018;46(1):124-31.
217. Nielsen RA, Mandal R. Helse og kjønn i et likestillingsperspektiv. Fafo; 2012. Rapport Nr.: Fafo-rapport 2012:45.
218. Tholens B. Slitne kvinner, skadde menn: Yrkesskader er ikke for alle. Sykepleien. 2021.
219. Statistisk sentralbyrå. Arbeidsmiljø, levekårsundersøkelsen: 07992: Yrkesrelaterte helseplager, arbeidsulykker og sykefravær for sysselsatte, etter kjønn og næring (SN2007) (prosent) 2009 – 2019. Statistikkbanken: SSB; u.å.
220. Fevang E. De syke pleierne: En analyse av sykefravær blant sykepleiere og hjelpepleiere. Hovedoppgave; 2003.
221. Rønning E. «Helsearbeidere» – tøffe kvinner i deltidsjobber. Samfunnsspeilet. 2010:35-42.
222. Folkehelseinstituttet. Omfang av seksuell trakassering i Norge: en hurtigoversikt. 2022.
223. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Depression. JAMA Psychiatry. 2016;73(11):1154-62.
224. Ose SO, Busch HJ. HMS i offentlig sektor. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2020.
225. Lawson CC, Johnson CY, Chavarro JE, Livi-doti Hibert EN, Whelan EA, Rocheleau CM, et al. Work schedule and physically demanding work in relation to menstrual function: the Nurses' Health Study 3. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. 2015;41(2):194-203.
226. Gjellestad M, Haraldstad K, Enehaug H, Helmersen M. Women's Health and Working Life: A Scoping Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(2):1080.
227. Grandey AA, Gabriel AS, King EB. Tackling Taboo Topics: A Review of the Three Ms in Working Women's Lives. Journal of Management. 2020;46(1):7-35.
228. Holst C. Hva er feminisme. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
229. Hardy C, Hardie J. Exploring premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in the work context: a qualitative study. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 2017;38(4):292-300.
230. Hardy C, Hunter MS. Premenstrual Symptoms and Work: Exploring Female Staff Experiences and Recommendations for Workplaces. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(7).

231. Sang K, Remnant J, Calvard T, Myhill K. Blood Work: Managing Menstruation, Menopause and Gynaecological Health Conditions in the Workplace. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(4).
232. Schoep ME, Adang EMM, Maas JWM, De Bie B, Aarts JWM, Nieboer TE. Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women. *BMJ Open*. 2019;9(6).
233. Estes SJ, Soliman AM, Yang H, Wang J, Freimark J. A Longitudinal Assessment of the Impact of Endometriosis on Patients' Salary Growth and Risk of Leaving the Workforce. *Advances in Therapy*. 2020;37(5):2144-58.
234. Soliman AM, Rahal Y, Robert C, Defoy I, Nisbet P, Leyland N, et al. Impact of Endometriosis on Fatigue and Productivity Impairment in a Cross-Sectional Survey of Canadian Women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2021;43(1):10-8.
235. Sperschneider ML, Hengartner MP, Kohl-Schwartz A, Geraedts K, Rauchfuss M, Woelfler MM, et al. Does endometriosis affect professional life? A matched case-control study in Switzerland, Germany and Austria. *BMJ Open*. 2019;9(1).
236. Armour M, Parry K, Manohar N, Holmes K, Ferfolja T, Curry C, et al. The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Womens Health (Larchmt)*. 2019;28(8):1161-71.
237. Nossen JP. Kjønnsforskjellen i sykefravær: Hvor mye er det mulig å forklare med registerdata? *Arbeid og velferd*. 2019(4):59-80.
238. NAV, Inkluderende arbeidsliv. Gravid medarbeider God tilrettelegging holder gravide lenger i jobb: Idebanken; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.idebanken.org/innsikt/artikler/gravid>
239. Strand K. Pregnancy at work: work conditions, job adjustment and sickness absence in pregnancy. Doktorgradsavhandling. Oslo: Institute of General Practice and Community Medicine, University of Oslo; 2001.
240. Wergeland E. Healthy working conditions in pregnancy: an epidemiological study of work load and job control in pregnancy, in relation to maternal health and pregnancy outcome. Doktorgradsavhandling. Oslo: Institute of General Practice and Community Medicine, University of Oslo; 1999.
241. Abderhalden-Zellweger A, Probst I, Mercier M-P, Danuser B, Krief P. Maternity Protection at Work and Safety Climate: The Perceptions of Managers and Employees in Three Healthcare Institutions in Switzerland. *Scandinavian Journal of Work and Organizational Psychology*. 2021;6.
242. Selboe ST, Skogås AK. Working fulltime throughout pregnancy – The Norwegian women's perspectives. A qualitative approach. *Midwifery*. 2017;50:193-200.
243. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje: Spedbarnsernæring 2016, oppdatert 08.07.21. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>
244. Bakken A. Ungdata 2022. Nasjonale resultater. Oslo: NOVA, OsloMet; 2022.
245. Hanevik HI, Kjotrød S, Nordbø O, Oldereid NB, Olsen IT. Veileder i gynekologi (2021): Infertilitet og fertilitetsbehandling: Legeforeningen; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fag-med/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/infertilitet-og-fertilitetsbehandling/>
246. Courbiere B, Lacan A, Grynberg M, Grelat A, Rio V, Arbo E, et al. Psychosocial and professional burden of Medically Assisted Reproduction (MAR): Results from a French survey. *PLOS One*. 2020;15(9).
247. Payne N, Seenan S, van den Akker O. Experiences and psychological distress of fertility treatment and employment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 2019;40(2):156-65.
248. Aartun JSF, Lier G. – Det blir fort bare posing og tomme ord. *DNMagasinet*. 2023.
249. Milliar P, Gervais R. The Relevance of Menopause to the Occupational Safety and Health of Employed Women. Exploring resources, life-balance and well-being of women who work in a global context: Springer; 2016. p. 219-38.
250. Verdonk P, Bendien E, Appelman Y. Menopause and work: A narrative literature review about menopause, work and health. *Work*. 2022;72(2):483-96.
251. Geukes M, van Aalst MP, Robroek SJW, Laven JSE, Oosterhof H. The impact of menopause on work ability in women with severe menopausal symptoms. *Maturitas*. 2016;90:3-8.

252. Bariola E, Jack G, Pitts M, Riach K, Sarrel P. Employment conditions and work-related stressors are associated with menopausal symptom reporting among perimenopausal and postmenopausal women. *Menopause*. 2017;24(3):247-51.
253. Hardy C, Griffiths A, Hunter MS. What do working menopausal women want? A qualitative investigation into women's perspectives on employer and line manager support. *Maturitas*. 2017;101:37-41.
254. Hardy C, Griffiths A, Thorne E, Hunter MS. Tackling the taboo: talking menopause-related problems at work. *International Journal of Workplace Health Management*. 2019.
255. Riach K, Jack G. Women's Health in/and Work: Menopause as an Intersectional Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(20).
256. Smeby KW. Likestilling i det tredje skiftet? Heltidsarbeidende småbarnsforeldres praktisering av familieansvar etter 10 uker med fedrekvote. PhD. 2017.
257. Herlofson K, Ugreninov E. Er omsorgsfulle fedre omsorgsfulle sønner? – Likestilling hjemme og hjelp til eldre foreldre. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. 2014;55(3):322-46.
258. Bjørnholt M, Helseth H. Vold i parforhold – kjønn, likestilling og makt. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2019.
259. Bjørnholt M, Helseth H. «Jeg ville jo si nei» – seksuell vold i parforhold. I: Skjorten K, Bakketeig E, Bjørnholt M, Mossige S, red. *Vold i nære relasjoner: Forståelser, konsekvenser og tiltak*: Universitetsforlaget; 2019. s. 85-104.
260. Bjørnholt M, Hjemdal OK. Measuring violence, mainstreaming gender: does adding harm make a difference? *Journal of Gender-Based Violence*. 2018;2(3):465-79.
261. Thoresen S, Hjemdal OK. Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. NKVTS; 2014. Rapport Nr.: 1/2014.
262. Hafstad GS, Augusti E-M. Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år. NKVTS; 2019. Rapport Nr.: nr.4 2019.
263. Sandmoe A, Wentzel-Larsen T, Hjemdal OK. Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: En nasjonal forekomststudie. NKVTS2017. Rapport Nr.: 9-2017.
264. Myhre M, Thoresen S, Hjemdal OK. Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2015. Rapport Nr.: 1-2015.
265. Aakvaag HF, Strøm IF. Vold i oppveksten: Varige spor?: NKVTS; 2019. Rapport Nr.: nr.1 2019.
266. Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA, Trickett PK, Putnam FW. Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2003;18(12):1452-71.
267. Lov om forbud om kjønnslemlestelse, LOV-1995-12-15-74 (1995).
268. NOU 2020: 17. Varslede drap?: Justis- og beredskapsdepartementet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5f3dc96-de14f443f869795a19088926a/no/pdfs/nou202020200017000dddpdfs.pdf>
269. Bjørnholt M. I skyggen av likestillingen – voldsutsatte mødre i Norge. *Norsk sosiologisk tidsskrift*. 2021;5(6):1-18.
270. Mohaupt H, Duckert F, Askeland IR. How Do Men in Treatment for Intimate Partner Violence Experience Parenting their Young Child? A Descriptive Phenomenological Analysis. *Journal of Family Violence*. 2020;35(8):863-75.
271. Steine IM, Bjorvatn B, Winje D, Grønli J, Nordhus IH, Milde AM, et al. Seksuelle overgrep i barndommen og arbeidsuførhet i voksen alder – Funn fra et norsk befolkningsutvalg. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2020.
272. Dworkin ER. Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2020;21(5):1011-28.
273. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychologic Review*. 2017;56:65-81.
274. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):830-9.
275. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2012;38(4):661-71.

276. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
277. Irish L, Kobayashi I, Delahanty DL. Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*. 2010;35:450-61.
278. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*. 2009;29(7):647-57.
279. Paras M, Murad MH, Chen L, Goranson E, Sattler A, Colbenson K, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2009;302:550-61.
280. Mossige S, Stefansen K. Vold og overgrep mot barn og unge: Omfang og utviklingstrekk 2007–2015. Oslo: NOVA, OsloMet; 2016. Rapport Nr.: nr 5/16.
281. Hafstad GS. Kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekt – Vedlegg 1. Helsedirektoratet; 2021. Rapport Nr.: Avrop 11 2021.
282. Meltzer HM, Abel MH, Brantsæter AL, Totland TH, Holvik K. Kosthold i Norge: Folkehelseinstituttet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/kosthold/>
283. Helsenorge. Viktig å få nok jod 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/sma-grep-for-et-sunt-kosthold/derfor-trenger-vi-jod/>
284. Kvaal S. Om mat og menn. *Tidsskrift for kjønnsforskning*. 2019;43(4).
285. Abel MH, Totland TH. Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrapportering – Resultater fra Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2020. Folkehelseinstituttet; 2021.
286. Holmboe-Ottesen G, Wandel M. Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. *Food & Nutrition Research*. 2012;56.
287. Norsk Helseinformatikk. Kosten i forebygging av folkesykdommer 2021. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/kosthold/forebyggende-kost-og-sykdom/kost-og-forebygging-av-sykdom/>
288. Helsedirektoratet. Kosthold ved overvekt og fedme 2018. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3FLO28i>
289. Meyer HE, Berg IH. Overvekt og fedme i Norge. 2022. I: Folkehelse rapporten 2022. Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3Gdfa0j>
290. Klatzkin RR, Dasani R, Warren M, Cattaneo C, Nadel T, Nikodem C, et al. Negative affect is associated with increased stress-eating for women with high perceived life stress. *Physiology & Behavior*. 2019;210:112639.
291. Mikolajczyk RT, El Ansari W, Maxwell AE. Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. *Nutrition Journal*. 2009;8(1):31.
292. Khaled K, Tsofliou F, Hundley V, Helmreich R, Almilaji O. Perceived stress and diet quality in women of reproductive age: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition Journal*. 2020;19(1):92.
293. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. 2010. Rapport Nr.: IS-1735.
294. Barstad LH, Júlíusson PB, Johnson LK, Hertel JK, Lekhal S, Hjelmæsæth J. Gender-related differences in cardiometabolic risk factors and lifestyle behaviors in treatment-seeking adolescents with severe obesity. *BMC Pediatrics*. 2018;18(61).
295. Marengo K. What are the limitations of BMI? *Medical News Today*. 2018 02.11.
296. Tomiyama AJ, Hunger JM, Nguyen-Cuu J, Wells C. Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005–2012. *International Journal of Obesity*. 2016;40(5):883-6.
297. Bjørneboe G-E, Svihus B. BMI. Store Medisinske Leksikon: sml.snl.no; 2021.
298. Norsk Helseinformatikk. Overvekt og fedme: NHI; 2021, oppdatert 20.07.21. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/overvekt-og-fedme/>
299. Fife CE, Maus EA, Carter MJ. Lipedema: a frequently misdiagnosed and misunderstood fatty deposition syndrome. *Advances in skin & wound care*. 2010;23(2):81-92.
300. Kruppa P, Georgiou I, Biermann N, Prantl L, Klein-Weigel P, Ghods M. Lipedema–Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment Options. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2020;117(22-23):396.
301. Buso G, Depairon M, Tomson D, Raffoul W, Vettor R, Mazzolai L. Lipedema: a call to action! *Obesity*. 2019;27(10):1567-76.

302. Reich-Schupke S, Schmeller W, Brauer WJ, Cornely ME, Faerber G, Ludwig M, et al. S1 guidelines: lipedema. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 2017;15(7):758-67.
303. Bauer A-T, von Lukowicz D, Lossagk K, Aitzetmueller M, Moog P, Cerny M, et al. New insights on lipedema: the enigmatic disease of the peripheral fat. Plastic and reconstructive surgery. 2019;144(6):1475-84.
304. Child AH, Gordon KD, Sharpe P, Brice G, Ostergaard P, Jeffery S, et al. Lipedema: an inherited condition. American Journal of Medical Genetics Part A. 2010;152(4):970-6.
305. Warren Peled A, Kappos EA. Lipedema: diagnostic and management challenges. International journal of women's health. 2016;389-95.
306. Wagner S. Lymphedema and lipedema—an overview of conservative treatment. Vasa. 2011;40(4):271-9.
307. Dalene KE, Nystad W, Ekelund U. Helseeffekter av fysisk aktivitet: folkehelseinstituttet.no; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/ml/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/>
308. Nystad W. Fysisk aktivitet i Norge. Folkehelseinstituttet; 2014.
309. Helsedirektoratet. Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
310. Ohm E, Madsen C, Alver K. Skader og ulykker i Norge: Folkehelseinstituttet; 2014, oppdatert 14.10.21. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/skader-og-ulykker-i-norge/>
311. Henriksson J, Sundberg CJ. Generelle effekter av fysisk aktivitet. I: Bahr R, red. Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. s. 8-36.
312. Meyer S, Fyhri A, Evensen KH, Nordh H, Ævarsson G. Hvordan skape trygge og levende byrom? Sluttrapport for prosjektet «Trygghetsskapende tiltak for levende byrom». Oslo: Transportøkonomisk institutt; 2019. Rapport Nr.: 1696/2019.
313. Nylander KS. Prosjekt perfekt: Press sin rapport om kroppspress 2018. Press; 2018.
314. Eriksen IM, Walseth K. Med kropp som prosjekt. I: Ødegård IG, Pedersen W, red. Ungdommen: Cappelen Damm Akademisk; 2021.
315. Rønold IT. Et spørsmål om estetikk. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2019(4).
316. Bunæs JA. Kosmetisk kirurgi er medisin. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2018(17).
317. Ramm J, von Soest T. Kosmetisk kirurgi: 5 prosent har lagt seg under kniven. Samfunnsspeilet. 2011(2).
318. Rosenberg BE, Morken N-H. Intimkirurgi i Norge. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2017(14).
319. Gabrielsen EC, Kumano-Ensby A, Roalsø M. Vulvakomplekset. NRK. 2017 23.01.
320. Vogt H, Pahle A. Et marked av uhelse. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2018(18).
321. Vogt H, Pahle A. Legeprofesjonens (kosm)etiske problem. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2018(13).
322. Dale ÅA. Intimkirurgi: Jeg er lei av argumentet «det er din kropp og ditt liv». Aftenposten. 2016 31.10.
323. Eusébio SR. Levevaner og kjønn Bufdir 2016, oppdatert 15.09.22. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3jXQXm0>
324. Vedøy TF. Sosial ulikhet i bruk av tobakk: Folkehelseinstituttet; 2018, oppdatert 04.04.22. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/royking-og-sosial-ulikhet/>
325. Vedøy TF, Aarø LE, Lund KE. Røyking og snusbruk i Norge. Folkehelseinstituttet; 2014.
326. Hansen MS. Aspects of Lung Cancer by sex. Doktorgradsavhandling; 2020.
327. Kreftforeningen. Alkohol og kreft: kreftforeningen; u.å. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/forebygging/alkohol-og-kreft/>
328. Lein M. Brystkreft og alkohol – så mye øker risikoen: Norsk Helseinformatikk; 2017. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/brystkreft-og-alkohol-sa-mye-oket-risikoen/>
329. Sandøy TA, Lund IO, Bye EK. Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Norge: Folkehelseinstituttet; 2018, oppdatert 06.04.22. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rus-middel-folkehe/#om-siden-kontakt-endringshistorikk>
330. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. The Lancet. 2009;373(9682):2223-33.

331. Gjersing L. Skader og problemer knyttet til narkotikabruk: Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/skader-og-problemer-knyttet-til-narkotikabruk/>
332. Amundsen EJ. Narkotikautløste dødsfall 2021 FHI2021, oppdatert 09.06.22. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/>
333. Sandøy TA. Narkotikabruk i Norge: Folkehelseinstituttet; 2018, oppdatert 09.02.22. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3ZipNpQ>
334. Bramness JG. Rusmiddellidelser i Norge: Folkehelseinstituttet; 2014, oppdatert 15.06.22. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>
335. Skogen JC, Torvik FA, Hauge LJ, Reneflot A. Rusbrukslidelser i Norge. Folkehelseinstituttet; 2014.
336. Sallaup TV, Vaaler AE, Iversen VC, Guzey IC. Challenges in detecting and diagnosing substance use in women in the acute psychiatric department: a naturalistic cohort study. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):406.
337. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Flest kvinner tvangsinnlegges til rusbehandling Rop.no. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3Gmsazr>
338. Helsedirektoratet. Kjønnsspesifikk tilnærming, minoriteter og seksuell orientering i rusbehandling: Helsedirektoratet; 2017, oppdatert 24.01.17. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/kjonnsespesifikk-tilnaerming-minoriteter-og-seksuell-orientering-i-rusbehandling#kjonnsdelte-aktiviteter-i-rusbehandling-sammendrag>
339. Greenfield SF, Brooks AJ, Gordon SM, Green CA, Kropp F, McHugh RK, et al. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;86(1):1-21.
340. Dahlgren L, Willander A. Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 1989;13(4):499-504.
341. Ravndal E, Vaglum P. Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1991;83(3):217-22.
342. Mellingen S. A woman left lonely: En studie av kvinner og alkohol, avhengighet og relasjon i behandling. Kompetansesenteret Rus region vest Bergen – Stiftelsen Bergensklinikkene; 2012.
343. Berge LI, Gjestad R, Franck J, Javaras KN, Greenfield S, Haver B. Gender specific early treatment for women with alcohol addiction (EWA): Impact on work related outcomes. A 25-year registry follow-up of a randomized controlled trial (RCT). *Drug and Alcohol Dependence*. 2022;239.
344. Folkehelseinstituttet. Folkehelseprofil 2013 – Sykdomsmønster speiler levevaner, miljø og levkår: FHI; 2014, oppdatert 30.09.22. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/folkehelseprofilene-2013-sykdomsmønster-speiler-levovaner-miljo-og-levekar/>
345. Berg H, Wilhelms H. – Kvinner fra rusmiljøet trenger et trygt sted å dra til. NRK. 2020.
346. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-97.
347. Skeiv Ungdom. Et skeivt blikk på rus og helse. 2021.
348. Gressgård R, Harlap Y. Spenninger i klasserommet: Mikroagresjon som pedagogisk utfordring. *Uniped*. 2015;37(3):23-33.
349. Spilker RACS, Kour P, Bruun T, Indseth T, Austveg B, Hussaini L, et al. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017.
350. Bufdir. Helse og livskvalitet blant samer, nasjonale minoriteter og personer med innvandrerbakgrunn 2022, oppdatert 26.07.22. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/en/Statistikk_og_analyse/Etnisitet/helse_og_livskvalitet/#heading80573
351. Dalen K, Flatø H, Friberg JH. Hverdagsintegrering: En pilotundersøkelse om tillit, tilhørighet, deltakelse og diskriminering i innvandrerbefolkningen. Fafo; 2022.
352. Midtbøen AH, Liden H. Diskriminering av samer, nasjonale minoriteter og innvandrere i Norge: En kunnskapsgjennomgang. Insti-

- tutt for samfunnsforskning; 2015. Rapport Nr.: 2015:01.
353. Tyldum G. Holdninger til diskriminering, likestilling og hatprat i Norge. Oslo: Fafo; 2019.
354. Rød H, Bye MT. Roma women in Norway: Experiences of antigypsyism, gender inequality and empowerment. Likestillings-senteret KUN; 2022.
355. Ramm J. På like vilkår? Helse og levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne. Oslo-Kongsvinger: SSB; 2010.
356. Fladmoe A, Nadim M, Birkvad SR. Erfaringer med hatytringer og hets blant LHBT-personer, andre minoritetsgrupper og den øvrige befolkningen. Oslo: Institutt for samfunnsforskning; 2019. Rapport Nr.: 2019:4.
357. Hasund IK. «Jævla homo!»: Om gruppebaserte skjellsord. 2020. I: Faglige perspektiver på demokrati og forebygging av gruppefiendtlighet i skolen. Oslo: Senter for studier av Holocaust og livssynsminoriteter; [30-45]. Tilgjengelig fra: https://dembra.no/no/wp-content/uploads/sites/2/2020/11/Dembra_artikkelsamling_3_2020.pdf
358. Prop. 88 L (2012–2013). Diskrimineringslovgivning (diskrimineringsloven om seksuell orientering, likestillingsloven, diskrimineringsloven om etnisitet, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven). Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet.
359. Grønningsæter AB, Nuland BR. Lesbiske og homofile i Sapmi: En narrativ levekårsundersøkelse. Fafo; 2009.
360. LHBT-senteret. Faktahefte: Kunnskap om levekår og livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Bufdir; 2014.
361. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019–2023). Oslo; 2019.
362. Le C, Finbråten HS, Pettersen KS, Guttersrud Ø. Befolkningens helsekompetanse, del I. Oslo: Helsedirektoratet; 2021.
363. Le C, Finbråten HS, Pettersen KS, Guttersrud Ø. Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. Befolkningens helsekompetanse, del II. Oslo: Helsedirektoratet; 2021.
364. Rostadmo M. Svart hud er tykkere enn hvit. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2021.
365. Sørbye IK, Stoltenberg C, Sundby J, Daltveit AK, Vangen S. Stillbirth and infant death among generations of Pakistani immigrant descent: a population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2014;93(2):168-74.
366. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre: 05184: Innvandrere, etter kjønn og landbakgrunn 1970 – 2022. Statistikkbanken: SSB; 2022.
367. Vrålstad S, Wiggen KS. Levekår blant innvandrere i Norge 2016. Oslo-Kongsvinger: SSB; 2017. Rapport Nr.: 2017/13.
368. Dzamarija MT. Stadig flere som fødes i Norge har innvandrerbakgrunn: SSB; 2017, oppdatert 17.10.17. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/stadig-flere-som-fodes-i-norge-har-innvandrerbakgrunn>
369. Holan S, Vangen S, Hanssen K, Stray-Pedersen B. Diabetes hos gravide født i Asia, Afrika og Norge. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2008;128(11):1289-92.
370. Borgen I, Garnweidner-Holme LM, Jacobsen AF, Fayyad S, Cvancarova Småstuen M, Lukasse M. Knowledge of gestational diabetes mellitus at first consultation in a multi-ethnic pregnant population in the Oslo region, Norway – a cross-sectional study. *Ethnicity & Health*. 2022;27(1):209-22.
371. Helsedirektoratet. Kvinner med svangerskapsdiabetes bør få kostråd og rådgivning basert på kostanamnese ved behandling av svangerskapsdiabetes 2018. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3PlcbFZ>.
372. Garnweidner LM, Pettersen KS, Mosdøl A. Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery*. 2013;29(12):130-7.
373. Kinnunen TI, Waage CW, Sommer C, Sletner L, Raitanen J, Jenum AK. Ethnic Differences in Gestational Weight Gain: A Population-Based Cohort Study in Norway. *Maternal and Child Health Journal*. 2016;20(7):1485-96.
374. Næss-Andresen M-L, Eggemoen ÅR, Berg JP, Falk RS, Jenum AK. Serum ferritin, soluble transferrin receptor, and total body iron for the detection of iron deficiency in early pregnancy: a multiethnic population-based study with low use of iron supplements. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2019;109(3):566-75.
375. Eggemoen ÅR, Falk RS, Knutsen KV, Lagerløv P, Sletner L, Birkeland KI, et al. Vitamin D deficiency and supplementation in preg-

- nancy in a multiethnic population-based cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016;16(1):7.
376. Vik ES. Adverse neonatal outcomes in migrant women in Norway. Bergen: University of Bergen; 2020.
 377. Sørbye IK. Botid i Norge og svangerskapskomplikasjoner. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2015(11).
 378. Sørbye I, Bains S, Vangen S, Sundby J, Lindskog B, Owe K. Obstetric anal sphincter injury by maternal origin and length of residence: a nationwide cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2022;129(3):423-31.
 379. Egge H, Kvellestad K, Glavin K. Innvandrerkvinneres erfaringer med svangerskap, fødsel og barseltid i Norge – en kvalitativ studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2018;14(1).
 380. Bhargava S, Akslen LA, Bukholm IRK, Hofvind S. Performance measures among non-immigrants and immigrants attending BreastScreen Norway: a population-based screening programme. *European Radiology*. 2019;29(9):4833-42.
 381. Møen KA, Kumar B, Qureshi S, Diaz E. Differences in cervical cancer screening between immigrants and nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study. *European Journal of Cancer Prevention*. 2017;26(6):521-7.
 382. Bhargava S, Tsuruda K, Moen K, Bukholm I, Hofvind S. Lower attendance rates in immigrant versus non-immigrant women in the Norwegian Breast Cancer Screening Programme. *Journal of Medical Screening*. 2018;25(3):155-61.
 383. Bhargava S, Hofvind S, Moen K. Gender, letters, relatives, and God: mediating actors in mammographic screening among Pakistani women in Norway. *Acta Radiologica Open*. 2019;8(9).
 384. Møen KA, Kumar B, Igland J, Diaz E. Effect of an Intervention in General Practice to Increase the Participation of Immigrants in Cervical Cancer Screening: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2020;3(4).
 385. Qureshi SA, Igland J, Møen K, Gele A, Kumar B, Diaz E. Effect of a community-based intervention to increase participation in cervical cancer screening among Pakistani and Somali women in Norway. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1271.
 386. UNFPA. Costing the Three Transformative Results: The cost of the transformative results UNFPA is committed to achieving by 2030. New York, New York; 2019.
 387. Ziyada MM, Norberg-Schulz M, Johansen REB. Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model. *BMC Public Health*. 2016;16(1):110.
 388. Ibrahim AJM, Bulhan B, Johansen REB. Frivillige organisasjoners tiltak mot kjønnslemlestelse – innsats og erfaringer: En gjennomgang av 30 prosjekter som har mottatt støtte for innsats mot kjønnslemlestelse fra IMDi i perioden fra 2008 til 2016. NKVTS; 2021.
 389. Gele AA, Johansen EB, Sundby J. When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health*. 2012;12(1):697.
 390. Gele AA, Sagbakken M, Kumar B. Is female circumcision evolving or dissolving in Norway? A qualitative study on attitudes toward the practice among young Somalis in the Oslo area. *International Journal of Womens Health*. 2015;7:933-43.
 391. NKVTS. Ulike typer kjønnslemlestelse u.å. Tilgjengelig fra: <https://kjonnslemlestelse.nkvts.no/innhold/hva-er-kjonnslemlestelse/>
 392. Taraldsen S, Owe KM, Bødtker AS, Waagsbø I, Eide BM, Sandberg M, et al. Omskjæring hos kvinner bosatt i Norge – konsekvenser og behandling. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2021;15.
 393. Ziyada MM, Johansen REB. Barriers and facilitators to the access to specialized female genital cutting healthcare services: Experiences of Somali and Sudanese women in Norway. *PLOS One*. 2021;16(9).
 394. Johansen REB, Barre A, Sundby J, Vangen S. Bare et lite snitt. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2004;124:2506-8.
 395. Jordal M, Wahlberg A. Challenges in providing quality care for women with female genital cutting in Sweden – A literature review. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2018;17:91-6.
 396. Turkmani S, Homer CSE, Dawson A. Maternity care experiences and health needs of migrant women from female genital mutilation-practicing countries in high-income contexts: A systematic review and meta-synthesis. *Birth*. 2019;46(1):3-14.

397. Ziyada MM, Lien I, Johansen REB. Sexual norms and the intention to use healthcare services related to female genital cutting: A qualitative study among Somali and Sudanese women in Norway. *PLOS One*. 2020;15(5).
398. Kirkens bymisjon. Dette må du vite om papirløse migranter u.å. Tilgjengelig fra: <https://kirkensbymisjon.no/helsesenteret/om-papirløse-migranter/>
399. Sivertsen ØS. Flykter fra ansvaret. *Tidskriftet Den Norske Legeforening*. 2022;6.
400. Helsedirektoratet. Migrasjon og helse – utfordringer og utviklingsstrekk. Oslo; 2009. Rapport Nr.: IS-1663.
401. Helsenorge. Helsehjelp til personer uten lovlig opphold Helsenorge 2019, oppdatert 16.11.22. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/utlendinger-i-norge/helsehjelp-til-personer-uten-lovlig-opphold/>
402. Røde Kors. Helsesenter for papirløse n.d. Tilgjengelig fra: <https://www.rodekors.no/lokalforeninger/oslo/aktiviteter/flyktninger-innvandrere/helsesenter-for-papirløse/>
403. Myhrvold T, Småstuen MC. Undocumented migrants' life situations: An exploratory analysis of quality of life and living conditions in a sample of undocumented migrants living in Norway. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28(11-12):2073-87.
404. Aunan E. Papirløse migranternes rett til helsehjelp. Masteroppgave: UIT the Arctic University of Norway; 2021.
405. Kvamme E, Ytrehus S. Barriers to health care access among undocumented migrant women in Norway. *Society, Health & Vulnerability*. 2015;6(1):28668.
406. Eick F, Vallersnes OM, Fjeld HE, Sørbye IK, Storkås G, Ekrem M, et al. Use of non-governmental maternity services and pregnancy outcomes among undocumented women: a cohort study from Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1):789.
407. Meld. St. 15 (2000–2001). Nasjonale minoriteter i Norge – Om statleg politikk overfor jødar, kvener, rom, romanifolket og skogfinnar. Kommunal- og regionaldepartementet.
408. Meld. St. 12 (2020–2021). Nasjonale minoriteter i Norge: En helhetlig politikk. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
409. Haave P. Sterilisering av tatere 1934–1977: en historisk undersøkelse av lov og praksis. Oslo: Norges forskningsråd; 2000. 427 s. diagr. 30 cm p.
410. Innst. S. nr. 152 (2004–2005). Innstilling til Stortinget fra Justiskomiteen. I: Justiskomiteen, red.
411. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Handlingsplan for å bedre levekårene for rom i Oslo. 2009.
412. Tyldum G, Friberg JH. Et skritt på veien: Evaluering av Handlingsplan for å bedre levekårene blant rom i Oslo. Fafo; 2014.
413. Vige ÅM. Kvinners erfaringer med å sone i norske fengsler våren 2017: En rapport fra Juridisk Rådgivning for Kvinner. JURK; 2018.
414. Cramer V. Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst: SIFER; 2014.
415. Magnussen SF, Tingvold L. Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel – Et kunnskapsgrunnlag for å vurdere et tydeligere grensesnitt mellom helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgens ansvar for oppfølging av innsatte og domfelte med behov for omsorgstjenester og praktisk bistand. Senter for omsorgsforskning; 2022.
416. Sivilombudsmannen. Kvinner i fengsel: En temarapport om kvinners soningsforhold i Norge. 2017.
417. Bottolfs H, Alnæs Ø. Brev til Kvinnehelseutvalget: Kvinner under straffegjennomføring og i varetekt. I: Kriminalomsorgsdirektoratet, red. Upublisert.
418. Hellebust M, Smith PS, Lundeberg I, Skilbrei M-L. Lengst inne i fengselet – Kvinnelige innsatte med behov for helsehjelp. Universitetet i Oslo; 2021.
419. Bufdir. Antall med nedsatt funksjonsevne 2022. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Antall/
420. Kittelsaa A, Kristensen GK, Wik SE. Kjønn i forskning om funksjonshemming: En litteraturstudie. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning; 2016.
421. Støren KS, Rønning E. Livskvalitet i Norge 2021. Oslo-Kongsvinger: SSB; 2021. Rapport Nr.: 2021/27.
422. Bufdir. Sysselsetting for personer med nedsatt funksjonsevne 2022. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Arbeid/
423. Bufdir. Helse for personer med nedsatt funksjonsevne: Egenvurdert helse 2022. Til-

- gjengelig fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Helse/
424. Bufdir. Trygghet og sikkerhet 2022. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/rettssikkerhet/
 425. Olsvik VM. Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne – en kunnskapsoversikt. NKVTS; 2010.
 426. Brunen A, Heir T. Serious Life Events in People with Visual Impairment Versus the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(21).
 427. Otnes B. Helseutgifter og levekår for personer med nedsatt funksjonsevne: Analyse av data fra Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2008. Oslo-Kongsvinger: SSB; 2010. Rapport Nr.: 20/2010.
 428. FRI. Begreper: Foreningen FRI; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.foreningenfri.no/informasjon/begreper/>
 429. Gram KH. 1 av 3 skeive lite tilfreds med egen psykisk helse: SSB; 2021, oppdatert 26.01.21. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-skeive-lite-tilfreds-med-egen-psykisk-helse>
 430. Engvik M. Dårligere levekår blant ikke-heterofile: SSB; 2022, oppdatert 18.02.22. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/dårligere-levekår-blant-ikke-heterofile>
 431. Malterud K, Anderssen N. Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge. Bergen: Uni Research Helse/Uni Research AS; 2014.
 432. Støren KS, Rønning E, Gram KH. Livskvalitet i Norge 2020. SSB; 2020. Rapport Nr.: 2020/35.
 433. Anderssen N, Eggebø H, Stubberud E, Holmelid Ø. Seksuell orientering, kjønns-mangfold og levekår: Resultater fra spørreundersøkelsen 2020. Bergen: Universitetet i Bergen; 2021.
 434. Stokke M, Lundhaug K, Hammeren G, Solberg A, Steinland V. Skeives levekår i Agder: En kvantitativ og kvalitativ kartlegging. Østlandsforskning; 2018.
 435. Irish M, Solmi F, Mars B, King M, Lewis G, Pearson RM, et al. Depression and self-harm from adolescence to young adulthood in sexual minorities compared with heterosexuals in the UK: a population-based cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2019;3(2):91-8.
 436. Endestad I, Mørch T, Jans D. «Snakk med meg»: Et innblikk i Ungdomstelefonen 2014-2021. Analyse & Tall; 2022.
 437. Malterud K, Bjorkman M. The Invisible Work of Closeting: A Qualitative Study About Strategies Used by Lesbian and Gay Persons to Conceal Their Sexual Orientation. *Journal of Homosexuality*. 2016;63(10):1339-54.
 438. Olsen TÅ, Dela Cruz jr. F. LHBT+personer skjuler identiteten sin på sykehjem. Sykepleien.no. 2022.
 439. Bjorkman M. Lesbisk selvtilit – lesbisk helse: Utfordringer og mestringsstrategier hos lesbiske kvinner. Doktorgradsavhandling: Universitetet i Bergen; 2012.
 440. Solberg A. Skeiv i Helse-Norge. Hamar: Likestillingssenteret; 2017.
 441. Slagstad K. Sexarbeideres helse blir fortsatt ignorert. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2019(17).
 442. Pro Sentret. Det er nok nå: En prosjektrapport om seksualisert vold mot sexselgere 2022.
 443. Norli B. En kartlegging av norske kvinner i prostitusjon. Oslo: Pro Sentret; 2009.
 444. Pro Sentret. Ute av sinn, ute av syne? Om rusfeltets håndtering av salg og bytte av sex i rusmiljøene 2021.
 445. Sinnes A. Sexbasert menneskehandel med kvinner – et frigjøringspsykologisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2013.
 446. Pro Sentret. Om oss u.å. Tilgjengelig fra: <https://prosentret.no/om-pro-sentret/om-oss/>
 447. Kock IE, El Nadjar A. Menneskelivet bak prostitusjonen. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2015;17(135).
 448. Bjørndahl U, Norli B. Fritt vilt: En undersøkelse om voldserfaringene til kvinner i prostitusjon. Pro Sentret; 2008.
 449. Warpe SS. Am I not a human being like you? Vold i Oslos gateprostitusjonsmiljø: Pro Sentret; 2015.
 450. Meld. St. 39 (2020–2021). Kriminalomsorgsmeldingen – fremtidens kriminalomsorg og straffegjennomføring. Justis- og beredskapsdepartementet.
 451. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30 (2012).
 452. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonell- loven), LOV-1999-07-02-64 (2000).

453. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., LOV-1999-07-02-61 (2001).
454. Regjeringen. FNs kvinnekonvensjon (CEDAW): Kultur- og likestillingsdepartementet; 2021, oppdatert 13.10.21. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/likestilling-og-mangfold/likestilling-og-inkludering/konvensjoner/fns-kvinnekonvensjon-cedaw/id2510528/>
455. Europarådets konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner CETS 210, 11-05-2011 nr 22 Multilateral (2011).
456. Barne- og familiedepartementet. FNs konvensjon om barnets rettigheter. Regjeringen; 2003.
457. EØS-avtalen – Avtale om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde., AVT-1992-05-02-1 (1992).
458. NOU 2011: 18. Struktur for likestilling: Barne- og familiedepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d0ce229f4f8646afaf4fcaa95d5bb884/no/pdfs/nou201120110018000dddpdfs.pdf>
459. Instruks om utredning av konsekvenser, foreleggelse og høring ved arbeidet med offentlige utredninger, forskrifter, proposisjoner og meldinger til Stortinget., FOR-2000-02-18-108 (2000).
460. Finansdepartementet. Utredningsinstruksen: regjeringen.no; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/instruks-om-utredning-av-statlige-tiltak-utredningsinstruksen/id2476518/>
461. Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW). Concluding observations on the ninth periodic report of Norway. OHCHR; 2017. Rapport Nr.: CEDAW/C/NOR/CO/9.
462. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. Konsekvenser for likestilling: Utredning i forhold til kjønn, nedsatt funksjonsevne, etnisk opprinnelse, religion mv.: regjeringen.no; 2010.
463. Helsedirektoratet. Gravid i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) 2019, oppdatert 17.09.19. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gravide-i-lar>
464. Helsedirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2017, oppdatert 10.06.22. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
465. Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet.
466. Ryan NE, El Ayadi AM. A call for a gender-responsive, intersectional approach to address COVID-19. *Global Public Health*. 2020;15(9):1404-12.
467. Smith J. Overcoming the ‘tyranny of the urgent’: integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gender & Development*. 2019;27(2):355-69.
468. Helse- og omsorgsdepartementet. Tildelings- og oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet: regjeringen.no; 2021, oppdatert 15.07.22. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev_hod/id748567/
469. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument: regjeringen.no; 2022, oppdatert 11.01.22. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
470. Helsedirektoratet. 1.1. Systematikken i folkehelsearbeidet u.å., oppdatert 09.03.22. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livslopsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/rammene-for-folkehelsearbeidet/systematikken-i-folkehelsearbeidet>
471. Helsedirektoratet. Systematisk folkehelsearbeid; 2020, oppdatert 11.06.20. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>
472. Asker kommune. Kommunedelplan for folkehelse 2015–2026. 2015.
473. Notodden kommune. Folkehelse 2020, oppdatert 16.02.22. Tilgjengelig fra: <https://www.notodden.kommune.no/artikkel/folkehelse>
474. Oslo kommune. Program for folkehelsearbeid i Oslo 2017–2022; 2019.
475. Folkehelseinstituttet. Senter for evaluering av folkehelse tiltak: FHI; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-for-evaluering-av-folkehelse-tiltak/>
476. Clayton JA. Studying both sexes: a guiding principle for biomedicine. *The FASEB Journal*. 2016;30(2):519-24.
477. Helsedirektoratet. Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten. Oslo; 2016.
478. Forskningsrådet. Kjønnbalanse og kjønnsperspektiver i forskning og innovasjon:

- Forskningsrådets policy 2013 – 2017. Oslo: Norges forskningsråd; 2014.
479. Nature. Nature journals raise the bar on sex and gender reporting in research. *Nature*. 2022;605(605).
 480. Rheumatology TL. Getting serious about sex and gender. *The Lancet Rheumatology*. 2021;3.
 481. Editors ICoMJ. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals 2022. Tilgjengelig fra: <http://www.ICMJE.org>.
 482. Forskningsrådet. Policy for kjønnsbalanse og kjønnsperspektiver i forskning og innovasjon. Lysaker: Norges forskningsråd; 2019.
 483. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025. 2021.
 484. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning: forskningsetikk.no; 2019, oppdatert 23.05.19. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/inkludering-av-kvinner/>
 485. Kifinfo. Komité for kjønnsbalanse og mangfold i forskning 2022–2025 Oslo. Tilgjengelig fra: <https://kifinfo.no/nb/content/komite-kjonnbalanse-og-mangfold-i-forskning-kif>
 486. NIFU. Kjønnbalanse i forskning Oslo 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.nifu.no/fou-statistiske/fou-statistikk/kjonnbalanse-i-forskning/>
 487. Helse Midt-Norge. Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016–2020.
 488. RFH HV. Forsknings- og innovasjonsstrategi 2020–2023.
 489. Helse Nord RHF. Sammen om forskning og innovasjon i nord – Delstrategi for Helse Nord RHF 2021–2025.
 490. Helse Sør-Øst RHF. Regional delstrategi for forskning i Helse Sør-Øst.
 491. Helse Sør-Øst RHF. Regional delstrategi for innovasjon i Helse Sør-Øst.
 492. Haverfield J, Tannenbaum C. A 10-year longitudinal evaluation of science policy interventions to promote sex and gender in health research. *Health research policy and systems*. 2021;19(1):1-12.
 493. Hunt L, Nielsen MW, Schiebinger L. A framework for sex, gender, and diversity analysis in research. *Science*. 2022;377(6614):1492-5.
 494. Forskrift om nasjonal retningslinje for farmasøytutdanningene. Forskrift om nasjonal retningslinje for farmasøytutdanningene, bachelor- og masterutdanning i farmasi. 2020.
 495. Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning. Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning. 2019.
 496. Forskrift om nasjonal retningslinje for klinisk ernæringsfysiologutdanning. Forskrift om nasjonal retningslinje for klinisk ernæringsfysiologutdanning. 2020.
 497. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. 2019.
 498. Forskrift om nasjonal retningslinje for tannlegeutdanning. Forskrift om nasjonal retningslinje for tannlegeutdanning. 2020.
 499. Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. 2019.
 500. Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning. Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning. 2020.
 501. Korsvik TR. Kjønn og kvinnehelse i helseprofesjonsutdanninger. *Kilden kjønnsforskning.no*; 2020.
 502. Kinge JM, Øverland S, Flatø M, Dieleman J, Røgeberg O, Magnus MC, et al. Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. *International Journal of Epidemiology*. 2021;50(5):1615-27.
 503. Mulvihill D. The Health Impact of Childhood Trauma: An Interdisciplinary Review, 1997–2003. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2005;28:2:115-36.
 504. Maschi T, Baer J, Morrissey MB, Moreno C. The Aftermath of Childhood Trauma on Late Life Mental and Physical Health: A Review of the Literature. *Traumatology*. 2013;19(1), 49–64.
 505. Macsali F, Trogstad L-IS, Lund IO, Meltzer HM, Stangenes KM, Villanger GD, et al. Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtperioden. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
 506. Granum BB, Nystad W. Astma og allergi. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014.
 507. Bertelsen RJ, Carlsen KC, Carlsen KH. Rhinitis in children: co-morbidities and phenotypes. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2010;21(4 Pt 1):612-22.
 508. Skrivarhaug T, Kummernes SJ, Gani O. Barnediabetesregisteret – Årsrapport 2019. Oslo Universitetssykehus; 2020.

509. Stene LCM, Gulseth HL. Diabetes i Norge. Folkehelseinstituttet; 2014.
510. Sundby J. Forskning på unge jenter og eldre kvinners helse blir ikke prioritert: Kilden kjønnsforskning; 2019. Tilgjengelig fra: <https://kjonnsforskning.no/nb/2019/05/forskning-pa-unge-jenter-og-eldre-kvinnens-helse-blir-ikke-prioritert>
511. Bang L, Hartz I, Furu K, Odsbu I, Handal M, Suren P, et al. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
512. Evensen M, Klitkou ST, Tollånes MC, Øverland S, Lyngstad TH, Vollset SE, et al. Parental income gradients in adult health: a national cohort study. *BMC Medicine*. 2021;19(1), 152.
513. Sletten MA, Bakken A. Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse. utdanningsforskning; 2016. Rapport Nr.: Notat nr 4/16.
514. Selbekk AS, Faugli A, Kufås E, Løvås M, Ruud T. Kunnskapsoppsummering om situasjon og hjelp til barn og partnere av personer med rusproblemer. Akershus universitetssykehus; 2019.
515. Størksen I, Røysamb E, Moum T, Tambs K. Adolescents with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment. *Journal of Adolescence*. 2005;28(6):725-39.
516. Auersperg F, Vlasak T, Ponocny I, Barth A. Long-term effects of parental divorce on mental health – A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2019;119:107-15.
517. Jahn A, Rysgaard TK, Andersen JH, Winding TN. Adverse childhood experiences and future self-rated health: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2021;21(1).
518. Hashemi L, Fanslow J, Gulliver P, McIntosh T. Exploring the health burden of cumulative and specific adverse childhood experiences in New Zealand: Results from a population-based study. *Child Abuse & Neglect*. 2021;122.
519. de Souza AF, Máximo RdO, de Oliveira DC, Ramírez PC, Luiz MM, Delinocente MLB, et al. Gender differences in the association between adverse events in childhood or adolescence and the risk of premature mortality. *Scientific Reports*. 2022;12(1):1-11.
520. Thompson MP, Kingree JB, Desai S. Gender differences in long-term health consequences of physical abuse of children: data from a nationally representative survey. *American journal of public health*. 2004;94(4):599-604.
521. Almuneef M, ElChoueiry N, Saleheen HN, Al-Eissa M. Gender-based disparities in the impact of adverse childhood experiences on adult health: findings from a national study in the Kingdom of Saudi Arabia. *International Journal for Equity in Health*. 2017;16.
522. Getz LO, Kirkengen AL, Ulvestad E. Kroppsliggjøring av erfaring og mening – belastende erfaringers innvirkning på menneskets biologi. I: Mæland JG, red. *Sykdommers sosiale røtter*. Gyldendal; 2020. s. 205-30.
523. Thornquist E, Kirkengen AL. Sammensatte lidelser. 1. utg.: Fagbokforlaget; 2020.
524. NKVTS. Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner – Ansvar og regelverk: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2018, oppdatert 16.03.22. Tilgjengelig fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/ansvar-og-regelverk-3/>
525. NKVTS. Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner – Risikofaktorer og tegn: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2018, oppdatert 24.04.18. Tilgjengelig fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-mot-barn/risikofaktorer-og-tegn-2/>
526. Ødegård G, Pedersen W. Ungdommen. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2021.
527. Ipsos. Sosiale medier tracker Q2'22. April – juni 2022. Ipsos; 2022.
528. Helsedirektoratet. Sektorrapport om folkehelse 2021. Nettdokument. Oslo; 2021 20.10.
529. Prop. 121 S (2018–2019). Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024). Helse- og omsorgsdepartementet.
530. Eriksen IM, Bakken A. Mange tenåringer forteller om stress, press og psykiske plager: psykologisk.no; 2020, oppdatert 03.08.20. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2020/08/stress-press-og-psykiske-plager-blant-ungdom/>
531. Bakken A, Sletten MA, Eriksen IM. Generasjon prestasjon? Ungdoms opplevelse av stress og press. *Tidsskrift for ungdomsforskning*. 2019;18(2):45-75.
532. Sivertsen B, Johansen MS. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022. Oslo: Studentsamskipnaden i Oslo; 2022.
533. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/

- depressive symptoms. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(3):504-11.
534. Utdanningsdirektoratet. Folkehelse og livsmestring: UDIR; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/?lang=nob>
 535. Krokstad S, Weiss DA, Krokstad MA, Rangul V, Kvaløy K, Ingul JM, et al. Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway. *BMJ Open.* 2022;12(5).
 536. Ask H, Handal M, Hauge LJ, Reichborn-Kjennerud T, Skurtveit S. Incidence of diagnosed pediatric anxiety disorders and use of prescription drugs: a nation-wide registry study. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2020;29(8):1063-73.
 537. Hantsoo L, Epperson CN. Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2017;15(2):162-72.
 538. Howell HB, Brawman-Mintzer O, Monnier J, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder in women. *The Psychiatric Clinics of North America.* 2001;24(1):165-78.
 539. Kennair LEO, Solem S, Hagen R, Havnen A, Nysæter TE, Hjemdal O. Change in personality traits and facets (Revised NEO Personality Inventory) following metacognitive therapy or cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother.* 2020:1-10.
 540. Solem S, Wells A, Kennair LEO, Hagen R, Nordahl H, Hjemdal O. Metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in adults with generalized anxiety disorder: A 9-year follow-up study. *Brain and Behavior.* 2021.
 541. Furu K, Hjellvik V, Hartz I, Karlstad Ø, Skurtveit S, Blix HS, et al. Legemiddelbruk hos barn og unge i Norge 2008–2017. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
 542. Reneflot A, Aarø LE, Aase H, T. R-K, Tambs K, Øverland S. Psykisk helse i Norge. Folkehelseinstituttet; 2018.
 543. Ørstavik R, Gustavson K, Rohrer-Baumgartner N, Biele G, Furu K, Karlstad Ø, et al. ADHD i Norge. En statusrapport. Folkehelseinstituttet; 2016.
 544. Posserud M-B, Skretting Solberg B, Engeland A, Haavik J, Klungsøyr K. Male to female ratios in autism spectrum disorders by age, intellectual disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2021;144(6):635-46.
 545. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2017;56(6):466-74.
 546. Klefsjö U, Kantzer AK, Gillberg C, Billstedt E. The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD – gender differences in the diagnostic process. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2020;75(4):1-5.
 547. Roman-Urrestarazu A, van Kessel R, Allison C, Matthews FE, Brayne C, Baron-Cohen S. Association of Race/Ethnicity and Social Disadvantage With Autism Prevalence in 7 Million School Children in England. *JAMA Pediatrics.* 2021;175(6).
 548. Walby FA, Astrup H, Myhre MØ, Kildahl AT. Selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018 – en nasjonal registerstudie. Oslo: Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling; 2022.
 549. Strøm MS, Raknes G, Stene-Larsen K. Selvmord i dødsårsaksstatistikken: Folkehelseinstituttet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/selv-mord-i-dodsarsaksstatistikken/>
 550. Hartberg S, Hegna K. Hør på meg – Ungdomsundersøkelsen i Stavanger 2013. NOVA, HiOA; 2014. Rapport Nr.: NOVA Rapport 2/2014.
 551. Mehlum L, Holseth K. Selvskading – hva gjør vi? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening.* 2009;129(8):759-62.
 552. Tørmøen AJ, Myhre M, Walby FA, Grøholt B, Rossow I. Change in prevalence of self-harm from 2002 to 2018 among Norwegian adolescents. *European Journal of Public Health.* 2020;30(4):688-92.
 553. Henriksen C. Digital stories of youth who injure their own bodies and challenges in today's society. *Advances in Social Science and Culture.* 2021;3(1):33-46.
 554. Torgersen L. Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse: Folkehelseinstituttet; 2016. Tilgjengelig fra:

- <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>
555. Lohne-Knudsen L, Madsen OJ. Orthorexia nervosa – en kulturdiagnose for vår tid? Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2018.
 556. Stokke OM, Karttinen E, Halvorsen CA, Vinter C, Skogli E. Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser. Menon Economics; 2022. Rapport Nr.: MENON-publikasjon nr. 3/2022.
 557. Klevan TK, Skogstrøm L. Spiseforstyrrelsene kostet henne nesten livet. Til slutt måtte moren dra Karoline ut av mørket. Aftenposten. 2022 09.08.
 558. Surén P, Skirbekk AB, Torgersen L, Bang L, Godøy A, Hart RK. Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. JAMA Network Open. 2022;5(7).
 559. Helse- og omsorgsdepartementet. Ny modell for framskrivinger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Regjeringen; u.å.
 560. Helland SS, Rognstad K, Kjøbli J, Mellblom A, Backer-Grøndahl A. Psykologer i kommunen: En kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2021.
 561. Barneombudet. Hvem skal jeg snakke med nå? Psykisk helsehjelp til barn og unge i kommunene. 2022.
 562. Sex og samfunn. Har ungdom i kommunene et likeverdig tilbud? Rapport om helsestasjoner for ungdom i Norge. Sex og samfunn; 2021.
 563. Barneombudet. – Jeg skulle hatt BUP i en koffert: En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov. 2020.
 564. Bufdir. Statusrapport 15: Barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien. 2022.
 565. Bergen kommune. Svar på representantforslag fra Eira Vinde Martinsen Garrido (Sv) vedrørende gratis sanitetsprodukter i kommunens bygg. I: avdeling B, red. Bergen; 2021.
 566. ung.no. Mensen – sånn er det 2020, oppdatert 19.10.20. Tilgjengelig fra: https://www.ung.no/kropp/mensen/1556_Mensen_%E2%80%93_s%C3%A5nn_er_det.html
 567. Dagens medisin. Dansk forskning: En av ti kvinner kan ha endometriose. 2022 08.08.
 568. Brattbakk MB. Blodig alvor. Under dusken. 2019 14.11.
 569. CARE Norge. CARE holdningsundersøkelse mensen. 2021.
 570. Reiering R. Hvorfor må jeg betale for å blø? Aftenposten. 2020 15.03.
 571. Minsaas K. – Staten tjener penger på at vi blør: DNB; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.dnb.no/dnbnyheter/no/din-okonomi/staten-tjener-penger-paa-at-vi-blør>
 572. Hafsaas SL, Dolve SM. Krever gratis bind og tamponger i Bergen: – Det er ikke billig å blø. nrkno. 2021 23.02.
 573. Storvik D. Første land i verden: Gratis bind og tamponger til alle: Verdens beste nyheter; 2021. Tilgjengelig fra: <https://verdensbestenyheter.no/nyheter/gratis-tamponger-i-skottland/>
 574. Myrseth MN, Bråthen LG, Stoksvik M. Elever får gratis bind og tamponger: – Burde likestilles med toalettpapir. NRK Oslo og Viken. 2021 23.11.
 575. Thrane K. Får gratis bind og tamponger: – Ubehagelig å spørre om det. NRK. 2022 08.03.
 576. Skolekravet. Hva er Skolekravet? u.å. Tilgjengelig fra: <https://skolekravet.no/om-skolekravet/>
 577. Dæhlen M. Norske jenter kommer stadig tidligere i puberteten: forskning.no; 2020 Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/barn-og-ungdom-menneskekroppen/norske-jenter-kommer-stadig-tidligere-i-puberteten/1738967>
 578. Bruserud IS, Roelants M, Oehme NHB, Madsen A, Eide GE, Bjerknes R, et al. References for Ultrasound Staging of Breast Maturation, Tanner Breast Staging, Pubic Hair, and Menarche in Norwegian Girls. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2020;105(5):1599-607.
 579. Helsebiblioteket, BMJ Best Practice. Polycystisk ovariesyndrom (PCOS): Helsenorge; 2020, oppdatert 28.01.20. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/hormoner/polycystisk-ovariesyndrom/>
 580. Snøfugl EF. – Vil sette standarden for fremtidig behandling: St. Olavs Hospital; 2020, oppdatert 03.07.19. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/nyheter/2019-vil-sette-standarden-for-fremtidig-behandling>
 581. Helsebiblioteket, BMJ Best Practice. Premenstruelt syndrom (PMS): Helsenorge; 2019, oppdatert 19.09.19. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/underliv/premenstruelt-syndrom/>

582. Hallquist AC, Moen MH, Offerdal K, Aabø R. Veileder i gynekologi (2021) – Premenstruell tensjonssyndrom (PMS): Legeforeningen; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/pms/>
583. Derås RN, Møller T, Kram JH. Innspill til kvinnehelseutvalgets arbeid – PMDD Norge. Kvinnehelseutvalget; 2022.
584. Moen MH, Majak GB, Ringen IM, Veddeng A. Se opp for endometriose. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2021;141(10).
585. Reimer M, Ravndal CM. Umbilikal endometriose. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2022(13).
586. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study-Part 1. BJOG. 2008;115(11):1382-91.
587. Mowers EL, Lim CS, Skinner B, Mahnert N, Kamdar N, Morgan DM, et al. Prevalence of Endometriosis During Abdominal or Laparoscopic Hysterectomy for Chronic Pelvic Pain. Obstetrics and Gynecology. 2016;127(6):1045-53.
588. Majak GB, Tellum T, Ringen IM, Veddeng A, Langeland K, Alvirovic J, et al. Endometriose og adenomyose. 2021. I: Veileder i gynekologi. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/endometriose-og-adenomyose/>
589. Naftalin J, Hoo W, Pateman K, Mavrellos D, Holland T, Jurkovic D. How common is adenomyosis? A prospective study of prevalence using transvaginal ultrasound in a gynaecology clinic. Human Reproduction. 2012;27(12):3432-9.
590. Akerø MH. ousekspertsykehuset: Oslo universitetssykehus. 2018. Tilgjengelig fra: <https://ekspertsykehusetblog.wordpress.com/home/>
591. Struble J, Reid S, Bedaiwy MA. Adenomyosis: A Clinical Review of a Challenging Gynecologic Condition. Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2016;23(2):164-85.
592. Omtvedt M. Adenomyose – for mange en ukjent diagnose, men ikke usynlig for et trent øye: Oslo universitetssykehus; 2022. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kvinneklinikken/adenomyose-for-mange-en-ukjent-diagnose-men-ikke-usynlig-for-et-trent-oye>
593. Helsenorge. Adenomyose 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/underliv/adenomyose/>
594. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. The Lancet. 2004;364(9447):1789-99.
595. Langbrekke A, Johannessen H-O, Qvigstad E. Kirurgisk behandling av endometriose. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2008;128(13):1515-8.
596. Illum LRH, Forman A, Melgaard A, Hansen KE, Hansen SN, Nyegaard M, et al. Temporal and regional differences in the incidence of hospital-diagnosed endometriosis: a Danish population-based study. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2022;101(7):737-46.
597. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? Journal of the American Medical Womens Association (1972). 2003;58(2):82-8.
598. Dyrkorn OA, Helgesen AL, Teigen PK, Næss I, Denstad SE. Veileder i gynekologi (2021) – Kroniske smertetilstander i vulva: Norsk gynekologisk forening; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/kroniske-smertetilstander-i-vulva/>
599. Reed BD, Haefner HK, Harlow SD, Gorenflo DW, Sen A. Reliability and validity of self-reported symptoms for predicting vulvodynia. Obstetrics and Gynecology. 2006;108(4):906-13.
600. Vulva.no. Vulvaklinikker u.å. Tilgjengelig fra: <https://vulva.no/behandlere/vulvaklinikker/>
601. Ringel NE, Iglesia C. Common Benign Chronic Vulvar Disorders. American family physician. 2020;102(9).
602. Vulva.no. Lokalisert vulvodyn u.å. Tilgjengelig fra: <https://vulva.no/pasient/sykdommer-og-tilstander/vulvodynier/lokalisert-vulvodyn/>
603. Wesselmann U, Bonham A, Foster D. Vulvodynia: Current state of the biological science. Pain. 2014;155(9):1696-701.
604. vulva.no. Vulvodyn u.å. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3H6Ta6e>
605. Stensrud LM. Love hurts! En tematisk analyse av hvordan norske par erfarer å leve med vulvodyn og hvordan de kommuniserer

- rer rundt lidelsen. Psykologisk institutt. Oslo: Universitetet i Oslo; 2019.
606. Sadownik LA. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *International Journal of Womens Health*. 2014;6:437-49.
 607. Sosialstyrelsen. Kartläggning av vestibulit: Förekomst och behandling av flickor och kvinnor med vestibulit samt behov av kunskapsstöd. Sosialstyrelsen; 2018. Rapport Nr.: 2018-6-16.
 608. Vulva.no. Vulvaklinikker u.å. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3YF31bF>
 609. Helsedirektoratet. Undervisning om seksuell helse: Skolehelsetjenesten skal tilby seg å bidra i skolens undervisning om seksuell helse Oslo: 2017, oppdatert 11.11.19. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3hmu7na>
 610. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). 2016.
 611. Skilbred A, Solbrække KN, Thoresen L. Begjær til besvær: en analyse av Solberg-regjeringens strategi for seksuell helse, «Snakk om det!». *Norsk sosiologisk tidsskrift*. 2022;6(4):1-16.
 612. Bufdir. Ungdom og seksualitet 2019, oppdatert 09.04.21. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Foreldrehverdag/Ungdom/Ungdom_og_seksualitet/
 613. Borgan E. Nei, kvinner har ikke en jomfruhinne som kan avsløre om hun har hatt samleie eller ikke. *Forskning.no*. 2020.
 614. Sønderland K, Salvesen E. Rundskriv: Forholdet mellom helselovgivningen og såkalt jomfruhinnekontroll. I: Helse- og omsorgsdepartementet, red.: Regjeringen; 2020.
 615. Helse- og omsorgsdepartementet. Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd – informasjon og tilgjengelighet 2020–2024. 2020.
 616. Helfo. Støtte til prevensjon for deg mellom 16 og 22 år: Helsenorge; 2022, oppdatert 01.01.22. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/prevensjon/bidragsordning-for-prevensjonsmidler/>
 617. Kløkstad S, Aarvold T, Johansen M. Prevensjonsmidler. 2022. I: eMetodebok for seksuell helse. Sex og Samfunn. 9 utg. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3BMD8N5>
 618. Helsedirektoratet. Gratis kondomer: Helsenorge; 2020, oppdatert 12.08.20. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/prevensjon/kondom/>
 619. Aarvold T, Nesheim B. Hormonspiral og p-stav er beste prevensjon mot uønsket svangerskap. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2016;14-15(136):1200-1.
 620. Helsedirektoratet. Begjæring og søknad om sterilisering 2019. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3FFIfjF>
 621. Granbo K. Jørunn (27) var deprimert, så sluttet hun med p-piller: – Det var en syk forandring. NRK P3. 2021 13.06.
 622. Store-Ashkari S, Cisse ME. Prevensjon gir kvinner plager, men forskes lite på: – Jeg ble så sliten, så deprimert. NRK Troms og Finmark. 2021 12.07.
 623. Le Guen M, Schantz C, Régnier-Loilier A, de La Rochebrochard E. Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2021;284:114247.
 624. Dahl ES, Brochmann N. Er p-pillene ute etter å skade deg? Fett. 2016.
 625. Bendiksen J, Nordgård ME. En spiral av følelser. NRK Troms og Finmark. 2022 03.04.
 626. Mølgaard M. Er hormonfri prevensjon til kvinner endelig på vei? *Forskning.no*. 2022 04.02.
 627. Helsenorge. Hvordan velge prevensjonsmiddel? 2021. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3WdEgS1>
 628. Gilfarb R, Stewart M, Rajesh A, Ranade S, Dye C, Lenz KM, et al. Hormonal contraceptive exposure during adolescence impacts the prefrontal cortex and HPA axis response of female rats. *Neuroscience* 2022; San Diego, CA: Society for Neuroscience; 2022.
 629. Caugant D, Kløvstad H, Nilsen Ø, Whittaker R. Årsrapport 2019: Overvåkning av seksuelt overførbare infeksjoner. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020.
 630. Folkehelseinstituttet. Humant papillomavirus (HPV), genitale infeksjoner – veileder for helsepersonell. Folkehelseinstituttet; 2019.
 631. Molden T, Feiring B, Ambur OH, Christiansen IK, Hansen M, Laake I, et al. Human papillomavirus prevalence and type distribution in urine samples from Norwegian women aged 17 and 21 years: A nationwide cross-sectional study of three non-vaccinated birth cohorts. *Papillomavirus Research*. 2016;2:153-8.
 632. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2021 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2022.

633. Lonnee-Hoffmann R, Johansen N, Gjessing R. Seksuelle dysfunksjoner. 2021. I: Norsk gynekologisk forening Veileder i gynekologi (2021). Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3WzpMMf>
634. Moreau C, Kågesten AE, Blum RW. Sexual dysfunction among youth: an overlooked sexual health concern. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1170.
635. Henning OJ, Nakken KO, Træen B, Mowinckel P, Lossius M. Sexual problems in people with refractory epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2016;64(Part A):293.
636. Rathore C, Henning OJ, Luef G, Radhakrishnan K. Sexual dysfunction in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2019;100:106495.
637. Bell AR, Giil E, Træen B. Reduced Sexual Desire in Young Norwegian Women: A Mixed-Methods Study. *Sex Cult*. 2022;26(5):1919-39.
638. Træen B, Štulhofer A, Janssen E, Carvalheira AA, Hald GM, Lange T, et al. Sexual Activity and Sexual Satisfaction Among Older Adults in Four European Countries. *Archives of Sexual Behavior*. 2019;48(3):815-29.
639. Sex og samfunn. Seksuelle dysfunksjoner. 2022. I: eMetodebok for seksuell helse. 9 utg. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3YSLGfB>
640. Walter KV, Conroy-Beam D, Buss DM, Asao K, Sorokowska A, Sorokowski P, et al. Sex Differences in Mate Preferences Across 45 Countries: A Large-Scale Replication. *Psychological Science*. 2020;31(4):408-23.
641. Stabell KK, Mortensen BY, Træen B. Samleiefrekvens – prevalens og prediktorer i et tilfeldig utvalg norske gifte og samboende heteroseksuelle par. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2008;45(6):683-94.
642. Almås E. Seksualitet og kjønn. I: Hagen R, Kennair LEO, red. *Psykiske lidelser*: Gyldendal; 2016.
643. Haugstvedt A, Jørgensen J, Strandberg RB, Nilsen RM, Haugstvedt JF, Pop-Busui R, et al. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes in Norway: A cross-sectional study on the prevalence and associations with physical and psychosocial complications. *Diabet Med*. 2022;39(1).
644. Buskoven MEH, Kjørholt EKH, Strandberg RB, Søfteland E, Haugstvedt A. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes in Norway: A qualitative study of women's experiences. *Diabetic Medicine*. 2022;39(7).
645. Helland Y, Garratt A, Kjekken I, Kvien TK, Dagfinrud H. Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2013;42(1):20-6.
646. Fischer N, Træen B. Medisinstudenters intensjon om å tematisere seksualitet i behandlingsrommet. *Scandinavian Psychologist*. 2016;3(14).
647. Sex og samfunn. Seksualitetsundervisning i skolen: En kartlegging av elevers og læreres erfaringer og ønsker. Sex og samfunn; 2022.
648. Kennair LEO. Seksualopplysningen må bli mer psykologisk orientert: psykologisk.no; 2016, oppdatert 08.04.16. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2016/04/seksualopplysning-og-seksuell-personlighet/>
649. Utdanningsdirektoratet. Læreplan i samfunnsfag. 2020. s. 1-12.
650. Berggrav S. «Et skada bilde av hvordan sex er» Ungdoms perspektiver på porno. Oslo: Redd Barna; 2020.
651. Stanley N, Barter C, Wood M, Aghtaie N, Larkins C, Lanau A, et al. Pornography, Sexual Coercion and Abuse and Sexting in Young People's Intimate Relationships: A European Study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2016;33(19):2919-44.
652. Bendixen M, Kennair LEO, Grøntvedt TV. En oppdatert kunnskapsstatus om seksuell trakassering blant elever i ungdomsskolen og videregående opplæring. NTNU; 2016.
653. Hellevik P, Øverlien C. Teenage intimate partner violence: Factors associated with victimization among Norwegian youths. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2016;44(7):702-8.
654. NKVTS. Vi må ta kjærestevold på alvor: NKVTS; 2020, oppdatert 24.06.20. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/aktuelt/vi-ma-ta-kjaerestevold-blant-unge-pa-alvor/>
655. Bendixen M, Daveronis J, Kennair LEO. The effects of non-physical peer sexual harassment on high school students' psychological well-being in Norway: consistent and stable findings across studies. *International Journal of Public Health*. 2018;63(1):3-11.
656. Nisja H, Raanaas RK, Aamodt G. Forekomst av seksuell trakassering av tenåringer og sammenhengen med depressive symptomer. Hvilken betydning har sosiale relasjoner? *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning*. 2021;2(2):167-83.

657. Cuccurullo S. Physical medicine and rehabilitation board review. New York, NY: Demos; 2004.
658. Stuempfle KJ, Drury DG. The physiological consequences of bed rest. *Journal of exercise physiology online*. 2007;10(3):32-41.
659. Knight J, Nigam Y, Jones A. Effects of bedrest 1: cardiovascular, respiratory and haematological systems. *Nursing Times*. 2009;105(21):16-20.
660. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. 2014. Rapport Nr.: IS- 1944.
661. Lim EJ, Ahn YC, Jang ES, Lee SW, Lee SH, Son CG. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *Journal of Translational Medicine*. 2020;18(1):100.
662. Bakken IJ, Tveito K, Gunnes N, Ghaderi S, Stoltenberg C, Trogstad L, et al. Two age peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a population-based registry study from Norway 2008–2012. *BMC Medicine*. 2014;12:167.
663. Brurberg KG, Fønhus MS, Larun L, Flottorp S, Malterud K. Case definitions for chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME): a systematic review. *BMJ Open*. 2014;4(2).
664. Muller AE, Tveito K, Bakken IJ, Flottorp SA, Mjaaland S, Larun L. Potential causal factors of CFS/ME: a concise and systematic scoping review of factors researched. *Journal of Translational Medicine*. 2020;18(1):484.
665. Huth TK, Eaton-Fitch N, Staines D, Marshall-Gradisnik S. A systematic review of metabolomic dysregulation in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis/systemic exertion intolerance disease (CFS/ME/SEID). *Journal of translational medicine*. 2020;18(1):1-14.
666. Germain A, Ruppert D, Levine SM, Hanson MR. Metabolic profiling of a myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome discovery cohort reveals disturbances in fatty acid and lipid metabolism. *Molecular Biosystems*. 2017;13(2):371-9.
667. Fernandez-Guerra P, Gonzalez-Ebsen AC, Boonen SE, Courraud J, Gregersen N, Mehlsen J, et al. Bioenergetic and proteomic profiling of immune cells in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome patients: an exploratory study. *Bio-molecules*. 2021;11(7).
668. Cleare AJ. The neuroendocrinology of chronic fatigue syndrome. *Endocrine reviews*. 2003;24(2):236-52.
669. Joseph P, Arevalo C, Oliveira RKF, Faria-Urbina M, Felsenstein D, Oaklander AL, et al. Insights from invasive cardiopulmonary exercise testing of patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Chest*. 2021;160(2):642-51.
670. Richman S, Morris MC, Broderick G, Craddock TJA, Klimas NG, Fletcher MA. Pharmaceutical Interventions in Chronic Fatigue Syndrome: A Literature-based Commentary. *Clinical Therapeutics*. 2019;41(5):798-805.
671. Vermeulen RC, Scholte HR. Azithromycin in chronic fatigue syndrome (CFS), an analysis of clinical data. *Journal of Translational Medicine*. 2006;4:34.
672. Werbach MR. Nutritional strategies for treating chronic fatigue syndrome. *Alternative Medicine Review*. 2000;5(2):93-108.
673. Collatz A, Johnston SC, Staines DR, Marshall-Gradisnik SM. A Systematic Review of Drug Therapies for Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis. *Clinical Therapeutics*. 2016;38(6).
674. Alraek T, Lee MS, Choi TY, Cao H, Liu J. Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2011;11:87.
675. Wright A, Fisher PL, Baker N, O'Rourke L, Cherry MG. Perfectionism, depression and anxiety in chronic fatigue syndrome: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021;140.
676. Vink M, Vink-Niese A. Cognitive behavioural therapy for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome is not effective. Re-analysis of a Cochrane review. *Health Psychology Open*. 2019;6(1).
677. Twisk FN, Maes M. A review on cognitive behavioral therapy (CBT) and graded exercise therapy (GET) in myalgic encephalomyelitis (ME) / chronic fatigue syndrome (CFS): CBT/GET is not only ineffective and not evidence-based, but also potentially harmful for many patients with ME/CFS. *Neuro Endocrinology Letters*. 2009;30(3):284-99.
678. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Rooke SE, Bhullar N, Schutte NS. Efficacy of cognitive

- behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2008;28(5):736-45.
679. Kim DY, Lee JS, Park SY, Kim SJ, Son CG. Systematic review of randomized controlled trials for chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *Journal of Translational Medicine*. 2020;18(1):7.
 680. Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, Hemming K, Howick J, Copsey B, et al. Cognitive-behavioural therapy for a variety of conditions: an overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Health Technology Assessment*. 2021;25(9):1-378.
 681. Zhang A, Wang K, Blumenstein K, Brose A, Kemp C, Meister D, et al. For whom and what outcomes does cognitive-behavioral-therapy work among cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*. 2022;30(11):8625-36.
 682. Chang Y-C, Hu W-Y, Chang Y-M. Cognitive-Behavioral Therapy to Alleviate Treatment-Induced Menopausal Symptoms in Women With Breast Cancer: A Systematic Review. *Cancer nursing*. 2021;44(5):411-8.
 683. Parker P, Aston J, De Rijk L. A systematic review of the evidence base for the Lightning Process. *EXPLORE*. 2021;17(4):372-9.
 684. Folkehelseinstituttet. Brukerperspektiv og sosiale forhold: FHI; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/metodevurdering/brukerperspektiv-og-sosiale-forhold/>
 685. Asprusten TT. Diagnosis of Chronic Fatigue Syndrome in Adolescents. PhD: University of Oslo; 2022.
 686. Dokument 3:13 (2020–2021). Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helse-tjenester. Riksrevisjonen.
 687. Helse- og omsorgsdepartementet. Ekspertutvalg for å vurdere sterkere tematisk organisering i psykisk helsevern. Regjeringen.no; 2022. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3Cg4v2D>
 688. Helsedirektoratet. Tiltak for å forbedre tilbudet til kvinner med endometriose. 2022. Rapport Nr.: Følgerebrev til besvarelse av oppdrag nr 42 i tillegg til TB 2021.
 689. Oslo kommune. Seksualitet og grense-setting. 2019.
 690. HelseNorge. Svangerskap – plager og komplikasjoner; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/svangerskap/>
 691. Kinge JM, Modalsli JH, Øverland S, Gjessing HK, Tollånes MC, Knudsen AK, et al. Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005–2015. *JAMA*. 2019;321(19):1916-25.
 692. Syse A, Lyngstad TH. In sickness and in health: the role of marital partners in cancer survival. *SSM-population health*. 2017;3:99-110.
 693. Kitterød RH, Halrynjo S. Mer likestilling med fedrekvote? *Tidsskrift for kjønnsforskning*. 2019;43(2):71-89.
 694. Cools S, Strøm M. Mellom arbeidsliv og familieliv: Hvilken betydning har arbeids-markedssituasjonen for om menn og kvinner velger å få barn?; 2018. Rapport Nr.: 2018: 13.
 695. Haug M. Stort fall i talet på fødsler igjen etter fjorårets oppgang: SSB; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning/artikler/stort-fall-i-talet-pa-fodslar-igjen-etter-fjorarets-oppgang>
 696. Andersen E. Økt fruktbarhet for første gang på 12 år: Statistisk sentralbyrå; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte/artikler/okt-fruktbarhet-for-forste-gang-pa-12-ar>
 697. Helsedirektoratet. Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem. 2020. Rapport Nr.: IS-2895.
 698. Tømmerås AM. Nok en gang rekordlav fruktbarhet: SSB; 2021, oppdatert 11.03.21. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte/artikler/nok-en-gang-rekordlav-fruktbarhet>
 699. Statistisk sentralbyrå. Født: 12481: Samlet fruktbarhetstall og antall levendefødte for innvandrerkvinner, etter morens landbakgrunn 2011 – 2021. Statistikkbanken: SSB; u.å.
 700. Vik ES, Nilsen RM, Aasheim V, Small R, Moster D, Schytt E. Country of first birth and neonatal outcomes in migrant and Norwegian-born parous women in Norway: a population-based study. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):540.
 701. Andreassen G, Øian P, Blix E. Differensiert fødselsomsorg i en kvinneklinikk. *Sykepleien forskning*. 2014;9(2):142-50.
 702. Helsenorge. Fødeplass og fødetilbud – slik får du det 2019. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3CHOd2x>

703. Glad R. Fosterdiagnostikk – for alle? Tidskriftet Den Norske Legeforening. 2022;8.
704. Legeforeningen. Veileder i fødselshjelp (2020) – Bekkenleddssmerter; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/bekkenleddssmerter/>
705. Legeforeningen. Veileder i fødselshjelp (2020) – Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsel/>
706. Hage-Fransen MAH, Wiezer M, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van der Sanden MWG, et al. Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021;100(3):373-82.
707. Dolan LM, Hilton P. Obstetric risk factors and pelvic floor dysfunction 20 years after first delivery. *International Urogynecology Journal*. 2010;21(5):535-44.
708. Tucker J, Grzeskowiak L, Murphy EMA, Wilson A, Clifton VL. Do women of reproductive age presenting with pelvic floor dysfunction have undisclosed anal incontinence: A retrospective cohort study. *Women and Birth*. 2017;30(1):18-22.
709. National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance: Updated edition: British Psychological Society; 2014.
710. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2017;219:86-92.
711. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(6):426-33.
712. Engeland A, Bjørge T, Klungsøyr K, Hjellvik V, Skurtveit S, Furu K. Trends in prescription drug use during pregnancy and postpartum in Norway, 2005 to 2015. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2018;27(9):995-1004.
713. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*. 2006;296(21):2582-9.
714. Madsen KB, Mægback ML, Thomsen NS, Liu X, Eberhard-Gran M, Skalkidou A, et al. Pregnancy and postpartum psychiatric episodes in fathers: A population-based study on treatment incidence and prevalence. *Journal of Affective Disorders*. 2022;296:130-5.
715. Legeforeningen. Veileder i fødselshjelp (2020) – Mental helse i svangerskapet: legeforeningen; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/mental-helse-i-svangerskapet/>
716. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister (MFR). 2022.
717. Espejord S, Auberg SH, Kvitno TK, Lukasse M. Experiences of Norwegian community midwives with caring for vulnerable pregnant women – A national cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2022;31.
718. Bergsagel I. Mener babyer dør unødige. 2018 22.02.2018.
719. Skipstein A. Symptoms of depression and anxiety during the child rearing period. 2013.
720. Nilsen L. Lav integrering øker risikoen for fødselsdepresjon hos minoritetskvinner. *Forskningsnytt*. 2019 31.10.
721. Sørbo MF. Prevalence of abuse reported by pregnant women – impact on postpartum depression and breastfeeding. PhD; 2016.
722. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen 2022, oppdatert 16.03.22. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3PlxXt1>
723. Haugaard A, Tvedte SL, Severinsen MS, Henriksen L. Norwegian multicultural doulas' experiences of supporting newly-arrived migrant women during pregnancy and childbirth: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2020;26:100540.
724. Maltau JM, Grünfeld B. Mødredødelighet i Norge 1880–1979. Tidskriftet Den Norske Legeforening; 1983.
725. Helstilsynet. Fødselsomsorgen i Norge er trygg og god, men fødeinstitusjonene kan

- bli bedre til å lære av egne feil. Video-publikasjon. 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/videoer/?pid=134083&vid=622339>
726. Homer CSE, Friberg IK, Dias MAB, ten Hoope-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet*. 2014;384(9948):1146-57.
 727. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014;384(9948):1129-45.
 728. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(7).
 729. National Institute for Health and Care Excellence. Safe midwifery staffing for maternity settings: NICE; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng4/chapter/Recommendations#organisational-requirements>
 730. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. 2010. Rapport Nr.: IS-1877.
 731. Vedeler C, Nilsen ABV, Blix E, Downe S, Eri TS. What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2022;129(4):647-55.
 732. Riksrevisjonen. Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2019-2020/undersokelse-av-bemanningsutfordringer-i-helseforetakene/>
 733. Oppegaard KS, Goderstad JM, Oddenes K, Lund A, Dønvoid KS, Andreassen S, et al. Vi har en alvorlig mangel på fødselsleger. *Aftenposten*. 2021.
 734. Sande RK, Oppegaard KS, Sørbye IK, Amundsen K. Utfordringer ved rekruttering av legar til spesialiteten gynekologi og obstetrikk. *Overlegen*. 2022;3.
 735. Brekke M, Bjørke J, Wisborg T. Hvor blir det av alle legene? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2021;16.
 736. Ames H, Forsetlund L, Larun L, Hval G, Muller AE. Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og føljetjeneste for gravide/fødende: Systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021.
 737. Haugen SM, Hove IH. Hvor lang tid tar det å kjøre til nærmeste fødested?: SSB; 2022, oppdatert 22.11.22. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistik/spesialisthelsetjenesten/artikler/hvor-lang-tid-tar-det-a-kjore-til-naermeste-fodested>
 738. Helsedirektoratet. Fødselsomsorgen (HØRINGSUTKAST). I: Helsedirektoratet, red. 2022.
 739. Engjom HM, Morken N-H, Høydahl E, Norheim OF, Klungsøyr K. Risk of eclampsia or HELLP-syndrome by institution availability and place of delivery – A population-based cohort study. *Pregnancy Hypertension*. 2018;14:1-8.
 740. Engjom HM, Morken N-H, Høydahl E, Norheim OF, Klungsøyr K. Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017;217(2):210.
 741. Johansen LT, Braut GS, Øian P. Fødselsomsorgen kan bli bedre. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2022;142(8).
 742. Johansen LT, Pay ASD, Broen L, Roland B, Øian P. Følges fastsatte kvalitetskrav i fødselsomsorgen? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2017;137(17).
 743. Aarø K. ISF fungerer ikke i fødselsomsorgen. *Dagens Medisin*. 2019.
 744. Tveito M. Talerør for taus pasientgruppe. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2019(4).
 745. Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barseltid for familien Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. 2014. Rapport Nr.: IS-2057.
 746. SKDE. Helseatlas for fødselshjelp: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.skde.no/helseatlas/v1/fodsel/>
 747. Sung HK, Ma SH, Choi JY, Hwang Y, Ahn C, Kim BG, et al. The Effect of Breastfeeding Duration and Parity on the Risk of Epithelial Ovarian Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2016;49(6):349-66.
 748. Natland ST, Nilsen TI, Midthjell K, Andersen LF, Forsmo S. Lactation and cardiovascular risk factors in mothers in a population-based study: the HUNT-study. *International Breastfeeding Journal*. 2012;7(1):8.

749. Folkehelseinstituttet. Kort fødeopphold i pandemiårene: FHI; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kort-fodeopphold-i-de-to-pandemiarene/#:~:text=Kilde%3A%20Medisinsk%20%C3%B8dselsregister%2C%20Folkehelseinstituttet,et%20gjennomsnitt%20for%20alle%20%C3%B8dsler>
750. Tjora E, Karlsen LC, Moster D, Markestad T. Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Paediatrica*. 2010;99(5):654-7.
751. Eberhard-Gran M. Nyfødte barn og sårbare mødre. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2018;138(20).
752. Fladberg KL. Kortere liggetid etter fødsel: Fagfolk frykter alvorlig sykdom og spedbarnsdød. *Dagsavisen*. 2018 19.02.
753. Eberhard-Gran M, Engelsen LY, Al-Zirqi I, Vange S. Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2022;142(3).
754. Statistisk sentralbyrå. Kommunehelsetenesta: 11993: Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etter helseundersøkelser/konsultasjoner (K) 2015 – 2021. Statistikkbanken: SSB; u.å.
755. Helsedirektoratet. Hjemmebesøk: Hjemmebesøk av helsesykepleier bør være den første konsultasjonen i helsestasjonsprogrammet u.å., oppdatert 24.09.21. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3FL1AkA>
756. Smerud O-LO, Solevåg AL, Hansen TWR, Grønn M. 14 dager gammel gutt med gulsott og apnéanfall. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2015;135.
757. Hansen TWR. Gulsott hos nyfødte kan være farligere enn du tror. *Sykepleien forskning*. 2019;107.
758. HelseNorge. Helsefordeler og ammelengde: helsenorge.no; u.å., oppdatert 26.02.22. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/spedbarn/spedbarnsmat-og-amming/helsefordeler-og-ammelengde/>
759. Helsedirektoratet. 6.2.2 Effekter for mor u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/barselomsorgen/ern%C3%A6ring-og-vekst/positive-effekter-av-amming/effekter-for-mor>
760. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
761. Revheim I, Balthasar MR, Akerkar RR, Stangenes KM, Almenning G, Nygaard E, et al. Trends in the prevalence of breastfeeding up to 6 months of age using structured data from routine child healthcare visits. *Acta Paediatrica*. 2023;112(1):100-5.
762. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and Sterility*. 2017;108(3):393-406.
763. Daltveit AK, Løkeland-Stai M, Stangenes KM, Rupali RA, Askeland OM, Júlíusson PB. Kronikk: Færre vert gravide. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2020.
764. Lund R, Sejbaek CS, Christensen U, Schmidt L. The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human Reproduction*. 2009;24(11):2810-20.
765. Helsenorge. Spontanabort: helsenorge.no; 2021, oppdatert 09.04.21.
766. Løkeland-Stai M. Fakta om abort (med 2021-tal): Folkehelseinstituttet; 2017, oppdatert 11.03.22. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/abortregisteret/abort-fakta-med-statistikk/#medikamentell-metode-held-fram-med-aa-auke>
767. Killinger K, Günther S, Atay H, Gomperts R, Endler M. Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany? A mixed-methods study. *medRxiv*. 2020:2020.09.08.20190249.
768. Rørbye C, Nilas L, Larsen RL, Kildemoes HW, Folkersen J. Medicinsk versus kirurgisk 1. trimester abort – en medisinsk teknologivurdering. *Sundhedsstyrelsen*; 2005.
769. Gambir K, Garnsey C, Nencastro KA, Ngo TD. Effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home versus in the clinic: a systematic review and meta-analysis in response to COVID-19. *BMJ Global Health*. 2020;5(12):e003934.
770. Erlank CP, Lord J, Church K. Acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine during Covid-19: analysis of patient reported outcomes. *BMJ Sexual and Reproductive Health*. 2020;47:261-8.
771. Aiken ARA, Lohr PA, Lord J, Gohosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOB An inter-*

- national Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2021;128(9):1464-74.
772. Helsedirektoratet. Medikamentell abort hos avtalespesialist. Prøveprosjekt mars 2015 – mars 2017. 2018. Rapport Nr.: IS-2701.
 773. Sommerseth E, Sandvik BM, Dahl B, Røseth I, Lyberg A. Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. Sykepleien forskning. 2022;17.
 774. Pettersen VL. Store geografiske forskjeller innenfor gynekologi: helsenord.no; 2019. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/nyheter/nyheter-skde/store-geografiske-forskjeller-innenfor-gynekologi>
 775. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ø. Kvinners psykiske reaksjoner på spontan og provosert abort. Sykepleien forskning. 2006;1(1):24-31.
 776. Freeman A, Neiterman E, Varathasundaram S. Women's experiences of health care utilization in cases of early pregnancy loss: A scoping review. Women and Birth. 2021;34(4):316-24.
 777. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020;222(4):367.
 778. Lurås SI, Jensen KT. Kvinners mentale helse etter en provosert abort – en scoping review. Sykepleien. 2022;17.
 779. Ahmed LA, Schirmer H, Bjørnerem A, Emaus N, Jørgensen L, Størmer J, et al. The gender- and age-specific 10-year and lifetime absolute fracture risk in Tromsø, Norway. European Journal of Epidemiology. 2009;24(8):441-8.
 780. NAV. Mottakere av uføretrygd etter hoveddiagnose (primærdiagnose), alder og kjønn. Pr. 30.06.2016. Kvinner og menn. Prosent u.å. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3VGDR9Q>
 781. Bonathan C, Hearn L, Williams AC. Socio-economic status and the course and consequences of chronic pain. Pain Management. 2013;3(3):159-62.
 782. Svendsen K, Fredheim OM, Romundstad P, Borchgrevink PC, Skurtveit S. Persistent opioid use and socio-economic factors: a population-based study in Norway. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2014;58(4):437-45.
 783. Veiersted B, Knardahl S, Wærsted M. Mekaniske eksponeringer i arbeid som årsak til muskel- og skjelettplager – en kunnskapsstatus. Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2017. Rapport Nr.: Nr. 6 / Årgang 18.
 784. STAMI. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015: Status og utviklingstrekk. Oslo: Statens Arbeidsmiljøinstitutt; 2015.
 785. Pelling L. On the Corona Frontline. The Experiences of Care Workers in Nine European Countries – Summary report. Friedrich Ebert Stiftung; 2021.
 786. Matre D, Christensen JO, Mork PJ, Ferreira P, Sand T, Nilsen KB. Shift work, inflammation and musculoskeletal pain. The HUNT Study. Occupational Medicine. 2021;71(9):422-7.
 787. Vleeshouwers J, Knardahl S, Christensen JO. A prospective study of work-private life conflict and number of pain sites: moderated mediation by sleep problems and support. Journal of Behavioral Medicine. 2019;42:234-45.
 788. Nielsen CS, Steingrimsdottir OA, Skurtveit SO, Handal M. Langvarig smerte: Folkehelseinstituttet; 2014, oppdatert 16.04.18. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>
 789. Hagen K, Linde M, Heuch I, Stovner LJ, Zwart JA. Increasing prevalence of chronic musculoskeletal complaints. A large 11-year follow-up in the general population (HUNT 2 and 3). Pain Medicine. 2011;12(11):1657-66.
 790. Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. Pain. 2017;158 Suppl 1:S11-S8.
 791. Steingrimsdottir OA, Landmark T, Macfarlane GJ, Nielsen CS. Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. Pain. 2017;158(11):2092-107.
 792. Nielsen CS, Steingrimsdottir OA, Skurtveit SO, Handal M. Folkehelse rapporten – Langvarig smerte. 2018.
 793. Hassett AL, Hilliard PE, Goesling J, Clauw DJ, Harte SE, Brummett CM. Reports of chronic pain in childhood and adolescence among patients at a tertiary care pain clinic. The Journal of Pain. 2013;14(11):1390-7.
 794. Glette M, Stiles TC, Borchgrevink PC, Landmark T. The Natural Course of Chronic Pain in a General Population: Stability and Change in an Eight-Wave Longitudinal Study Over Four Years (the HUNT Pain Study). The Journal of Pain. 2020;21(5):689-99.

795. Landmark T, Dale O, Romundstad P, Woodhouse A, Kaasa S, Borchgrevink PC. Development and course of chronic pain over 4 years in the general population: The HUNT pain study. *European Journal of Pain*. 2018;22(9):1606-16.
796. Mundal I, Gråwe RW, Bjørngaard JH, Linaker OM, Fors EA. Prevalence and long-term predictors of persistent chronic widespread pain in the general population in an 11-year prospective study: the HUNT study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2014;15.
797. Eckhoff C. The relationship between pain and perceived stress in a population-based sample of adolescents – Is the relationship gender specific? *Scandinavian Journal of Pain*. 2016;12:94-5.
798. Eckhoff C, Straume B, Kvernmo S. Multisite musculoskeletal pain in adolescence and later mental health disorders: a population-based registry study of Norwegian youth: the NAAHS cohort study. *BMJ Open*. 2017;7(2).
799. Malterud K. Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2010;130(23).
800. Fønhus MS, Dalsbø TK, Flottorp S. Er psykologiske tiltak effektive når man har medisinsk uforklarte plager og symptomer?: Folkehelseinstituttet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2015/er-psykologiske-tiltak-effektive-nar-man-har-medisinsk-uforklarte-plager-og/>
801. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychological medicine*. 2005;35(8):1175-84.
802. Rask MT, Rosendal M, Fenger-Grøn M, Bro F, Ørnboel E, Fink P. Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study. *General Hospital Psychiatry*. 2015;37(1):53-9.
803. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(8):903-10.
804. Rask MT, Ørnboel E, Rosendal M, Fink P. Long-Term Outcome of Bodily Distress Syndrome in Primary Care: A Follow-Up Study on Health Care Costs, Work Disability, and Self-Rated Health. *Psychosomatic Medicine*. 2017;79(3):345-57.
805. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*. 1999;130(11):910-21.
806. Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R, Fink P, Sharpe M, Burton C. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. The Cochrane database of systematic reviews. 2013(10):Cd008142.
807. Swartling MS, Alexanderson KA, Wahls- trom RA. Barriers to good sickness certification – an interview study with Swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008;36(4):408-14.
808. Winde LD, Alexanderson K, Carlsen B, Kjeldgård L, Wilteus AL, Gjesdal S. General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Family Practice*. 2012;13(1):10.
809. Aamland A, Malterud K, Werner EL. Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: a systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2012;30(3):147-55.
810. Marco JH, Alonso S, Andani J. Early intervention with cognitive behavioral therapy reduces sick leave duration in people with adjustment, anxiety and depressive disorders. *Journal of Mental Health*. 2020;29(3):247-55.
811. Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2012;17(2):220-34.
812. Abrahamsen C, Lindbaek M, Werner EL. Experiences with a structured conversation tool: a qualitative study on feasibility in general practice in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2022;40(2):190-6.
813. Sowers MR, Zheng H, Greendale GA, Neer RM, Cauley JA, Ellis J, et al. Changes in bone resorption across the menopause transition: effects of reproductive hormones, body size, and ethnicity. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2013;98(7):2854-63.
814. Anatomy & Physiology. File:615 Age and Bone Mass: OpenStax College/Wikimedia; u.å. Tilgjengelig fra: <https://commons.wiki->

- media.org/wiki/File:615_Age_and_Bone_-Mass.jpg
815. Sambrook P, Cooper C. Osteoporosis. *The Lancet*. 2006;367(9527).
 816. Omsland TK, Holvik K, Meyer HE, Center JR, Emaus N, Tell GS, et al. Hip fractures in Norway 1999–2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates: a NOREPOS study. *European Journal of Epidemiology*. 2012;27(10):807-14.
 817. Hektoen LF. Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014. Rapport Nr.: 2014 nr 3.
 818. Omsland TK, Emaus N, Tell GS, Magnus JH, Ahmed LA, Holvik K, et al. Mortality following the first hip fracture in Norwegian women and men (1999–2008). A NOREPOS study. *Bone*. 2014;63:81-6.
 819. Veronese N, Maggi S. Epidemiology and social costs of hip fracture. *Injury*. 2018;49(8):1458-60.
 820. Ensrud KE, Black DM, Palermo L, Bauer DC, Barrett-Connor E, Quandt SA, et al. Treatment with alendronate prevents fractures in women at highest risk: results from the Fracture Intervention Trial. *Archives of Internal Medicine*. 1997;157(22):2617-24.
 821. Guyatt GH, Cranney A, Griffith L, Walter S, Krolicki N, Favus M, et al. Summary of meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis and the relationship between bone density and fractures. *Endocrinology and Metabolism Clinics North America*. 2002;31(3):659-79.
 822. Devold HM, Sjøgaard AJ, Tverdal A, Falch JA, Furu K, Meyer HE. Hip fracture and other predictors of anti-osteoporosis drug use in Norway. *Osteoporosis International*. 2013;24(4):1225-33.
 823. Hoff M, Skurtveit S, Meyer HE, Langhammer A, Sjøgaard AJ, Syversen U, et al. Use of anti-osteoporotic drugs in central Norway after a forearm fracture. *Archives of Osteoporosis*. 2015;10:235.
 824. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy, March 7-29, 2000: highlights of the conference. *Southern Medical Journal*. 2001;94(6):569-73.
 825. Trajanoska K, Rivadeneira F. The genetic architecture of osteoporosis and fracture risk. *Bone*. 2019;126:2-10.
 826. Kanis JA. Velkommen til FRAX®: FRAX; u.å. Tilgjengelig fra: <https://frax.shef.ac.uk/FRAX/?lang=no>
 827. Delmas PD, Davis SR, Hensen J, Adami S, van Os S, Nijland EA. Effects of tibolone and raloxifene on bone mineral density in osteopenic postmenopausal women. *Osteoporosis International*. 2008;19(8):1153-60.
 828. Benedetti MG, Furlini G, Zati A, Letizia Mauro G. The Effectiveness of Physical Exercise on Bone Density in Osteoporotic Patients. *BioMed Research International*. 2018;2018.
 829. Åkesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, et al. Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporosis International*. 2013;24(8):2135-52.
 830. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International*. 2019;30(1):3-44.
 831. Ganda K, Puech M, Chen JS, Speerin R, Bleasel J, Center JR, et al. Models of care for the secondary prevention of osteoporotic fractures: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporosis international*. 2013;24(2):393-406.
 832. Øverlie I, Ullern Å-M, Johansen N. Overgangsalder (menopause). Veileder i gynekologi. 2021, oppdatert 14.12.22. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologiskforening/veiledere/veiledere-i-gynekologi/overgangsalder-menopause/>
 833. Gartoulla P, Bell RJ, Worsley R, Davis SR. Menopausal vasomotor symptoms are associated with poor self-assessed work ability. *Maturitas*. 2016;87:33-9.
 834. Geukes M, van Aalst MP, Nauta MC, Oosterhof H. The impact of menopausal symptoms on work ability. *Menopause*. 2012;19(3):278-82.
 835. Alexander JL, Dennerstein L, Woods NF, McEwen BS, Halbreich U, Kotz K, et al. Role of stressful life events and menopausal stage in wellbeing and health. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2007;7(sup1):S93-S113.
 836. Hardy C, Thorne E, Griffiths A, Hunter MS. Work outcomes in midlife women: the impact of menopause, work stress and working environment. *Women's Midlife Health*. 2018;4(1):3.

837. Bazeley A, Marren C, Shepherd A. Menopause and the Workplace. Fawcett Society; 2022.
838. Jack G, Riach K, Bariola E, Pitts M, Schapper J, Sarrel P. Menopause in the workplace: What employers should be doing. *Maturitas*. 2016;85:88-95.
839. Verdonk P, Bendien E, Appelman Y. Menopause and work: A narrative literature review about menopause, work and health. *Work (Reading, Mass)*. 2022;72:483-96.
840. Haukenes I, Löve J, Hensing G, Knudsen AK, Øverland S, Vahtera J, et al. Inequity in disability pension: an intersectional analysis of the co-constitution of gender, education and age. *The Hordaland Health Study. Critical Public Health*. 2019;29(3):302-13.
841. de Kruif M, Spijker AT, Molendijk ML. Depression during the perimenopause: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2016;206:174–80.
842. Lu CB, Liu PF, Zhou YS, Meng FC, Qiao TY, Yang XJ, et al. Musculoskeletal Pain during the Menopausal Transition: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neural plasticity*. 2020.
843. Statistisk sentralbyrå. Sykefravær: 10989: Alders- (14 grupper) og kjønnsfordelt legemeldt sykefravær (prosent) for lønnstakere (16–69 år) 2015K1 – 2022K3. Statistikkbanken: SSB; 2022.
844. Dahle EJ, Lydersen S, Moen MH. Bruk av østrogen og alternativ behandling blant norske kvinner 50–69 år. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2006(126):318-20.
845. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*. 2002;288(3):321-33.
846. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T, Beresford SA, Black H, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*. 2004;291(14):1701-12.
847. Folkehelseinstituttet. Salg av østrogenholdige preparater (G03C og G03F) 1990–2021. FHI; Upublisert.
848. Lobo RA. Where Are We 10 Years After the Women's Health Initiative? *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2013;98(5):1771–80.
849. Baber R, Panay N, Fenton A, Group tIW. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016;19(2):109-50.
850. Hodis HN, Collins P, Mack WJ, Schierbeck LL. The timing hypothesis for coronary heart disease prevention with hormone therapy: past, present and future in perspective. *Climacteric*. 2012;15(3):217-28.
851. Langer RD, Hodis HN, Lobo RA, Allison MA. Hormone replacement therapy – where are we now? *Climacteric*. 2021;24(1):3-10.
852. Malterud K. Subjektive symptomer uten objektive funn 15.12.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Kurs-og-kvalitetsarbeid/legkunst-i-praksis/subjektive-symptomer-uten-objektive-funn/>
853. Sosial- og helsedirektoratet. Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. Legeforeningen; 2005. Rapport Nr.: IS-1322.
854. Lobo RA, Gompel A. Management of menopause: a view towards prevention. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*. 2022;10(6):457-70.
855. Iyer TK, Hirsch H. Clinical impact of 2020 American Heart Association statement on menopause and cardiovascular disease risk. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2022;89(1):13-7.
856. Hjemås G, Holmøy E, Haugstveit F. Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. SSB; 2019. Rapport Nr.: 2019-12.
857. Storeng SH, Øverland S, Skirbekk V, Hopstock LA, Sund ER, Krokstad S, et al. Trends in Disability-Free Life Expectancy (DFLE) from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education: The HUNT Study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2022;50(5):542-51.
858. Engdahl B, Stigum H, Aarhus L. Explaining better hearing in Norway: a comparison of two cohorts 20 years apart – the HUNT study. *BMC Public Health*. 2021;21(1).
859. Johnsen B, Strand BH, Martinaityte I, Mathiesen EB, Schirmer H. Improved Cognitive Function in the Tromsø Study in Norway From 2001 to 2016. *Neurology: Clinical Practice*. 2021;11(6).
860. Strand BH, Bergland A, Jorgensen L, Schirmer H, Emaus N, Cooper R. Do More Recent Born Generations of Older Adults

- Have Stronger Grip? A Comparison of Three Cohorts of 66- to 84-Year-Olds in the Tromsø Study. *The Journals of Gerontology*. 2019;74(4):528-33.
861. Storeng SH, Vinjerui KH, Sund ER, Krokstad S. Associations between complex multimorbidity, activities of daily living and mortality among older Norwegians. A prospective cohort study: the HUNT Study, Norway. *BMC Geriatrics*. 2020;20(1):21.
 862. Laslett P. The Emergence of the Third Age. *Ageing and Society*. 1987;7(2):133-60.
 863. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisteret – statistikkbank. D3b: Dødsfall etter dødssted og dødsårsak – 2021, Antall dødsfall. FHI; 2021.
 864. Kang HJ, Kim SY, Bae KY, Kim SW, Shin IS, Yoon JS, et al. Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. *Chonnam Medical Journal*. 2015;51(1):8-18.
 865. Laslett P. The Third Age, The Fourth Age and The Future. *Ageing and Society*. 1994;14(3):436-47.
 866. Hansen T, Slagsvold B. Alder: Fagbokforlaget; 2011.
 867. Nes RB, Røysamb E, Eilertsen MG, Hansen T, Nilsen TS. Folkehelse rapporten: Livskvalitet i Norge. Folkehelseinstituttet; 2021.
 868. Kinge JM, Steingrimsdóttir Ó A, Moe JO, Skirbekk V, Næss Ø, Strand BH. Educational differences in life expectancy over five decades among the oldest old in Norway. *Age Ageing*. 2015;44(6):1040-5.
 869. Kiel DP. Falls in older persons. Risk factors and patient evaluation 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation>
 870. Johannesen T. Fall og falltendens hos eldre: Legehåndboka; 2022, oppdatert 13.12.22. Tilgjengelig fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/geriatri/symptomer-og-tegn/fall-og-falltendens-hos-eldre>
 871. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Nasjonalt hoftebruddregister: Årsrapport 2021: kvalitetsregistre.no; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.kvalitetsregistre.no/register/muskel-og-skjelett/nasjonalt-hoftebruddregister>
 872. Solhaug HI, Romuld EB, Romild U, Stordal E. Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population – the HUNT study. *International Psychogeriatrics*. 2012;24(1):151-8.
 873. Helsedirektoratet. Sex i alderdommen: helsenorge.no; u.å., oppdatert 29.04.21. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/sex-i-alderdommen/>
 874. Fischer N. Healthy sexual aging: Sexual activity and satisfaction in older partnered heterosexual adults from four European countries. Doktorgradsavhandling; 2020.
 875. Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing*. 2011;40(5):538-43.
 876. Dammen S, Moksnes T, Grønning K. Sykepleiere kvier seg for å spørre om seksuell helse. *Sykepleien*. 2020;2020(108).
 877. Bromseth J, Aasheim T, Lygre SH, Vestvatn AR, Mathisen S, Khadka A. Veileder Eldre og seksuell helse. Eldre og seksuell helse; u.å.
 878. Hovland A, Nordhus IH. Behandling av psykiske lidelser hos eldre. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2017;55(1):92-9.
 879. Mørk E, Beyrer S, Haugstveit FV, Sundby B, Karlsen HT. Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017 Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. SSB; 2018. Rapport Nr.: 2018/26.
 880. Lunde BV, Otterlei JB. Tjenester til hjemmeboende eldre. Velferdstjenestenes vilkår. 2020:151-70.
 881. Helsedirektoratet. 1.2. En populasjon i endring og behov for kompetanse 2021 oppdatert 13.12.21. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/behovet-for-rett-kompetanse-pa-rett-sted-til-rett-tid/en-populasjon-i-endring-og-behov-for-kompetanse>
 882. Strand BH, Vollrath MEMT, Skirbekk VF. Demens. Folkehelseinstituttet; 2014.
 883. World Health Organization. Dementia: WHO; 2022, oppdatert 20.09.22. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
 884. GjØra L, Strand BH, Bergh S, Borza T, Brækhus A, Engedal K, et al. Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimers Disease*. 2021;79(3):1213-26.

885. GjØra L, Kjelvik G, Strand BH, Kvello-Alme M, Selbæk G. Demensplan 2020 Forekomst av demens i Norge. Forlaget aldring og helse; 2020.
886. Caamaño-Isorna F, Corral M, Montes-Martínez A, Takkouche B. Education and dementia: a meta-analytic study. *Neuroepidemiology*. 2006;26(4):226-32.
887. Skogli E, Karttinen E, Stokke OM, Vikøren S. Alzheimers og annen demenssykdom – utredning og behandling. Menon economics; 2020. Rapport Nr.: 63/2020.
888. Skogli E, Karttinen E, Stokke OM, Vikøren S. Samfunnskostander knyttet til alzheimers og annen demenssykdom. Menon economics; 2020. Rapport Nr.: 64/2020.
889. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*. 2017;390(10113):2673-734.
890. American heart association. Early menopause may raise risk of dementia later in life: newsroom.heart.org; 2022. Tilgjengelig fra: <https://newsroom.heart.org/news/early-menopause-may-raise-risk-of-dementia-later-in-life>
891. Kim YJ, Soto M, Branigan GL, Rodgers K, Brinton RD. Association between menopausal hormone therapy and risk of neurodegenerative diseases: Implications for precision hormone therapy. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*. 2021;7(1).
892. Feng MA, McMillan DT, Crowell K, Muss H, Nielsen ME, Smith AB. Geriatric assessment in surgical oncology: A systematic review. *Journal of Surgical Research*. 2015;193(1):265-72.
893. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(7).
894. Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, Helbostad JL, Thingstad P, Taraldsen K, et al. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *The Lancet*. 2015;385(9978):1623-33.
895. Watne LO, Torbergson AC, Conroy S, Engedal K, Frihagen F, Hjorthaug GA, et al. The effect of a pre- and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: randomized controlled trial (Oslo Orthogeriatric Trial). *BMC Medicine*. 2014;12:63.
896. Innst. 227 S (2017–2018). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om å sikre god behandling av eldre multisyke pasienter gjennom styrking av geriatrisk kompetanse. I: Helse- og omsorgskomiteen, red.: Stortinget.
897. Sortland LS, Haraldseide LM, Sebjørnsen I. Eldre i den akuttmedisinske kjeden. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevakttmedisin – NORCE Norwegian Research Centre; 2021. Rapport Nr.: nr. 1-2021.
898. Vinjerui KH. Sosiale skilnader i forekomst av kroniske helseplager: NTNU; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/blogger/helse/nb/sosiale-skilnader-i-forekomst-av-kroniske-helseplager/>
899. Romskaug R, Bakken MS. G10 Eldre og legemidler: Norsk legemiddelhandbok; 2020, oppdatert 04.01.22. Tilgjengelig fra: https://www.legemiddelhandboka.no/G10/Eldre_og_legemidler.
900. Ranhoff AH. Legemidler til eldre – til nytte og skade: Farmatid.no; 2010, oppdatert 25.01.10. Tilgjengelig fra: <https://www.farmatid.no/vitenskap-og-fag/faglige-artikler/article-1840>
901. Soldin OP, Chung SH, Mattison DR. Sex differences in drug disposition. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*. 2011;2011(187103).
902. Nyborg G, Straand J, Brekke M. Inappropriate prescribing for the elderly—a modern epidemic? *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2012;68(7):1085-94.
903. Skurtveit S, Odsbu I, Gjersing L, Handal M, Lid TG, Clausen T, et al. Individuals Dying of Overdoses Related to Pharmaceutical Opioids Differ from Individuals Dying of Overdoses Related to Other Substances: A Population-Based Register Study. *European Addiction Research*. 2022;28(6):419-24.
904. Helsedirektoratet. Lindrende behandling i livets slutfase. Nasjonale faglige råd. 2018, oppdatert 18.09.18. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
905. Meld. St. 24 (2019–2020). Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.: Helse- og omsorgsdepartementet.
906. Kjellstadli C, Husebø BS, Sandvik H, Flo E, Hunskaar S. Comparing unplanned and potentially planned home deaths: a population-based cross-sectional study. *BMC Palliative Care*. 2018;17.

907. Nordsveen M, Larsen MH. Faktorer som påvirker kreftpasientens muligheter for å dø hjemme – en systematisk oversiktsartikkel. Nordic Open Access Scholarly Publishing. 2022;17(1).
908. Forskrift om en verdig eldreomsorg, FOR-2010-11-12-1426 (2010).
909. Staats K, Grov EK, Husebø BS, Tranvåg O. Dignity and loss of dignity: Experiences of older women living with incurable cancer at home. *Health Care for Women International*. 2020;41(9):1036-58.
910. Staats K, Grov EK, Husebø BS, Tranvåg O. Dignity of older home-dwelling women nearing end-of-life: Informal caregivers' perception. *Nursing Ethics*. 2021;28(3):444-56.
911. Staats K, Christensen K, Grov EK, Husebø BS, Tranvåg O. Healthcare professionals' perceptions of dignity-preserving care for older home-dwelling women with incurable cancer in Norway. *Journal of Women & Aging*. 2022;34(5):567-81.
912. Staats K. Dying with dignity – Dignity-preserving care for older women living with incurable cancer at home. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen: 2021.
913. Ferretti MT, Iulita MF, Cavado E, Chiesa PA, Schumacher Dimech A, Santucci Chadha A, et al. Sex differences in Alzheimer disease – the gateway to precision medicine. *Nature Reviews: Neurology*. 2018;14(8):457-69.
914. Zucker I, Prendergast BJ. Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women. *Biology of Sex Differences*. 2020;11(32).
915. de Vries ST, Denig P, Ekhardt C, Burgers JS, Kleefstra N, Mol PGM, et al. Sex differences in adverse drug reactions reported to the National Pharmacovigilance Centre in the Netherlands: An explorative observational study. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2019;85(7):1507-15.
916. Hofer-Dueckelmann C, Prinz E, Beindl W, Szymanski J, Fellhofer G, Pichler M, et al. Adverse drug reactions (ADRs) associated with hospital admissions – elderly female patients are at highest risk. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 2011;49(10):577-86.
917. Sønstebo A. Færre bor i samiske områder: SSB; 2022, oppdatert 04.02.22. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/samiske-forhold/artikler/faerre-bor-i-samiske-omrader>
918. Sametinget. Forvaltningsområdet for samiske språk: sametinget.no; u.å. Tilgjengelig fra: <https://sametinget.no/sprak/forvaltningsområdet-for-samiske-sprak/>
919. Sámi Klinihkka Sanks. Samisk helse, kultur, språk og pasientmønster: esanks.no; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.esanks.no/login/index.php>
920. Blix BH. Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge. Omsorgsbiblioteket.no: Senter for omsorgsforskning; 2016.
921. Skogvang SF. Fornorskingspolitikken: snl.no; 2022, oppdatert 17.11.22. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fornorskingspolitikk>
922. Gaski M, Melhus M, Deraas T, Førde OH. Use of health care in the main area of Sami habitation in Norway – catching up with national expenditure rates. *Rural and Remote Health*. 2011;11(1566).
923. Norum J, Nieder C. Sami-speaking municipalities and a control group's access to somatic specialist health care (SHC): a retrospective study on general practitioners' referrals. *International Journal of Circumpolar Health*. 2012;71(1):17346.
924. Nystad T, Melhus M, Lund E. Samisktalende er mindre fornøyd med legetjenestene. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2006;126(6):738-40.
925. Nystad T, Melhus M, Lund E. Sami speakers are less satisfied with general practitioners' services. *International Journal of Circumpolar Health*. 2008;67(1):116-23.
926. Bongo BA. «Samer snakker ikke om helse og sykdom». Universitetet i Tromsø; 2012.
927. Mæland NF. I hver sin verden – eller historien om to virkeligheten. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 1999;119(1):77-87.
928. Kvernmo S. Tiden er et skip som ikke kaster anker. Utvikling av helse- og sykdomsbildet og helsetjenester i den samiske befolkningen. *Utposten – blad for allmenn- og samfunnsmedisin*. 2014;43(6):39-43.
929. Krane MS. Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge – Oppdatert kunnskapsoppsummering (2016–2021). Senter for omsorgsforskning nord; 2021. Rapport Nr.: 19.
930. Brustad M, Hansen KL, Broderstad AR, Hansen S, Melhus M. A population-based study on health and living conditions in areas with mixed Sami and Norwegian settlements – the SAMINOR 2 questionnaire

- study. *International Journal of Circumpolar Health*. 2014;73(1):23147.
931. Vangsnes Ø, Nygaard V, Kårtveit B, Johansen K, Sønstebo A. Samiske tall forteller 14. Kommentert samisk statistikk 2021. samilogutmutalit; 2021. Rapport Nr.: 1-2021.
932. Solvik S, Muotka S. Et nært og trygt fødetilbud over hele landet – også i Finnmark. *Sågat*. 2021 03.09.21.
933. Eriksen AMA, Schei B, Hansen KL, Sørli T, Fleten N, Javo C. Childhood violence and adult chronic pain among indigenous Sami and non-Sami populations in Norway: a SAMINOR 2 questionnaire study. *International Journal of Circumpolar Health*. 2016;75(1):32798.
934. Kvernmo S. Mental health of Sami youth. *International Journal of Circumpolar Health*. 2004;63(3):221-34.
935. Stoor JPA. Varför söker svenska samer vård i Norge? – om kultur og kontekst i samisk psykiatri. *Socialmedisinsk Tidskrift*. 2015;92(1):26-37.
936. Stoor P. Kunskapssammanställning om samers psykosociala ohälsa. *Sametinget*; 2016.
937. Kvernmo S, Bye R, Sæterhaug. Angst- og depresjonssymptomer blant elever i videregående skole i Finnmark har vist en økning fra 1994 til 2014 hos begge kjønn og på tvers av etniske grupper. En svak selvfølelse og et dårlig forhold til skole var de sterkeste forklaringsvariablene på begge tidspunkt og på tvers av kjønn og etniske gruppe. *Norsk Epidemiologi*. 2019;28(1-2):15-25.
938. Hansen KL, Skaar SW. Unge samers psykiske helse. En kvalitativ og kvantitativ studie av unge samers psykososiale helse. Tromsø/Oslo: Mental helse ungdom/Norges arktiske universitet UIT/Universitetet i Oslo; 2021.
939. Young TK, Revich B, Soininen L. Suicide in Circumpolar Regions: An Introduction and Overview. *International Journal of Circumpolar Health*. 2015;74(27349).
940. Silvikien A, Haldorsen T, Kvernmo S. Suicide among Indigenous Sami in Arctic Norway, 1970–1998. *European Journal of Epidemiology*. 2006;21(9):707-13.
941. Omma L, Sandlund M, Jacobsson L. Suicidal expressions in young Swedish Sami, a cross-sectional study. *International Journal of Circumpolar Health*. 2013;72(1):19862.
942. Stoor JPA, Berntsen G, Hjelmeland H, Silvikien A. If you do not birget [manage] then you don't belong here»: a qualitative focus group study on the cultural meanings of suicide among Indigenous Sami in arctic Norway. *International Journal of Circumpolar Health*. 2019;78(1):156851.
943. NIM. Holdninger til samer og nasjonale minoriteter i Norge. 2022.
944. Hansen KL, Melhus M, Høgmo A, Lund E. Ethnic discrimination and bullying in the Sami and non-Sami populations in Norway: the SAMINOR study. *International Journal of Circumpolar Health*. 2008;67(1):97-113.
945. Melhus M, Broderstad AR. Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark. Tilleggsrapport om samisk og kvensk/norsk-finsk befolkning. Tromsø: Senter for samisk helseforskning; 2020.
946. Melhus M, Broderstad AR. Folkehelseundersøkelsen i Nordland. Tilleggsrapport om samisk og kvensk/nordfinsk befolkning. Tromsø: Senter for samisk helseforskning; 2020.
947. Hansen KL, Minton S, Sørli OT. Discrimination amongst Arctic Indigenous Sami and Non-Sami Populations in Norway – The SAMINOR 2 Questionnaire Study. *Journal of Northern Studies*. 2016;10(2):45-84.
948. Dahlberg A, Bergström J. Sluttrapport. Personer med funksjonsnedsettelse med samisk bakgrunn. Stockholm: Nordens velferdssenter; 2017.
949. Eriksen A, Hansen KL, Javo C, Schei B. Emotional, physical and sexual violence among Sami and non-Sami populations in Norway: The SAMINOR 2 questionnaire study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015;43(6):588-96.
950. Hansen KL, Melhus M, Lund E. Ethnicity, self-reported health, discrimination and socio-economic status: a study of Sami and non-Sami Norwegian populations. *International Journal of Circumpolar Health*. 2010;69(2):111-28.
951. Turi AL, Bals M, B I, Kvernmo S. Health service use in indigenous Sami and non-indigenous youth in North Norway: a population based survey. *BMC Public Health*. 2009;9(October):378-87.
952. Bals M, Turi AL, Skre I, Kvernmo S. The relationship between internalizing and externalizing symptoms and cultural resilience factors in Indigenous Sami youth from Arctic Norway. *International Journal of Circumpolar Health*. 2011;70(1):37-45.

953. Nystad IMK. Mannen mellom myte og modernitet. I: Øverli IT, Bergman SH, Finstad A-K, red. referert i «Om du tør å spørre, tør folk å svare: Hjelpeapparatets og politiets erfaringer med vold i nære relasjoner i samiske samfunn». Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2003.
954. Dimpas ALT. Litt mer vant til å snakke om det – en taushetskultur i endring?: finnmarkssykehuset.no; 2017, oppdatert 23.01.18. Tilgjengelig fra: <https://finnmarkssykehuset.no/nyheter/litt-mer-vant-til-a-snakke-om-det-en-taushetskultur-i-endring>
955. Eriksen IM, Sletten MA, Bakken A, Von Soest T. Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2017. Rapport Nr.: NOVA rapport 6-2017.
956. Eriksen A. Omfang av vold og seksuelle overgrep blant samer og ikke-samer. I: Bredal A, Eggebø H, Eriksen A, red. Vold i nære relasjoner i et mangfold Norge: Cappelen Damm Akademisk; 2020. s. 127-44.
957. NIM. Temarapport 2018 – Vold og overgrep i samiske samfunn. Norges institusjon for menneskerettigheter; 2018. Rapport Nr.: NIM-R-2018-001.
958. Nordland politidistrikt. Overgrepene i Tysfjord – erfaringer og funn fra politiets etterforskning. 2017.
959. Eriksen AM, Hansen KL, Schei B, Sørli T, Stigum H, Bjertness E, et al. Childhood violence and mental health among indigenous Sami and non-Sami populations in Norway: a SAMINOR 2 questionnaire study. *International Journal of Circumpolar Health*. 2018;77(1).
960. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Neglect*. 2007;31(5):517-30.
961. Eriksen AM, Melhus M. Partnervold og psykiske plager – tidligere voldutsatthet har betydning. I: Eriksen AM, Siri SRA, Melhus M, Thomassen E, red. Guktie mijjine? Gåktu viedjep? Movt mii veadjit? Hvordan har vi det? munin.uit.no: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet; 2022.
962. Øverli IT, Bergman S, Finstad A-K. «Om du tør å spørre, tør folk å svare». Hjelpeapparatets og politiets erfaringer med vold i nære relasjoner i samiske samfunn. NKVTS; 2017. Rapport Nr.: 2-2017.
963. Jensen T, Hind SE, Malmo VK. Samiske pasienter må bruke familien som tolk: – En ydmykelse. nrk.no. 2018.
964. Larsen LS. Speaking on behalf of the person with dementia in home-based care. A qualitative study of collaboration between formal and family caregivers in Sami and Norwegian municipalities. Det helsevitenskapelige fakultet: UiT Norges arktiske universitet; 2017.
965. NOU 2016: 18. Hjertespråket — Forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk: Kommunal- og distriktsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-18/id2515222/>
966. Blix BH, Stalsberg H, Moholt J-M. Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2021;7(1):2387-5984.
967. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
968. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Helse- og omsorgsdepartementet.
969. Torvik FA, Rognmo K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholbruk. Folkehelseinstituttet; 2011. Rapport Nr.: 2011:4.
970. Haugland BSM, Trondsen M, Gjesdahl S, Bugge KE. Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende. Oslo: Fagbokforlaget; 2015.
971. Kitterød RH, Rønsen M. Yrkes- og familiearbeid i barnefasen. SSB; 2013. Rapport Nr.: 44/2013.
972. Tømmerås AM, Thomas MJ. Nasjonale befolkningsframskrivninger 2022. SSB; 2022. Rapport Nr.: 2022/29.
973. Gleditsch RF. Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge: SSB; 2020, oppdatert 03.06.20. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>
974. Statistisk sentralbyrå. Sjukeheimar, heime-tenester og andre omsorgstenester: SSB; 2022, oppdatert 15.06.22. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
975. Vabø M. Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading

- responsibilities. *Health and Social Care in the community*. 2012;20(3):283-91.
976. Jensen A, Ekornrud T. Færre institusjonsplassar i omsorgstenesta. Statistisk sentralbyrå; 2019, oppdatert 22.03.19. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/faerre-institusjonsplassar-i-omsorgstenesta>
977. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg: Helse og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
978. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. I: Helse og omsorgsdepartementet, red.
979. Statistisk sentralbyrå. Befolkning. SSB; 2022.
980. Ulmanen P. Omsorgens pris i åtstrammings-tid: Anhörigomsorg för äldre ur ett köns-perspektiv. Stockholms universitet; 2015.
981. Moholt J-M, Friborg O, Blix BH, Henriksen N. Factors affecting the use of home-based services and out-of-home respite care services: A survey of family caregivers for older persons with dementia in Northern Norway. *Dementia*. 2018;19(5):1712-31.
982. Statistisk sentralbyrå. Ulønnet omsorgsar-beid, levekårsundersøkelsen: SSB; 2020, oppdatert 08.09.20. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statis-tikk/ulonnet-omsorgsarbeid-levekarsunder-sokelsen>
983. Kitterød RH. Mer familiearbeid og mindre jobb blant småbarnsforeldre. I: Brandth B, Kvande E, red. Fedrekvoten og den far-svennlige velferdsstaten. Oslo: Universitets-forlaget; 2013. s. 42-59.
984. Vaage OF. Tidene skifter Tidsbruk 1971–2010. Oslo: SSB; 2012.
985. Ingebretsen R. Eldre innvandrere og deres pårørende trenger også hjelp. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2017;54.
986. Ingebretsen R. Familien tar seg vel av «dem» – eller? Individuell tilrettelegging og familieorientering i omsorg for eldre med innvandrerbakgrunn. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2009;6(2):129-41.
987. Nergård TB. Mangfoldig omsorg. Tre inn-vandrergrupper forteller om sine forvent-ninger til alderdommen. NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2009.
988. Gautun H, Hernes G. Bestemor mellom jobb og oldemor? Aldring og livsløp. 2006;4.
989. Daatland SO, Veenstra M, Lima IA. Norwegian sandwiches: On the prevalence and consequences of family and work role squeezes over the life course. *European Journal of Ageing*. 2010;7:271-81.
990. Notman MT. Changing Roles for Women in Mid-Life. I: Norman WH, Scaramella TJ, red. *Mid-Life: Developmental and Clinical Issues*. New York: Brunner/Mazel; 2010. p. 85-109.
991. Vanderbeck RM. Intergenerational Geo-graphies: Age Relations, Segregation and Re-Engagements. *Geography Compass*. 2007;1:200-21.
992. Fløtre IA, Tuv N. Slik kan lønnsforskjellen mellom kvinner og menn forklares: SSB; 2022, oppdatert 09.03.22. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/lonn-og-arbeidskraftkostnader/statistikk/lonn/artikler/slik-kan-lonnsforskjellen-mellom-kvinner-og-menn-forklares>
993. NOU 2021: 2. Kompetanse, aktivitet og inn-tekstssikring: Arbeids- og inkluderings-departementet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentas-sets/2943e48dbf4544b8b5f456c850dcccbe/no/pdfs/nou202120210002000dddpdfs.pdf>
994. Bufdir. Deltakelse på arbeidsmarkedet og kjønn: bufdir.no; 2016, oppdatert 19.09.22. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Kjonnsligestilling/Arbeidsliv_og_kjonn/Deltakelse_arbeids-markedet/
995. Pedersen S, Kjelsaas I. Utfordringer ved sykemeldte pårørende i Norge. Menon; 2021. Rapport Nr.: 72-2021.
996. Pedersen S, Kjelsaas I. Brutto produksjons-tap av pårørendeinnsett i Norge. Menon; 2021. Rapport Nr.: 47-2021.
997. Pedersen S, Halvorsen CA, Kjelsaas I. Norske virksomheters holdninger til ansatte i en pårørendesituasjon. Menon; 2022. Rap-port Nr.: 85-2022.
998. Helsedirektoratet. Pårørendeveileder. 2017.
999. Tøssebro J, Wendelborg C, editors. Opp-vekst med funksjonshemming. Familie livs-løp og overganger. Oslo: Gyldendal Akade-misk; 2014.
1000. Brekke I, Nadim M. Gendered effects of intensified care burdens: employment and sickness absence in families with chroni-cally sick or disabled children in Norway. *Work, Employment and Society*. 2017;31(3):391-408.

1001. Demiri AS, Gundersen T. Tjenestetilbudet til familie som har barn med funksjonsnedsettelse. Norsk institutt for forskning om oppvekst – velferd og aldring; 2016. Rapport Nr.: 7/2016.
1002. Berge T, Øien H, Jakobsson N. Formell og uformell omsorg. Samspillet mellom familien og velferdsstaten. Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2014. Rapport Nr.: nr 3/14.
1003. Breimo JP. Koordinering og tilstedeværelse – om kjønnede forventninger til pårørende i rehabiliteringsprosesser. Tidsskrift for kjønnsforskning. 2014;38(3-4):253-69.
1004. Stark A. Warm Hands in Cold Age – On the Need of a New World Order of Care. Feminist Economics. 2005;11(2):7-36.
1005. Enli G, Aalen I. Sosiale medier: snl.no; 2018, oppdatert 14.05.18. Tilgjengelig fra: https://snl.no/sosiale_medier
1006. Medietilsynet. Barn og medier 2020. Seksuelle kommentarer og nakenbilder. 2020. Rapport Nr.: Delrapport 4.
1007. Statistisk sentralbyrå. Bruk av IKT i husholdningene: 11437: Bruk av sosiale medier, etter kjønn og alder (prosent) 2011 – 2019. Statistikkbanken: SSB; u.å.
1008. McCashin D, Murphy CM. Using TikTok for public and youth mental health – A systematic review and content analysis. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2022;13591045221106608.
1009. Basch CH, Donelle L, Fera J, Jaime C. Deconstructing TikTok Videos on Mental Health: Cross-sectional, Descriptive Content Analysis. JMIR Formative Research. 2022;6(5):e38340.
1010. Gladyszak IK. Unge tror de har angst og ADHD etter å ha sett videoer på Tiktok. Nrk. 2022 17.02.22.
1011. Wells G, Horwitz J, Seetharaman D. Facebook Knows Instagram Is Toxic for Teen Girls, Company Documents Show. The Wall Street Journal. 2021 14.09.
1012. NOU 2022: 9. En åpen og opplyst samtale. Ytringsfrihetskommisjonens utredning.: Kultur- og likestillingsdepartementet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/753af2a75c21435795cd21bc86faeb2d/no/pdfs/nou202220220009000dddpdfs.pdf>
1013. Orben A. Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology volume. 2020;44:407-14.
1014. Schønning V, Hjetland GJ, Aarø LE, Skogen JC. Social Media Use and Mental Health and Well-Being Among Adolescents – A Scoping Review. Frontiers in Psychology. 2020;14(11).
1015. Twenge JM, Campbell KW. Media Use Is Linked to Lower Psychological Well-Being: Evidence from Three Datasets. Psychiatric Quarterly. 2019;90:311-31.
1016. Odgers CL, Jensen MR. Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Discipline. 2020;61(3):336-48.
1017. Orben A, Dienlin T, Przybylski AK. Social media's enduring effect on adolescent life satisfaction. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2019;116(21):10226-8.
1018. Steinsbekk S, Wichstrøm L. Bruken av sosiale media er neppe grunnen til at flere unge får angst og depresjon. Forsker-sonen.no. 2022 12.07.22.
1019. Valkenburg PM, Meier A, Beyens I. Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. Current Opinion in Psychology. 2022;44:58-68.
1020. Shin M, Juventin M, Wai Chu JT, Manor Y, Kemps E. Online media consumption and depression in young people: A systematic review and meta-analysis. Computers in Human Behavior. 2022;128:107129.
1021. Arias-de la Torre J, Puigdomenech E, García X, Valderas JM, Eiroa-Orosa FJ, Fernández-Villa T, et al. Relationship Between Depression and the Use of Mobile Technologies and Social Media Among Adolescents: Umbrella Review. Journal of Medical Internet Research. 2020;22(8):e16388.
1022. Valkenburg PM, Koutamanis M, Vossen HGM. The concurrent and longitudinal relationships between adolescents' use of social network sites and their social self-esteem. Computers in Human Behavior. 2017;76:35-41.
1023. Steinsbekk S, Wichstrøm L, Stenseng F, Nesi J, Hygen BW, Skalická V. The impact of social media use on appearance self-esteem from childhood to adolescence – A 3-wave community study. Computers in Human Behavior. 2021;114:106528.
1024. Viner RM, Gireesh A, Stiglic N, Hudson LD, Goddings A-L, Ward JL. Roles of cyberbullying, sleep, and physical activity in mediating the effects of social media use on mental

- health and wellbeing among young people in England: a secondary analysis of longitudinal data. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2019;3(10):685-96.
1025. Vandenbosch L, Fardouly J, Tiggemann M. Social media and body image: Recent trends and future directions. *Current Opinion in Psychology*. 2022;45:101289.
 1026. Krause H-V, Baum K, Baumann A, Krasnova H. Unifying the detrimental and beneficial effects of social network site use on self-esteem: a systematic literature review. *Media Psychology*. 2021;24(1):10-47.
 1027. Cingel DP, Carter MC, Krause H-V. Social media and self-esteem. *Current Opinion in Psychology*. 2022;45:101304.
 1028. Asam AE, Samara M, Terry P. Problematic internet use and mental health among British children and adolescents. *Addictive Behaviors*. 2019;90:428-36.
 1029. Cohen R, Fordouly J, Newth-John T, Slater A. #BoPo on Instagram: An experimental investigation of the effects of viewing body positive content on young women's mood and body image. *New Media & Society*. 2019;21(7).
 1030. Lundberg L. Helsepersonell bør bli mer aktive på sosiale medier, mener forsker. *Forskning.no*. 2020 18.05.
 1031. Marco-Ruiz L, Wynn R, Oyeyemi SO, Budrionis A, Yigzaw KY, Bellika JG. Impact of Illness on Electronic Health Use (The Seventh Tromsø Study – Part 2): Population-Based Questionnaire Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(3):e13116.
 1032. Eysenbach G. Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. *Journal of medical Internet research*. 2008;10(3):e22.
 1033. Lynn T, Rosati P, Santos GL, Endo PT. Sorting the Healthy Diet Signal from the Social Media Expert Noise: Preliminary Evidence from the Healthy Diet Discourse on Twitter. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(22):8557.
 1034. Pilgrim K, Bohnet-Joschko S. Selling health and happiness how influencers communicate on Instagram about dieting and exercise: mixed methods research. *BMC Public Health*. 2019;19(1054).
 1035. Myklebust-Hansen T. Når kroppspresset invaderer fødestua. *Forskersonen.no*. 2019.
 1036. Helsedirektoratet. Ansvarlig medieomtale og økt bruk av sosiale medier 2017, oppdatert 11.07.17. Tilgjengelig fra: <https://bit.ly/3Pjg7XA>
 1037. Kjølleberg E, Moland A, Holm C, Grafsrøningen M. Forsker om skjult nettverk: – Skadelige fellesskap. *Nrk.no*. 2019 01.11.
 1038. Pedersen W, Stefansen K, Bakken A, von Soest T. Ny studie: Digitale overgrep er nå er nesten like vanlige som fysiske. *Aftenposten, Viten*. 2021 28.10.
 1039. Medietilsynet. Barn og medier 2020: Seksuelle kommentarer og nakenbilder. *Medietilsynet*; 2020. Rapport Nr.: Delrapport 4.
 1040. Nordahl M. Unge jenter opplever sexmeldinger mer negativt enn gutter gjør. *Forskning.no*. 2018.
 1041. Bergen Epilepsy Research Group (BERG). SCAN-AED: Nordic register-based study of antiepileptic drugs in pregnancy: uib.no; 2022, oppdatert 02.09.22. Tilgjengelig fra: <https://www.uib.no/fg/epilepsi/123035/nordic-register-based-study-antiepileptic-drugs-pregnancy-scan-aed>
 1042. Bjørk M-H, Zoega H, Leinonen MK, Cohen JM, Dreier JW, Furu K, et al. Association of Prenatal Exposure to Antiseizure Medication With Risk of Autism and Intellectual Disability. *JAMA Neurology*. 2022;79(7):672-81.
 1043. Direktoratet for e-helse. Innbyggerundersøkelsen om e-helse 2021. Direktoratet for e-helse; 2022. Rapport Nr.: IE-1093.
 1044. Direktoratet for e-helse. Utvalgte trender innen e-helse Direktoratet for e-helse: Direktoratet for e-helse; 2022, oppdatert 10.03.22. Tilgjengelig fra: <https://www.ehelse.no/publikasjoner/e-helsetrender-utviklingstrekk-2022/utvalgte-trender-innen-e-helse>
 1045. Zanaboni P, Fagerlund AJ. Patients' use and experiences with e-consultation and other digital health services with their general practitioner in Norway: results from an online survey. *BMJ Open*. 2020;10(6):e034773.
 1046. Sosialstyrelsen. Digitala vårdtjänster riktade till patienter. Kartläggning och uppföljning. *Sosialstyrelsen*; 2018. Rapport Nr.: 2018-6-15.
 1047. Eccles A, Hopper M, Turk A, Atherton H. Patient use of an online triage platform: a mixed-methods retrospective exploration in UK primary care. *British Journal of General Practice*. 2019;69(682):e336-e44.
 1048. Baker L, Rideout J, Gertler P, Raube K. Effect of an Internet-Based System for Doctor-

- Patient Communication on Health Care Spending. Journal of the American Medical Informatics Association. 2005;12(5):530-6.
1049. Kristiansen E, Breivik E, Johansen M, Zanaboni P. E-konsultasjon og sykmelding. Undersøkelse av erfaringer fra krav til personlig fremmøte under covid-19-pandemien. Nasjonalt senter for e-helseforskning; 2021. Rapport Nr.: 03-2021.
 1050. Helsedirektoratet. Helsekompetanse – kunnskap og tiltak 2021, oppdatert 16.02.21. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse#hvorforhelsekompetanseer viktig>
 1051. Tømmerbakke SG. Helsetilsynet: – Altfor enkelt å bestille reseptbelagte legemidler hos enkelte. Dagensmedisin.no. 2022 27.06.
 1052. Tømmerbakke SG. HOD: –Vil se på behovet for økt regulering av helprivate helse-tjenester. Dagensmedisin.no. 2022 01.07.
 1053. Solberg A, Sund F, Malasevska I. Kjønnssdelte hjelpemidler? Kartlegging av hjelpe-midler til personer med nedsatt funksjons-evne. Hamar: Likestillingssenteret; 2019.
 1054. Haukelien H. Alderdom i det teknologiske Utopia? Velferdsteknologi i norske kommuner. I: Anvik CH, Sandvin JT, Breimo JP, Henriksen Ø, red. Velferdstjenestenes vilkår Nasjonal politikk og lokale erfaringer: Universitetsforlaget; 2020. s. 213-35.
 1055. Paulsen KB, Vekve I-A, Isaksen J, Skarli JÅ. Trygg hjemme-Ansattes erfaringer med del-takelse i det nasjonale velferdsteknologipro-grammet. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2017;3(2):136-44.
 1056. Wackers G. Giraffens skript. Om teknologi, brukere, etikk, jus og økonomi. I: Moser (red), Velferdsteknologi: en ressursbok. 2019;1.
 1057. Andreassen HK, Obstfelder A, Lotherington AT. IKT-arbeid i helse- og omsorgssektoren. Velferdsteknologi: en ressursbok 2019.
 1058. Corneliussen HG, Dyb K. Om teknologien som ikke fikk være teknologi – diskurser om velferdsteknologi. I: Andersen JR, Bjørhusdal E, Nesse JG, Årethun T, red. Immateriell kapital Fjordantologien 2017: Universitetsforlaget; 2017.
 1059. Andreassen HK. Digitalisering kan gi ny kunnskap om kvinnehelse – hvis vi gjør det riktig. Kilden kjønnsforskning.no. 2019 15.08.
 1060. Nærings- og fiskeridepartementet. Hand-lingsplan for kvinnelige gründere. 2019.
 1061. Røstvik CM. Cash Flow. The businesses of menstruation: UCL Press; 2022.
 1062. Onsøien OG. Bill Gates-penger ga Removaid en start: Håper nå å hente 40 millioner kro-ner. 2022 12.08.
 1063. Removaid. RemovAid – et alternativ til stan-dard fjerningsprosedyre: removaid.no; u.å. Tilgjengelig fra: <https://removaid.com/norwegian>
 1064. Esteva A, Kuprel B, Novoa RA, Ko J, Swetter SM, Blau HM, et al. Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neu-ral networks. Nature. 2017;542(7639):115-8.
 1065. Teknologirådet. Kunstig intelligens i kli-nikken. Seks trender for fremtidens helse-tjeneste. 2021.
 1066. Merriam-Webster. precision medicine: mer-riam-webste.no; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/precision%20medicine>
 1067. Faiz KW. Persontilpasset medisin eller pre-sisjonsmedisin? Tidsskriftet Den Norske Legeforening. 2020;1/2020.
 1068. Tison GH, Avram R, Nah G, Klein L, Howard BV, Allison MA, et al. Predicting Incident Heart Failure in Women With Machine Learning: The Women's Health Initiative Cohort. Canadian Journal of Cardiology. 2021;37(11):1708-14.
 1069. Stevenson DK, Wong RJ, Aghaeepour N, Maric I, Angst MS, Contrepois K, et al. Towards personalized medicine in maternal and child health: integrating biologic and social determinants. Pediatric Research. 2021;89(2):252-8.
 1070. Miller VM, Rocca WA, Faubion SS. Sex Dif-ferences Research, Precision Medicine, and the Future of Women's Health. Journal of Womens Health (Larchmt). 2015;24(12):969-71.
 1071. Regitz-Zagrosek V, Oertelt-Prigione S, Prescott E, Franconi F, Gerdts E, Foryst-Ludwig A, et al. Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. European Heart Journal. 2016;37(1):24-34.
 1072. Russel S, Norvig P. Artificial Intelligence. A Modern Approach. 3. utg. London: Pearson; 2010.
 1073. Yoldemir T. Artificial intelligence and women's health. Climacteric. 2020;23(1):1-2.
 1074. Nassif AB, Talib MA, Nasir Q, Afadar Y, Elgendy O. Breast cancer detection using artificial intelligence techniques: A systema-tic literature review. Artificial Intelligence in Medicine. 2022;127:102276.

1075. Nemade V, Pathak S, Dubey AK. A Systematic Literature Review of Breast Cancer Diagnosis Using Machine Intelligence Techniques. *Archives of Computational Methods in Engineering*. 2022;29(6):4401-30.
1076. Bjørnson EW, Holen AS, Sagstad S, Larsen M, Thy J, Mangerud G, et al. BreastScreen Norway: 25 years of organized mammographic screening. Oslo: Kreftregisteret; 2022.
1077. Kreftregisteret. BADDI: Kunstig intelligens i screening med standard mammografi og tomosyntese: kreftregisteret.no; 2022, oppdatert 06.01.23. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Forskning/Prosjekter/baddi/>
1078. Udeh-Momoh C, Watermeyer T. Female specific risk factors for the development of Alzheimer's disease neuropathology and cognitive impairment: Call for a precision medicine approach. *Ageing Research Review*. 2021;71:101459.
1079. Yan Y, Wang X, Chaput D, Shin M-K, Koh Y, Gan L, et al. X-linked ubiquitin-specific peptidase 11 increases tauopathy vulnerability in women. *Cell*. 2022;185(21):3913-30
1080. Moufarrej MN, Vorperian SK, Wong RJ, Campos AA, Quaintance CC, Sit RV, et al. Early prediction of preeclampsia in pregnancy with cell-free RNA. *Nature*. 2022;602(7898):689-94.
1081. Wenzl FA, Kraler S, Ambler G, Weston C, Herzog SA, Räber L, et al. Sex-specific evaluation and redevelopment of the GRACE score in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes in populations from the UK and Switzerland: a multinational analysis with external cohort validation. *The Lancet*. 2022;400(10354):744-56.
1082. Price NW. Medical AI and Contextual Bias. *Harvard Journal of Law & Technology*. 2019;33(1).
1083. Lashbrook A. AI-Driven Dermatology Could Leave Dark-Skinned Patients Behind. 2018 03.01.
1084. Cirillo D, Catuara-Solarz S, Morey C, Guney E, Subirats L, Mellino S, et al. Sex and gender differences and biases in artificial intelligence for biomedicine and healthcare. *npj Digital Medicine*. 2020;3(1):81.
1085. Catuara-Solarz S, Cirillo D, Guney E. Introduction: The relevance of sex and gender in precision medicine and the role of technologies and artificial intelligence. I: Cirillo D, Catuara-Solarz S, Guney E, red. *Sex and Gender Bias in Technology and Artificial Intelligence Biomedicine and Healthcare Applications*. 1. utg. Academic Press 2022. s. 1-8.
1086. Pot M, Spahl W, Prainsack B. The Gender of Biomedical Data: Challenges for Personalised and Precision Medicine. *Somatechnics*. 2019;9(2-3):170-87.
1087. Carnevale A, Tangari EA, Iannone A, Sartini E. Will Big Data and personalized medicine do the gender dimension justice? *AI & SOCIETY*. 2021.
1088. Grøholt EK, Hånes H, Reneflot A. Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge. Folkehelseinstituttet; 2014. Rapport Nr.: 2014:4.
1089. Helsedirektoratet. Ventetider og pasientrettigheter, per tertial Oslo 2020, oppdatert 17.01.23. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter-tertiar>
1090. Grundström H, Hammar Spagnoli G, Löqvist L, Olovsson M. Healthcare Consumption and Cost Estimates Concerning Swedish Women with Endometriosis. *Gynecologic Obstetric Investigation*. 2020;85(3):237-44.
1091. NTB. Rødt vil ha gratis prevensjon for kvinner fram til 25 år. E24. 2018 09.01.23. Tilgjengelig fra: <https://e24.no/norsk-oekonomi/i/GGrXwl/roedt-vil-ha-gratis-prevensjon-for-kvinner-fram-til-25-aar>
1092. Bliksvær T, Skogøy BE, Sloan L, Bakar N, Johnson R, Kosuta M. Kommunenes krisesentertilbud – En kunnskapsoversikt. Bodø: Nordlandsforskning; 2019. Rapport Nr.: 13/2019.

Norges offentlige utredninger

2022

Arbeids- og inkluderingsdepartementet:

NOU 2022: 4 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2022
NOU 2022: 7 Et forbedret pensjonssystem
NOU 2022: 18 Mellom mobilitet og migrasjon
NOU 2022: 19 Oljepionerene –
en kompensasjonsordning

Finansdepartementet:

NOU 2022: 12 Fondet i en brytningstid
NOU 2022: 20 Et helhetlig skattesystem

Justis- og beredskapsdepartementet:

NOU 2022: 1 Cruisetraffikk i norske farvann
og tilgrensende havområder
NOU 2022: 15 Utleverings- og arrestordreloven
NOU 2022: 21 Strafferettslig vern av den seksuelle
selvbestemmelsesretten

Kommunal- og distriktsdepartementet:

NOU 2022: 10 Inntektssystemet for kommunene
NOU 2022: 11 Ditt personvern – vårt felles ansvar

Kultur- og likestillingsdepartementet:

NOU 2022: 9 En åpen og opplyst offentlig samtale

Kunnskapsdepartementet:

NOU 2022: 2 Akademisk ytringsfrihet
NOU 2022: 13 Med videre betydning
NOU 2022: 16 En folkehøgskole for alle
NOU 2022: 17 Veier inn – ny modell for opptak
til universiteter og høyskoler

Landbruks- og matdepartementet:

NOU 2022: 14 Inntektsmåling i jordbruket

Nærings- og fiskeridepartementet:

NOU 2022: 8 Ny minerallov

Olje- og energidepartementet:

NOU 2022: 3 På trygg grunn
NOU 2022: 6 Nett i tide

Statsministerens kontor:

NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering
av koronapandemien – del 2

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslags- og delillustrasjoner:
Melkeveien Designkontor AS/Mathilde Lid

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 03/2023