|  |
| --- |
| Kvinnehelseutvalget |
| Deres ref: [Deres ref] | Vår ref: 207.09/ØHH | Dato: 22.02.2022 |

# Akademikernes innspill til Kvinnehelseutvalgets arbeid

## Innledning

Vi viser til brev av 17. desember 2021 der Kvinnehelseutvalget ber om innspill til utvalgets arbeid. Invitasjonen til å komme med innspill til utvalget har blitt videreformidlet til Akademikernes medlemsforeninger. Vi videresender her de innspillene vi har fått, fra henholdsvis Den norske legeforening og Den norske tannlegeforening.

## Innspill til Kvinnehelseutvalgets arbeid fra Den norske legeforening

Legeforeningen takker for muligheten til å komme med innspill til kvinneutvalgets utredning om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv.

Oppdraget er svært omfattende. Det er i oversendt materiale gjort rede for mandatet, inkludert justering av mandat knyttet til regjeringens nye strategi for kvinnehelse hvor seksuell og reproduktiv helse er fremhevet. Belastningsskader er inkludert. Det er bedt om at utvalget ser på hvordan utredning, behandling og oppfølging av kvinners helse er i helsetjenesten med særlig vekt på fastlegenes rolle.

Kunnskapsoversikt

Utvalget skal gi en kunnskapsoversikt over temaene kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Kunnskapsoversikt knyttet til kvinners helse er viktig for alle andre punkter i mandatet. Dette høringssvaret tar mål av seg til å dele noe kunnskap. Legeforeningens ulike fagmedisinske foreninger kan være viktige ressurser og samarbeidspartnere i det videre arbeidet med kartlegging av hva som finnes og hva som mangler av kunnskap om tema.

Kvinnehelse / kjønnsperspektiv

Kvinner er hele mennesker, til dels svært ulike mennesker både hva gjelder genetisk disposisjon, livserfaringer, utdanningsnivå, familie, deltakelse i yrkes- og samfunnsliv og hva gjelder økonomisk situasjon. Alle disse faktorer spiller inn når kvinners helse er på agendaen. Helseaspekter knyttet til seksuell og reproduktiv helse er det som i dagligtale knyttes til begrepet kvinnehelse. Det er fremhevet i mandatet, og det er en vesentlig del av kvinners helse. Legeforeningen mener likevel det vil være en forsømmelse å ikke hensynta hele kvinnens helse i det arbeidet som skal gjøres med å identifisere de største utfordringer hva gjelder kvinners helse. Reproduktiv helse henger sammen med generell helse. Svangerskap kan være starten på et liv med kronisk sykdom og kronisk sykdom vil virke inn på reproduktivitet og seksuell helse. Kvinner som aldri har hatt en “kvinnesykdom” kan ha betydelige helseutfordringer som kan kreve særskilte tiltak hvor kjønnsperspektivet er av vesentlig betydning.

I møtet med en pasient som presenterer sine symptomer vil kjønnsaspektet så nær som alltid inngå som en del av den medisinske vurderingen. Mange sykdommer rammer kvinner oftere enn menn og vice versa. Det kan ha rent genetiske årsaker. Ofte vil det være multifaktorielt. Allmennlegenes erfaring er at kvinner i større grad enn menn presenterer komplekse og sammensatte symptombilder hvor det er legens rolle å holde tak i helheten. Kjønnsperspektivet er av de faktorer som har betydning for hvilke tiltak som anses relevante i en gitt situasjon.

Ivaretakelse av kvinners helse

Kvinner i Norge møter helsevesenet på flere arenaer. I primærhelsetjenesten har de fleste en fastlege. De har møtt helsesykepleier, enten på ungdomshelsestasjon eller i forbindelse med oppfølging av barn. De møter jordmor i forbindelse med svangerskap og barseltid. På et tidspunkt vil mange trenge en hjemmesykepleier. Samarbeidet mellom disse instansene oppfatter vi at kan fungere ulikt fra kommune til kommune. Et godt samarbeid mellom de ulike aktører som har en rolle i kvinners ulike livsfaser mener vi vil bidra til styrking av kvinners helsetilbud og derigjennom deres helse. Fastlegen vil også her ha en sentral rolle i å ivareta helheten.

I spesialisthelsetjenesten møter kvinner spesialister av alle slag. Kvinner feiler mye av det samme som menn feiler, samtidig som symptomer, sykdomsforløp, behandling og prognose kan være noe ulikt mellom kjønnene. Her trengs det mer kunnskap. Samtidig er kunnskap sjelden statisk. Jfr utviklingen av lungekreft som gikk fra å ramme i hovedsak menn til etter hvert å bli en sykdom som i høy grad også rammet kvinner. Endring i livsstil endrer sykdoms-panorama hos både kvinner og menn, på godt og på vondt.

Spesialisthelsetjenesten har spisskompetansen knyttet til svangerskap og fødsel, sykelighet knyttet til reproduktivitet og aldersrelaterte kvinneplager.

For voksne kvinner representerer spesialisthelsetjenesten sjelden en kontinuitet som ivaretar både sykdom, livserfaringer og livssituasjon i oppfølging over tid. Det gjelder både for akutt og kronisk sykdom. Spesialisthelsetjenesten melder tilbake til fastlegen hva de har gjort og hvilken videre oppfølging de anser hensiktsmessig innen aktuelle problematikk. Fastlegen tar opp tråden, inkluderer den nye kunnskapen og følger pasienten videre i livet.

Et tiltak som vil være av stor betydning for kvinners helse er å bevare og styrke fastlegeordningen. Det er vesentlig at fastlegen er involvert i alle livsfaser, også svangerskaps- og barselomsorgen. Dette er en fase av stor betydning for både kvinnens og barnets generelle helse. Fastlegen er den som vil følge de videre i livet. Betydningen av kontinuitet i helseoppfølging og fastlegens viktige rolle for befolkningens helse er av de ting vi nå vet en del om. Det å ha hatt samme fastlege over år bidrar til færre innleggelser på sykehus og flere leveår.[[1]](#footnote-1)

Kjønnsperspektivet i folkehelsearbeidet

For folkehelsearbeid er det vel kjent og etter hvert også godt dokumentert hvilken betydning oppvekstvilkår har for helse i både barne- ungdoms- og voksenliv. Vi har kunnskap om hvordan omsorg/vanskjøtsel, trygghet/alarmberedskap, inklusjon/marginalisering påvirker helse i et livsløpsperspektiv. Både hjernen, immunsystemet og genuttrykk formes gjennom livsløpet. ACE-studien viste at antall sykdommer i voksen alder korrelerte med grad av “adverse childhood experiences” (ACE).[[2]](#footnote-2)

Det er en erfaring at flere kvinner enn menn utsettes for vanskjøtsel, vold og overgrep. Det er i hvert fall flere kvinner enn menn som forteller om denne type erfaringer. Livserfaringer som har store konsekvenser for senere liv og helse. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT4 har sett på forekomsten av slike erfaringer i Norge[[3]](#footnote-3)

Det å adressere forhold tidlig i livet kan vise seg mer effektivt enn tiltak for endring av livsstil og helseadferd senere i livet og/eller tiltak for å bedre helsetjenesten for voksne. Dette innebærer satsing på flere og andre sektorer enn helsesektoren. I dette feltet finnes det mulighetsrom for både forebygging og kompenserende tiltak.

Legeforeningen ved fagstyret har “Sosial ulikhet i helse” som et av sine prioriterte områder.[[4]](#footnote-4) Det innebærer å løfte frem en av helsetjenestens kjerneverdier: Å prioritere de som trenger det mest, og erkjenne livserfaringers betydning for helse i et livsløpsperspektiv. Det er av betydning for helse generelt og kvinners helse spesielt.

Kjønnsperspektivet i helse- og omsorgstjenesten

Fastlegen har som nevnt en sentral rolle i utredning, behandling og helsehjelp til kvinner. Kontinuitet i lege-pasientforholdet påvirker kvaliteten av helsehjelpen. I 2020 var tallet på konsultasjoner for jenter og kvinner 9,145 millioner. Vel 500 000 omhandlet svangerskap, fødsel og prevensjon, 220 000 dreide seg om underlivsplager. 1 million konsultasjoner var klassifisert i gruppen psykiske lidelser. Andre store grupper var smerter og betennelser, atopiske sykdommer, mage-tarm-sykdom, 2,8 millioner konsultasjoner havnet i gruppen “andre diagnoser”. Ungdom mellom 16 og 18 år sto for over 300 000 konsultasjoner.[[5]](#footnote-5)

Av de med psykiske lidelser fikk de aller fleste sin oppfølging hos fastlegen.

Det bør ses på om deler av kvinners helse ivaretas som “særomsorg”. Det kan gjelde prevensjonsveiledning av unge kvinner, svangerskaps- og barselomsorg. Legeforeningen oppfatter at det gjøres mye godt arbeid i samarbeid med både helsesykepleiere og jordmødre. Et samarbeid vi ønsker å bygge videre på. Legeforeningen er opptatt av at oppfølging i disse fasene ikke skal løsrives fra den generelle helsoppfølging som fastlegen holder tak i.

Mange av de vanligste kroniske sykdommene rammer kvinner i større grad enn menn. Det gjelder f.eks diabetes type 2, osteoporose, stoffskiftesykdommer (thyroideasykdommer). For undergrupper av kvinner kan forekomst være særlig høy (type 2 diabetes hos innvandrerkvinner). Det etterlyses oppdaterte retningslinjer og større innsats fra helsetjenesten knyttet til disse tilstandene, særlig knyttet til de deler av befolkningen som har lav helsekompetanse.

Hjerte- og karsykdom er nå den sykdomsgruppe som tar flest kvinneliv, nest etter kreftsykdom. Vi ser at utvalget har kompetent representasjon knyttet til hjerte-kar sykdom hos kvinner og kommenterer derfor ikke denne store gruppen

Kvinnehelseutvalget må se på hvordan sykdom rammer kvinner og menn ulikt, og se på forskjeller i den behandling som tilbys kvinner og menn, inkludert henvisningspraksis.

En del av de kjønnsspesifikke tilstander som kvinner søker helsehjelp for er lavt prioritert og også lavt honorert. Det gjelder f.eks menstruasjonsrelaterte plager, aldersrelaterte plager som urinvegsinfeksjoner, inkontinens, andre plager knyttet til overgangsalder. Det er en erfaring at bedre honorering må til for at tilstander skal få økt prioritet, i hvert fall for sykdom som har lav dødelighet, men som gir redusert livskvalitet og rammer en pasientgruppe som i liten grad krever sin rett.

Norge har høy deltakelse av kvinner i arbeidslivet. Arbeidshelse er en viktig del av kvinnehelsen. Helse- og omsorgstjenesten, særlig legene er sentrale i forvaltning av velferdsstatens ordninger knyttet til arbeidshelse. Listen over hvilke sykdommer som godkjennes som yrkessykdom har ikke blitt vesentlig endret siden 1957. Slik lista er nå ivaretar den i hovedsak yrkesskade- og sykdom i typiske mannsyrker. Ved siste revisjon i 2008 ble det problematisert at det var lite dokumentasjon på årsakssammenhengen mellom arbeidsforhold og sykdom i en del typiske kvinneyrker. *Det foreslås å utvide utvalget med en person med kompetanse knyttet til arbeidshelse.*

Kjønnsperspektivet i forskning og utdanning

Forskning og utdanning henger sammen. Det undervises gjerne i det det forskes på. Vi vet at forelesere engasjert i forskning med særlig relevans for kvinners helse vil ta med seg dette perspektivet inn i auditorier og grupperom. Dersom det lyses ut forskningsmidler hvor forskningen må ha relevans for kvinners helse innen et eller flere fagfelt, er det forventet at det vil skrives søknader med aktuell tematikk. Legeforeningen foreslår at Kvinnehelseutvalget ber om at relevans for kvinners helse i større grad tas inn som et av kriteriene for vurdering av forskningsprosjekter.

Angående utdanning:

Kjønnsperspektivet er en del av det medisinske faget, både hva gjelder den delen av medisinen som eksklusivt omhandler kvinner, og de disipliner som omhandler begge kjønn. Etnisitet, alder, genetisk disposisjon er også av de perspektiv som belyses i utdanning som relevant for ulike sykdommer. Kvinners bruk av helsetjenesten vet vi ikke om er et tema i utdanningen av verken leger eller annet helsepersonell. I den sammenheng hadde det vært av interesse å vite mer om hva som lå i tallene for alle de konsultasjonene som foregår hos både fastlegene og i spesialisthelsetjenesten. Kjønn og helse bør være et tema i all utdanning av helsepersonell, med innhold tilpasset de ulike roller de skal inn i.

Angående forskning:

Det gis noen eksempler på tiltak og på områder hvor kunnskapsgrunnlaget bør styrkes. Listen er eksempler og på ingen måte uttømmende.

Pasientene er i hovedsak hos fastlegen. Styrking av allmennmedisinsk forskning er derfor et hovedtema.

På generelt grunnlag anbefales bedre kvinnerepresentasjon i kliniske studier for å avdekke/avkrefte ulikheter mellom kjønn.

* Forskning i allmennpraksis! De fleste legekonsultasjoner foregår hos fastlegen. Med

1 million diagnoser knyttet til psykisk sykdom og 2,8 millioner knyttet til “andre diagnoser” er det av stor interesse å se nærmere på hva som skjuler seg bak tallene.

* Forske på fødselsomsorgen. Hvilke konsekvenser har kortere liggetid på barselavdelinger?
* Mer forskning på kvinnesykdommer, sykdommer med lav dødelighet og stor sykdomsbyrde.
* Forske på arbeidsrelatert sykdom og skade hos kvinner. Slik forskning vil kunne få direkte praktisk konsekvens for listen over sykdommer som klassifiseres som yrkessykdommer. Mer kunnskap om belastningsskader vil være viktig.
* Forske på underkjente risikofaktorer av psykososial og sosioøkonomisk art ved hjerte-karsydom hos kvinner (og ved annen kronisk sykdom hos kvinner).
* Forske på tiltak av typen “tidlig intervensjon”. Følge grupper over tid.
* Forske/kartlegge overdiagnostikk og overbehandling som kan medføre skade og/eller kan påføre unødvendig engstelse og uro

Prioriterte innsatsområder og tiltak

Tiltak og prioriterte innsatsområder må ha relevans for mange kvinners helse eller utgjøre en stor forskjell for en mindre gruppe kvinner. Tiltakene må være kunnskapsbaserte.

Fastlegens rolle for kvinners helse

Legeforeningen har flere steder i høringsuttalelsen trukket frem fastlegen som en betydningsfull aktør for kvinners helse. 76% av alle kvinner har minst en konsultasjon hos fastlegen sin hvert år. I gjennomsnitt møter en kvinne fastlegen 3,2 ganger hvert år.[[6]](#footnote-6)

Kvinner søker fastlegen med et stort mangfold av tema. De aller fleste får sin helsehjelp hos fastlegen. Det gjelder også de med diagnoser knyttet til psykiske lidelser. Legeforeningen anbefaler å fremheve fastlegetjenesten som en grunnmur i vår offentlige helsetjeneste.

Styrke forskning i allmennmedisin

Norske kvinner får i all hovedsak sin helsehjelp hos fastlegen. Det er mye vi ikke vet om hvorfor de søker fastlegen, om konsultasjonene hjelper dem, om de får hjelp på rett nivå? Det etterspørres forskning i allmennmedisin, inkludert helsetjenesteforskning.

Kvinner med kronisk sykdom

Dette er en stor gruppe kvinner. Det grunnleggende for å forbedre helse og omsorgstjenestene for denne gruppen er god samhandling mellom tjenestenivå, oppdaterte faglige retningslinjer, lærings- og mestringstiltak for de som trenger det. Likestillingsperspektivet kan være særlig relevant i denne gruppen.

Økonomiske virkemidler

* Høyere prioritet for de typiske kvinnesykdommer kan oppnås gjennom bedre honorering. (takster, DRG).
* Det kan ses på om enkelte av medisinene som kvinner bruker knyttet til reproduktiv helse og andre sykdommer kan gis på blå resept. Kvinner betaler store summer for sine aldersrelaterte plager.
* Screeningsprogram kan vurderes gjennomført uten egenandel.
* Se på kvinners rettigheter til kompensasjon ved yrkessykdom/yrkesskade.
* Legeforeningen går inn for at egenandel ved legebesøk for ungdom mellom 16 og 18 år dekkes av det offentlige. Denne gruppen av unge kvinner (og menn) må sikres lett tilgjengelige helsetjenester av god kvalitet.

Sosial ulikhet i kvinnehelse

Tiltak som kommer de kvinnene til gode som har det vanskeligste utgangspunkt.

Det gjelder f.eks enkelte grupper innvandrerkvinner, kvinner uten lovfestet rett til helsehjelp, rusavhengige kvinner.

Tiltak knyttet til sosial ulikhet i kvinnehelse handler også om folkehelsetiltak rettet mot utsatte barn og unge, både jenter og gutter, unge kvinner og unge menn.

## Innspill til Kvinnehelseutvalgets arbeid fra Den norske tannlegeforening

Utvalgets mandat peker på at kvinner og menn har ulik biologi, lever ulike liv og rammes ulikt av sykdom og uhelse. Utvalgets mål er å få en oppdatert oversikt over kvinners helse i Norge, om kjønnsforskjeller i helse og kunnskap om hvilke utviklingstrekk som har skapt og kan skape slike utilsiktede kjønnsforskjeller.

NTF slutter seg til utvalgets mandat og målsetning og er enige i at det er behov for å innhente kunnskap samt satse på forskning om kvinners helse, bedre behandlingstilbud og større bevissthet knyttet til kjønn og helseforskjeller. Det er en rekke helseutfordringer som gir betydelige utslag for munnhelsen, og hvor forekomsten er høyest hos kvinner. NTF ser et særskilt behov for å vise til disse tilstandene i dette innspillsbrevet.

Til spørsmål 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?

Visse sykdommer som rammer kvinner mer enn menn, har lavere status i det medisinske miljøet. Det forskes mindre på disse sykdommene, og det jobbes generelt mindre med dem. Flere av sykdommene har relevans for munnhelsen og gir symptomer og plager i munnhulen.

Det vises til at utvalget må se på kommunetjenestene, tilbudet hos fastlegen og oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Tannhelsetjenesten er imidlertid ikke omtalt noe sted verken i mandatet eller i de spørsmålene som det ønskes svar på. Allmenne helseproblemer henger tett sammen med munnhelseproblemstillinger. Det er en rekke sykdommer som i hovedsak forekommer hos kvinner, og som har orale manifestasjoner. Dette gjelder blant annet flere typer av hud- og slimhinnesykdommer, bindevevssykdommer og reumatiske sykdommer. Eksempler på disse er Lichen planus, Sjøgrens syndrom, reumatiske sykdommer som leddgikt (reumatoid artritt) med flere. Flere av sykdommene gir symptomer i munnhulen, noe som har konsekvenser for munnhelsen. Hos mange gir dette seg utslag i en sterkt redusert munnhelse, store behandlingsbehov og høye kostnader til behandling.

Forskning viser at kvinner ofte kommer dårligere ut i møte med helsevesenet enn menn, for eksempel ved utredning og behandling ved hjerteinfarkt. Dette gjelder også sykdommer som rammer kvinner oftere enn menn, som muskel-skjelettlidelser, reumatiske sykdommer og psykiske lidelser. Sykdomsbildet er ofte sammensatt, og mange av disse pasientene har plager i munnhulen. Noen av pasientene er uføre, har dårlig økonomi og ikke tilstrekkelig med midler til å få utført nødvendig tannbehandling. En samlet konsekvens av alle de nevnte faktorene kan være redusert livskvalitet som følge av svekket munnhelse og et udekket behov for nødvendig tannbehandling.

Videre har kvinner i høyere grad overvekt og fedme sammenlignet med menn, uten at årsaken til dette er kjent. Personer med fedme og psykiske lidelser har ofte spiseforstyrrelser i tillegg, noe som i stor grad kan føre til dårlig munnhelse.

En rekke tilstander og sykdommer som har høyere forekomst hos kvinner, er også relatert til sykdom i munnhulen. Sentrale tilstander og sykdommer er:

1. Orale manifestasjoner av sykdommer som har høyest forekomst hos kvinner
	1. Hud- og bindevevssykdommer som fibromyalgi, lupus, lichen planus, Sjögrens syndrom, psoriasis m fl.
	2. Inflammatoriske mage/tarmsykdommer som Crohns sykdom, IBF m fl
	3. Revmatologiske tilstander som revmatoid artritt, psoriasis artritt, juvenil artritt m fl
2. Orale sykdommer
	1. Orale autoimmune slimhinnesykdommer
	2. Nevrologiske sykdommer
	3. Hormonelle sykdommer
	4. Spyttpåvirkende sykdom
3. Medikamentelle effekter
	1. Osteoporose og bisfosfonatindusert nekrose
	2. Brystkreftbehandling
	3. Psykisk modulerende medisiner

De vanligste orale kvinnhelseutfordringene:

**Lichen planus** er en hudsykdom som kan manifestere seg på hud og slimhinner i munnhule (oral lichen planus) og underliv. I motsetning til hudvarianten er forandringene i munnhulen mer langvarige, og kan være svært smertefulle. Oral lichen planus kan forekomme hos en til fire prosent av befolkningen. Tilstanden ses oftest blant eldre kvinner, og den debuterer vanligvis etter 40-årsalderen.

**Sjøgrens syndrom** er en systemisk autoimmun bindevevssykdom som blant annet fører til munntørrhet, tørre øyne og tørr hud. Sykdommen debuterer hovedsakelig hos kvinner i alderen 40 – 60 år og kan gi store konsekvenser for munnhelsen i form av svært høy forekomst av hull i tennene (karies). Munntørrhet er en viktig risikofaktor for kariesutvikling. Sammenhengen mellom Sjøgrens syndrom og karies på grunn av munntørrhet, gjør denne sykdommen til en av de sykdommer som virkelig kan føre til sterkt svekket munnhelse, store behandlingsbehov og høye kostnader for den enkelte. Manglende spyttproduksjon kan også medføre økt risiko for andre slimhinnesykdommer, og medfører også at man mister den primære barrieren for å unngå at mulige patogener påvirker kroppen og immunsystemet direkte.

**Revmatiske sykdommer** rammer i høy grad kvinner og er blant sykdomskategoriene som blir viet mindre oppmerksomhet enn mange andre sykdomskategorier. Dette er sykdommer som gjerne oppstår plutselig, uten at man vet hvorfor og de medfører en rekke utfordringer knyttet til ivaretakelse av en god munnhelse. Leddgikt (reumatoid artritt) rammer bare 0,5-1 prosent av befolkningen, men kvinner rammes tre ganger så ofte som menn, noe som gjør leddgikt til en utpreget "kvinnesykdom". Pasienter med leddgikt kan ha betydelige problemer med å opprettholde en god munnhelse som følge av sykdommen, og videre kan de sekundært utvikle Sjøgrens syndrom med de samme orale utfordringene som nevnt over. Det er også en betydelig økt forekomst av leddgiktplager hos jenter i barne- og ungdomsår. Dette er sykdom som kan gi sykdom og smerteplager i kjeveledd og i munnhule. I tillegg kan slik sykdom medføre ernæringsplager, muskelsmerter, sosiale og psykiske utfordringer.

**Benskjørhet** (osteoporose) forekommer hyppig i Norge og er hyppigst hos kvinner. Sykdommen behandles gjerne med medikamenter som kan ha konsekvenser for munnhelsen og nødvendig tannbehandling.

Økonomiske forhold

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig del som har ansvar for barn og unge samt enkelte utvalgte grupper i den voksne befolkningen og er kostnadsfri, samt en helprivat tjeneste som har ansvar for tannhelsetilbudet til den øvrige voksne befolkningen. Den private tannhelsetjenesten har ingen offentlig finansiering, og tannhelsetjenester for personer over 20 år finansieres helt av den enkelte, med noen få unntak. Disse unntakene gjelder personer med særskilte sykdommer og diagnoser, som kan få delvis støtte gjennom folketrygdens stønadsordning. Dette gjelder for om lag 10 % av behandlingen som utføres i privat tannhelsetjeneste.

Utgifter til tannbehandling vil kunne være en vesentlig utgiftspost for den enkelte. Uavhengig av helsetilstand er husholdningens inntektsnivå en sterk sosial gradient for om man har vært hos tannlege siste år eller ikke. Det er flest i gruppen med lave inntekter som har unnlatt å gå til tannlege til tross for behov for tannlegebehandling. Kvinners inntektsnivå er gjerne lavere enn menns, og dårlig økonomi kan ha betydelige konsekvenser for den enkelte voksne som har behov for tannbehandling.

**SSBs rapport** om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester fra 2021 viser at de med høyere utdanninger bruker helsetjenester, herunder tannhelsetjenester, i større grad enn andre. Bruken av tannlegetjenester har også en klar sosial gradient etter inntekt, uavhengig av helsetilstand. For tannhelsetjenester sier halvparten av de som har et udekket behov for tannhelsetjenester at de ikke har hatt råd til tannlegebehandling. Personer med svekket helse bruker helsetjenester i større grad enn personer med god helse, med unntak av tannhelsetjenester.

Rapporten viser videre at det er dårligst tannhelse i grupper med dårlig økonomi. Om lag 15 % av kvinner med inntekt under 500.00 oppgir ifølge rapporten å ha dårlig tannhelse. I rapporten vises det også til at inntekt er en langt bedre indikator på sosioøkonomiske forskjeller i tannlegebruk enn utdanning.

Når det gjelder personer med bakgrunn fra «øvrige land», dvs. ikke Norge, viser SSBs rapport at det er en høyere andel av de med dårlig tannhelse som oppsøker tannhelsetjenesten enn for befolkningen i stort.

Gruppen av uføre er i stor grad 45 år og eldre, og to av tre er kvinner. Halvparten har kun grunnskoleutdanning. Uførhet er nært knyttet til sykdom og kun 22 % av dem sier at helsen er god, 62 % har svekket helse, 35 % har psykiske plager og 23 % har dårlig tannhelse. Psykiske plager kan hos mange føre til svekket munnhelse. En av fire med psykiske plager har et udekket behov for tannlegehjelp. Det er dobbelt så mange i den laveste inntektsgruppen som oppgir å ikke ha råd, sammenlignet med den høyeste inntektsgruppen, og det er litt flere kvinner enn menn.

56 % av de som har et udekket behov for tannhelsetjenester oppgir dårlig råd som årsak. Av disse er det 58 % kvinner andelen 58 % og 53 % menn.

Sykefravær på grunn av muskel- og skjelettlidelser er høyere for kvinner enn for menn, både i Norge og i andre land. Ifølge en stor nasjonal studie som undersøkte kjønnsforskjeller i overgang fra langtidssykmelding til uførepensjon, er muskel- og skjelettlidelser den diagnosegruppen der risikoen for uførepensjon er høyere for kvinner enn for menn.

Til spørsmål 2)

Hvordan blir kjønnsforskjeller- og kjønnsperspektivet håndtert i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og helsefaglig forskning og -utdanning?

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

Tradisjonelt har sykdommer som i størst grad rammer menn, fått mer oppmerksomhet enn sykdommer der kvinner er i flertall. Dermed er det fortsatt manglende kunnskap om sykdommer som er mer typiske for kvinner.

Det må bevilges midler til forskningsprosjekter som omhandler «lavstatus» sykdommene og til videreutvikling av helseportalen for kvinner, slik at kunnskap er lett tilgjengelige både for allmennheten og for helsetjenestene

Videre er det viktig med samarbeid mellom fagmiljøer i og utenfor helsetjenesten og med frivillige pasient og brukerorganisasjoner.

Med vennlig hilsen,
**Akademikerne**

Øystein Holm-Haagensen

*Rådgiver*

1. 3 <https://bjgp.org/content/bjgp/early/2021/10/04/BJGP.2021.0340.full.pdf> [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html> [↑](#footnote-ref-2)
3. <https://www.ntnu.no/hunt/hunt4> [↑](#footnote-ref-3)
4. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/8d8421aa7b294e3a9928d8c908923e8b/ferdig-utkast-resolusjon_med-innspill.pdf> [↑](#footnote-ref-4)
5. <https://www.ssb.no/statbank/table/10141/tableViewLayout1/> [↑](#footnote-ref-5)
6. <https://www.ssb.no/statbank/table/10141/tableViewLayout1/> [↑](#footnote-ref-6)