

Kvinnehelseutvalget  
 kvinnehelseutvalget@hod.dep.no

Dato:  
 31.03.2022

## Likestillingssentrene's innspill til Kvinnehelseutvalget

Likestillingssenteret, Likestillingssenteret KUN og Senter for likestilling ønsker å komme med et felles innspill til kvinnehelseutvalgets videre arbeid.

I Norge har vi fire regionale likestillingssentre: 1) Senter for likestilling ligger i sør under Universitetet i Agder, 2) Likestillingssenteret er en stiftelse i øst som holder til på Hamar og 3) Likestillingssenteret KUN er en stiftelse i nord som holder til i Steigen/Steinkjer. Disse tre regionale sentrene arbeider for et likestilt samfunn for alle kjønn og diskrimineringsgrunnlag. I tillegg har vi Reform – ressurs-senter for menn som jobber for menns likestilling, som holder til i Oslo.

I innspillet vil vi påpeke områder vi i vårt daglige virke opplever som utfordrende for kvinners likestilling i Norge. Etter aktivitetsplikten for offentlige myndigheter og utredningsinstruksen skal alle utvalg vurdere likestillingsspørsmål knyttet til mandatet. Likestillingssenterets analyse av utvalg og mandat i 2020<sup>1</sup> viste imidlertid at kun ett av de undersøkte utvalgsmandatene tematiserer kjønnslikestilling eksplisitt. Vi ønsker med dette å gi utvalget et insentiv til å være i front og se likestilling som en rød tråd gjennom hele arbeidet.

### Kunnskap og utdanning

*1. Alle barn og unge må sikres en bred og god seksualitetsundervisning*

Seksualitetsundervisningen i Norge er sprikende og har blitt kritisert fra flere hold<sup>2</sup>. Undervisningen har ofte et negativt fokus på prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer og puberteten. Det holder ikke med gode intensjoner i overordnet planverk når det i for stor grad er opp til den enkelte lærer å gi en oppdatert og god seksualitetsundervisning. Barn og unge trenger mer kunnskap om grensesetting, normbevissthet, kroppsvariasjon og positiv seksualitet. De trange normene og kjønnsrollene i samfunnet skaper utfordringer for både jenter og gutter<sup>3</sup>. God kvinnehelse starter med en god seksualitetsundervisning.

*2. Fokus på forskjeller og normbevissthet i helsefaglige utdanninger*

Alle helsefaglige utdanninger må gi opplæring om forskjeller hos kvinner og menn knyttet til diagnostisering, symptomer og behandling. Alle helsefaglige utdanninger må også inkorporere normbevissthet og hvordan dette påvirker deres utøvelse av yrket.

*3. Økt kunnskap om hvordan sosiale medier påvirker ungdomshelse og kvinnehelse*

Sosiale medier er en stor del av våre liv. Vi blir stadig påvirket av reklame, innhold, influensere og så videre, uten at vi helt vet hvordan vi oppfatter, takler og lever med alle påvirkningene.

<sup>1</sup> Likestillingssenteret. 2020. [Likestilling i offentlige utvalg](#)

<sup>2</sup> NOU 2019:19. [Jenterom, gutterom og handlingsrom. Likestillingsutfordringer blant barn og unge.](#)

Samtidig ser vi et økende kroppspress, flere unge jenter får spiseforstyrrelser og psykisk uhelse<sup>3</sup>. Vi trenger mer forskning på hvordan sosiale medier påvirker ungdomshelse og kvinnehelse, for å kunne regulere og utvikle tiltak som reduserer uhelse blant kvinner.

## Seksuell helse

### Prevensjon

#### 1. *Gi flere kvinner mulighet til sterilisering*

I 2002 økte prisen på sterilisering for kvinner fra 268 kr til 6079 kr. Dette førte til at antallet steriliseringer i året gikk ned fra 5000 til 396 (nedgang på 77%)<sup>4</sup>, og der har nivået ligget siden. For menn er prisen for sterilisering 1268 kr. Vi mener at forskjellen i pris diskriminerer kvinner og har uheldige konsekvenser for mange kvinner som av helsemessige grunner ønsker sterilisering, men ikke har råd til dette<sup>5</sup>. Vi mener også at det bør problematiseres hvorfor kvinner ikke oppfordres til sterilisering i samme grad som menn når en ikke ønsker flere barn? Sterilisering kan gi mindre plager for kvinner som har en del typiske kvinnesykdommer. For mange kvinner som reagerer negativt og opplever psykiske plager av prevensjon er dette også et godt alternativ, men i praksis er det i dag kun lateksallergi eller fare for liv og helse ved graviditet som gir betalingsfritak for kvinner. Det er også sånn i dag at overvektige diskrimineres ved at de ikke får innvilget behandling hvis de har en BMI over 30. Alle som ønsker sterilisering burde ha mulighet til behandling, med mindre det foreligger helsemessige grunner til at det ikke kan gjøres.

#### 2. *Mer forskning og fokus på psykiske plager som følge av p-piller og annen hormonprevensjon*

Vi oppfordrer utvalget til å utrede hvorfor effekten av p-piller ikke problematiseres mer. Mange kvinner rapporterer om psykiske plager ved bruk av langtidsvirkende prevensjon, spesielt knyttet til depresjon. Flere av disse opplever å få antidepressiva, men mange opplever også at helsevesenet flytter ansvaret over på den enkelte kvinne og knytter de psykiske plagene til for eksempel stress. Mange opplever at det er lite rom for å undersøke om de psykiske plagene kan skyldes langtidsvirkende prevensjon, samtidig som mange opplever bedre helse når de slutter med prevensjon. Flere studier tyder på at hormonelle prevensjonsmidler kan øke risikoen for utvikling av depresjon<sup>6</sup>. Vi trenger mer forskning og fokus på langtidsvirkende prevensjon for å gi bedre helsehjelp og oppfølging av kvinner i fruktbar alder.

### Fertilitetsbehandling

#### 1. *Fertilitetsbehandling må bli tilgjengelig uansett kroppsform*

I dag får ikke kvinner med BMI over 30 fertilitetsbehandling i Norge. Body Mass Index (BMI eller KMI) er den måleenheten vi benytter i dagens samfunn for å måle kroppsvekt. Til tross for at BMI har blitt sterkt kritisert i flere tiår som en dårlig måleenhet for helse, benyttes den fortsatt, også her i Norge. BMI måler ikke annet enn vekt og høyde, og gir med det et uriktig inntrykk av helsesituasjonen til den enkelte. BMI tar hverken hensyn til midjemål, ben, muskler eller fett i kroppen. BMI-regnestykket ignorerer med det store deler av det som utgjør en

<sup>3</sup> Psykologisk.no, 2021. [Stor økning av spiseforstyrrelser.](#)

<sup>4</sup> Dagens medisin, 2002. [77 prosent nedgang i sterilisering blant kvinner](#)

<sup>5</sup> Sykepleien, 2021. [– Vi må ha kjønnsnøytral pasientbetaling ved sterilisering \(sykepleien.no\)](#)

<sup>6</sup> Tidsskrift for Den norske legeforening, 2022. [Deprimert av p-piller?](#)

kropp, enten den er stor eller liten. Alle overvektige mennesker vil ha en høy BMI, men ikke alle med høy BMI er i realiteten overvektige (i form av overskudd av fett på kroppen). Fertilitetsbehandling bør følgelig vurderes basert på hele helsesituasjonen til den enkelte og ikke basert på BMI, som diskriminerer kvinner med ulik kroppsform.

### *Svangerskap, fødsel og barsel*

#### 1. *Gravide må sikres tilgang på tilstrekkelig hjelp og medisiner ved behov*

Graviditet er ikke en diagnose eller sykdom, men det betyr ikke at den gravide ikke kan bli syk av å være gravid. I dag er helsevesenet opptatt av at graviditet ikke er en sykdom og dette får for noen kvinner uheldige konsekvenser. Det gjelder spesielt for de med hyperemesis. Ordningen med blå resept ble for en del år siden endret slik at fastlege kun kan foreskrive en medisin til spesifikke diagnoser som dekkes over blå resept. Etersom graviditet ikke er regnet som en diagnose må de gravide selv dekke kostnader til nødvendige medisiner. For gravide med hyperemesis har for eksempel kvalmestillende medisin (for eksempel Zofran) vist god effekt og dette foreskrives til flere gravide med hyperemesis. Zofran er i utgangspunktet beregnet for kreftpasienter ved strålebehandling, og den gravide må derfor bekoste medisinen selv, da den ikke inngår i blå resept ved graviditet. Medisinen er svært dyr: 10 tabletter koster 255 kr. Mange opplever å måtte ta 3-6 tabletter hver dag med Zofran i hele svangerskapet. Dette utgjør en kostnad for den gravide på inntil 35 000 kr i løpet av et svangerskap. Fordelene med å bruke kvalmestillende er at den gravide kan stå i arbeid og utdanning, noe som sikrer opp-tjening av foreldrepenger og foreldrepermisjon, men ikke minst også en bedre hverdag for den gravide og muligheten til å delta i samfunnet. I dag skaper diskrimineringen av gravide med behov for medisiner ulikhet, og det fører til at offentlige tjenester ikke er likeverdige. Det forsterker også sosial ulikhet ved at kun de med god økonomi kan lindre plagene. Vi må sikre lik tilgang til hjelp og medisiner for alle gravide.

#### 2. *Fødetilbudet må bli bedre og mer tilgjengelig for den fødende*

Fødesituasjonen er utholdelig i de fleste delene av landet. De fødende har fått lengre reisevei, fødetilbudet har blitt mer sentralisert og de fødende sendes hjem kort tid etter fødsel. I tillegg opplever flere å måtte vente hjemme lengre før de får plass ved føden, noe som øker risikoen for hjemmefødsel eller fødsel under transport. I tillegg er det dårlig tilrettelagt for å ha med partner flere steder, samt manglende oppfølging på sykehuset etter fødsel av både den fødende og partner. Stort press på helsepersonell ved fødeavdelingene og sykehushotellene gjør at mange fødende i dag opplever stress i fødesituasjonen og på barsel.

#### 3. *Ammehjelp og informasjon må bli bedre både i forkant av fødsel og etter*

Det er i dag god kunnskap i befolkningen om at amming er viktig og bra for barnet. Det er imidlertid lite informasjon om amming og hva det innebærer i forkant av fødsel og etter. Den fødende overlates ofte til seg selv på sykehushotellet med partner med oppfordring om å starte ammingen raskt. Hvilke fysiske plager amming kan gi for en del kvinner, og den psykiske påkjenningen det kan gi den fødende, snakkes det imidlertid lite om. Når myndighetene oppfordrer til amming må også tilbudet om hjelp og oppfølging være til stede på alle fødeavdelinger i landet, men også ved helsestasjonene. Manglende oppfølging og hjelp til amming kan føre til at flere får fødselsdepresjon og psykiske plager, men også at flere slutter med amming tidligere enn ønskelig.

4. *Barselomsorgen må bli bedre*

For å sikre barnets beste og oppfølging av de foresatte mener vi at familiene må ha tettere oppfølging ved helsestasjonen fra fødsel og frem til barna starter på skolen. I dag er det relativt god og tett oppfølging det første leveåret, men deretter er det sjelden kontakt mellom familiene og helsestasjonen. Dette er viktig for å ivareta familiene, men også for å motvirke og avdekke vold i nære relasjoner. Den fødende har i dag kun oppfølging som gjelder seg selv ved 6 ukerskontroll etter fødsel. Mange opplever imidlertid ikke at verken kroppen eller psykisk helse er tilbake til «normalen» før senere. Vi mener derfor at det bør innføres en egen 6 månederskontroll for den fødende.

5. *Bedre oppfølging av psykiske helse hos de fødende før og etter fødsel*

I dag er det opp til den enkelte kommune/helsestasjon om de gjennomfører psykisk helsesjekk av den fødende. Vi mener at dette må bli obligatorisk for alle fødende ved 6 ukerskontroll og ved 6 månederskontroll. Dette vil sikre den fødende hjelp på et tidlig tidspunkt og redusere farene for langvarige effekter og traumer.

6. *Mer forskning og tiltak for å bekjempe rasisme i helsevesenet og fødselsomsorg*

Enkelte grupper innvandrerkvinner har høyere risiko for alvorlige komplikasjoner under fødselen, får mindre smertelindring under fødsel, har høyere risiko for dødfødsel og er overrepresentert blant dem med barseldepresjon. Vi må få mer kunnskap om hvorfor det er slik og jobbe for likeverdige tjenester. Det er blant annet viktig å fortsette og støtte flerkulturell doula i regi av Norske sanitetskvinner. Dette er en ordning som i dag står i fare for å bli fjernet. Dessverre er det mange som opplever rasisme i møte med helsepersonell og strukturen i helsevesenet og fødselsomsorgen. Vi trenger mer forskning på rasisme i helsevesenet generelt, men også flere tiltak som kan bekjempe og motvirke rasisme. Fra 1. januar i år ble det lovpålagt med kvalifisert tolk i offentlige tjenester (Tolkeloven). Dette er viktig for å kunne gi god nok oppfølging og hjelp i helsevesenet, og spesielt innen svangerskapsomsorgen, fødsel og barsel, men også for å motvirke og avdekke vold i nære relasjoner. Vi trenger mer kompetanse inn i de helsefaglige utdanningene om ubevisst strukturell rasisme.

## «Kvinnesykdommer» og forskjeller

1. *Mer forskning og kunnskap om typiske «kvinnesykdommer» inn i helsefaglig utdanning*

Vi trenger mer forskning på typiske «kvinnesykdommer» for at de skal tas på alvor. For få fastleger og annet helsepersonell ha tilstrekkelig kunnskap om sykdommene til å diagnostisere og hjelpe kvinnene det gjelder. Eksempler på dette er Fibromyalgi, Endometriose, PCOS, Lipødem og ME. Mange kvinner opplever å måtte gjennomgå diagnostisering og feilbehandling i flere år før de får riktig diagnose og behandling. Mange kvinner opplever også at «kvinnesykdommene» som spesielt fibromyalgi blir sett på som sekke diagnoser de får når alt annet er utelukket. Dette gjør at kvinnene opplever lite hjelp og at deres erfaringer ikke blir hørt. Mange opplever også lite hjelp etter å ha fått diagnosene fordi helsepersonell kan for lite om sykdommene. For eksempel opplever mange kvinner med diagnosene Lipødem og PCOS å bli møtt med moraliserende utsagn om vekt, også når et av symptomene på sykdommen er økt vekt oppgang. Vi oppfordrer utvalget til å løfte fram hjelp foran moralisering. Det er viktig at helsevesenet i større grad møter kvinner som lider av disse sykdommene med respekt og kunnskap. For å oppnå dette må det prioriteres mer midler til forskning på sykdommene og sikre at kunnskapen inngår i helsefaglige utdanninger.

2. *Mer forskning på ulikhet i sykdomsforløp hos kvinner og menn*

Vi trenger mer kunnskap om hvordan symptomer og sykdomsforløp forekommer hos kvinner og menn. I dag er mannen standarden for utprøving av medisiner, behandlinger og forskning. Dette fører til at kvinner feilbehandles og symptomer og sykdom avdekkes for seint i sykdomsforløpet. Dette har fatale konsekvenser for mange kvinner.

3. *Mer forskning på hvordan klima og miljø påvirker kvinnehelse*

Vi trenger mer forskning på hvordan klima og miljø påvirker kvinnehelse. Hva påvirker fertilitet hos kvinner? Hvordan påvirker kosmetikk kvinnehelse? Hvordan er dagens ernæringsråd tilpasset kvinner med hensyn til fremtidens klima og miljø?

## Overganger i livet

1. *Mer forskning, informasjon og hjelp tilknyttet overgangsalder (klimakteriet/menopause)*

Mange kvinner har lite kunnskap om hva overgangsalder er, når det inntreffer og hva en kan forvente. Leger og annet helsepersonell mangler også kunnskap knyttet til overgangsalderen som kan føre til feilbehandling. Mange kvinner opplever for eksempel å få antidepressiva eller livsstilsråd, fordi fastlegen tror endringer i psykisk helse skyldes depresjon og stress. Mange kvinner i overgangsalderen kan ha god nytte av hormonbehandling i overgangsalderen, men få leger har denne kunnskapen og kvinnene vet ikke hva de skal etterspørre. Vi trenger derfor generelt mer informasjon ut i samfunnet om hva overgangsalder er og hvilke følger det kan gi. Men vi trenger også mer forskning på overgangsalderen generelt og hormonbehandling spesielt. Informasjonen må også inn i de helsefaglige utdanningene.

2. *Bedre oppfølging ved frivillig og ufrivillig abort*

Medikamentell abort er i dag foretrukket behandling ved abort i Norge. Mange kvinner opplever uønsket graviditet og abort som stressende, og noen opplever abort som sårt, vanskelig og psykisk utfordrende. Medikamentell hjemmeabort har blitt mer vanlig de siste årene. Selv om mange kvinner er positive til hjemmeabort, kan det for noen oppleves som en ensom, vanskelig og smertefull prosess. Vi mangler imidlertid god nok oppfølging både i forkant av abort, ved behandling og i etterkant. Stort press ved de gynekologiske avdelingene på sykehusene er en av grunnene til dette. Vi må legge til rette for bedre oppfølging både før, under og etter behandling. I de nye retningslinjene for trygge aborter<sup>7</sup> anbefaler WHO bruk av telemedisin for abort der det er hensiktsmessig. Under koronapandemien ble abort gjennom telemedisin tillatt i Storbritannia for å redusere presset på helsesystemet og sikre fortsatt tilgang til trygg abort. Ordningen har hatt positive resultater: 8 av 10 kvinner ville valgt abort via telemedisin igjen i fremtiden, uavhengig av COVID-19<sup>8</sup>. En annen fordel med telemedisin er at det reduserer geografiske barrierer (reisetid, avstand) til helsehjelp. Å innføre telemedisin for abort i Norge vil derfor bidra til å sikre like likeverdig tilgang til aborttjenester, uavhengig av postnummer. Helsedirektoratet har åpnet for at privatpraktiserende gynekologer *midlertidig* kan tilby medikamentelt svangerskapsavbrudd før utgangen av 12. svangerskapsuke under koronapandemien, for å ivareta kvinners rett til selvbestemt abort og redusere presset på sykehusene.

<sup>7</sup> WHO. 2022. [Abortion care guideline](#)

<sup>8</sup> BMJ Sexual & Reproductive Health. 2021. [Acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine during Covid-19: analysis of patient-reported outcomes](#)

Tilbakemeldingene fra et tidligere prøveprosjekt i regi av Helsedirektoratet der avtalespesialister kunne tilby medikamentell abort var meget positive<sup>9</sup>. Tilbudet om medikamentell abort hos avtalespesialister bør bli permanent for å redusere barrierene for tilgang til trygg abort også etter pandemien.

### 3. *Innføre sorgmelding*

I Norge har vi ingen gode ordninger for å ivareta sorg. Ved tap av sine kjære er det mange som ikke klarer å stå i arbeid over en lengre periode etter tapet. Det er en naturlig og vanlig del av sorg at det kan føre til tapt arbeidsevne i en periode. Mangelen på diagnose for sorg gjør at fastlegene ofte gir sykemelding basert på en psykisk diagnose. Sykemelding over lengre tid fører imidlertid til dårligere pensjonsopptjening, dårligere helseforsikring, rettigheter i arbeidslivet og så videre. En risikerer å havne utenfor arbeidslivet ved å måtte følge vanlig prosess for sykemelding med AAP og uføregrad i andre enden. Vi bør se mot Danmark som i 2020 innførte «Sorgmelding» ved tap av barn, men ordningen bør også gjelde andre nære relasjoner som partner, søsken og foreldre. Det er nødvendig å utvikle fleksible ordninger der sykefravær ikke skjules bak fiktive diagnoser.

### 4. *Bedre tilrettelegging i småbarnsfasen*

Kvinner tar fortsatt mye av omsorgsansvaret i hjemmet. Småbarnsfasen er en krevende overgang i livet som oftest sammenfaller med fasen i livet hvor de økonomiske utgiftene er størst og foreldrene etablerer seg i arbeidslivet. Dette er for mange småbarnsforeldre utfordrende, og det påvirker spesielt kvinners helse ved at kvinner sliter seg ut både i arbeid og hjemme, som gir økt stress og helseplager. Vi trenger bedre ordninger i Norge som ivaretar familiene i småbarnsfasen. For eksempel bør vi vurdere å innføre ekstra ferieuke tilsvarende seniortiltak, da det er flere feriedager i barnehage og skole, samt planleggingsdager som ikke dekkes av foreldrenes feriedager. Økt antall sykt barn dager for å redusere smittefrekvensen i skole og barnehage er også viktig. I tillegg trenger vi bedre ordninger for ammeferie, slik at flere opplever at de har mulighet til å fortsette å amme inntil barnet er minst 1 år.

## **Skeive i møte med helsevesenet**

### 1. *Mer kunnskap om helseutfordringer for skeive kvinner og transpersoner*

Vi trenger mer forskning og informasjon ut i samfunnet om hvilke helseutfordringer skeive kvinner og transpersoner opplever, herunder alt fra seksuelt overførbare sykdommer til fødselsomsorgen og vold i nære relasjoner. Mer kunnskap om normbevissthet og skeiv helse må også inn i helsefaglige utdanninger.

### 2. *Kjønns- og seksualitetsmangfold inn i helsefaglige utdanninger*

Alle helsefaglige utdanninger må ha opplæring i kjønns- og seksualitetsmangfold for å kunne nå bedre ut til alle pasienter uavhengig av kjønn og seksuell orientering. Ikke minst for å møte minoriteter med respekt og likeverdige helsetjenester.

## **Nedsatt funksjonsevne og likeverdige tjenester**

<sup>9</sup> Helsedirektoratet. 2020. [Tilbud om medikamentell abort i avtalepraksis under covid-19-pandemi](#)

### 1. *Lik tilgang til hjelpemidler og tjenester*

En studie fra Likestillingssenteret i 2019<sup>10</sup> viste at kvinner tildeles ubevisst andre hjelpemidler enn menn. Kvinner tildeles hjelpemidler tilpasset hjemmet, mens menn får hjelpemidler som lar dem komme ut i samfunnet og være i fysisk aktivitet. Skjevfordelingen var spesielt stor innenfor aktivitetshjelpemidler. Kvinnehelse innebærer også at kvinner får lik rett til hjelpemidler og spesielt hjelpemidler for økt fysisk aktivitet fri for ubevisst diskriminering. Likestillingssenteret KUN gjennomførte i 2008<sup>11</sup> en kartlegging av attføringsløpet for kvinner og menn i Trøndelag. Undersøkelsen viste at flere menn enn kvinner gikk fra yrkesrettet attføring til jobb. Undersøkelsen begynner å bli gammel, men nyere studier om tildeling av hjelpemidler<sup>11</sup> og tildeling av BPA<sup>12</sup> viser lignende trender, der tiltak og tjenester slår ulikt ut for kvinner og menn, i kvinners disfavør. Vi trenger følgelig mer forskning og målrettede tiltak for å sikre likeverdige offentlige tjenester for kvinner og menn.

### 2. *Seksuell helse også viktig for kvinner med nedsatt funksjonsevne*

Mennesker med nedsatt funksjonsevne opplever lite oppfølging og hjelp innen seksuell helse på grunn av fordommer og forventninger knyttet til konsekvenser av funksjonsnedsettelsen. Vi trenger blant annet økt fokus på seksualtekniske hjelpemidler og hvordan det kan være til hjelp for kvinner med nedsatt funksjonsevne og kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft.

### 3. *Voldsforebygging og seksualitetsundervisning for kvinner med utviklingshemming*

Mennesker med utviklingshemming opplever å bli tatt ut av seksualitetsundervisningen på skolen. Manglende seksualitetskunnskap og generelt fokus på seksuell helse for mennesker med nedsatt funksjonsevne gjør at mange opplever vold og overgrep og har dårlig seksuell helse. Det er for eksempel dobbelt så stor risiko for å bli utsatt for vold og overgrep hvis du har en utviklingshemming enn for befolkningen for øvrig<sup>13</sup>. Vi trenger derfor helhetlige voldsforebyggende program i førstelinjetjenesten som [VIP-voldsforebygging](#) for å ivareta de som har økt risiko for vold. Vi opplever også at det generelt er manglende helseoppfølging når det gjelder seksuell helse for kvinner med utviklingshemming. For eksempel får ikke kvinner med utviklingshemming jevnlig underlivsundersøkelser. Dermed får de heller ikke sjekket seg for livmorhalskreft og andre plager. Dette fører til at kreft blir avdekket sent, og at det ikke er mulighet for behandling.

Med vennlig hilsen

Goro Ree-Lindstad  
Likestillingssenteret

Mari Wattum  
Likestillingssenteret KUN

Åsta Lovise Håverstad Einstabland  
Senter for likestilling

<sup>10</sup> Likestillingssenteret. 2019. [Kjønnsdelte hjelpemidler? \(Kortversjon\)](#)

<sup>11</sup> Likestillingssenteret KUN. 2008. [Kvinner til deltid, menn til heltid](#)

<sup>12</sup> Handikapnytt, 2021. [Assistanse med store kjønnsforskjeller](#)

<sup>13</sup> Eggen et al. 2014. [Utviklingshemming og seksuelle overgrep – rettsvern, forebygging og oppfølging](#)