

Kvinnehelseutvalget

Vår ref:
22/00927-1

Dato:
06.05.2022

Innspill til Kvinnehelseutvalgets arbeid

Folkehelseinstituttet viser til Kvinnehelseutvalgets henvendelse datert 14.2.2022 og takker for muligheten til å komme med innspill til utvalgets arbeid med en NOU om kvinners helse i Norge og kjønnsforskjeller i helse. Folkehelseinstituttet støtter at det er behov for mer kunnskap om kjønnsforskjeller i helse og mener at det er behov for mer forskning innenfor dette området.

Instituttet er bedt om å komme med innspill til Kvinnehelseutvalgets arbeid og spesielt berøre:

- De største utfordringene vi står overfor når det gjelder sykdomsforekomst, risikofaktorer og kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester
- Områder der det er behov for mer kunnskap om kvinners helse
- Hvordan kjønnsperspektivet håndteres i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og helsefaglig forskning og -utdanning.
- Tiltak som kan bidra til å stryke arbeidet med kvinners helse i helsesektoren

Dette innspillet består av to deler. Første del består av noen overordnede innspill. I andre del har vi valgt å inkludere innspill fra enkeltforskere på et utvalg av områder som er relevante for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Innspillene i del to er organisert i forhold til de fire punktene Folkehelseinstituttet ble bedt om å komme med innspill på.

Oslo, 06.05.2022

Vennlig hilsen,

Folkehelseinstituttet

Marte Handal
Avdelingsdirektør
Avdeling for kroniske sykdommer
Område for psykisk og fysisk helse

Knut Inge Klepp
Områdedirektør
Område for psykisk og fysisk helse

Innhold

DEL 1	4
Folkehelseutfordringene i et kvinneperspektiv	4
Sykdomsbyrde.....	5
Kunnskapsgrunnlaget.....	5
Svangerskap	6
Tiltak.....	6
DEL 2	7
De største utfordringene vi står overfor når det gjelder sykdomsforekomst, risikofaktorer og kvinnens bruk av helse- og omsorgstjenester	7
Smerte.....	7
Psykiske plager/mental helse.....	7
Osteoporose, fall og brudd	8
Hjerte- karsykdommer	9
Diabetes	9
Lungesykdommer.....	9
Kreft	9
Innvandrerbefolkningen	9
Kosthold og ernæring.....	10
Amming.....	10
Helsetjenestebruk blant innvandrerkvinner	10
Områder der det er behov for mer kunnskap om kvinnens helse	11
Psykiske lidelser	11
Fertilitet og svangerskap.....	11
Livsbelastninger under oppvekst	12
Legemiddelbruk	13
Amming.....	13
Aldring.....	14
Osteoporose, fall og brudd	14
Smerte.....	14
Ikke smittsomme sykdommer (NCD)	14
Kosthold og ernæring.....	15
Innvandrerkvinnens bruk av helsetjenester	16
Helseøkonomi	17

Hvordan kjønnsperspektiv håndteres i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og helsefaglig forskning og –utdanning	18
Tiltak som kan bidra til å styrke arbeidet med kvinners helse i helsesektoren	19
Osteoporose, fall og brudd	19
Amming	19
Abort	20
Referanser	21

DEL 1

Folkehelseutfordringene i et kvinneperspektiv

Folkehelseinstituttet anser det som spesielt viktig å skille mellom et klinisk sykdomsbegrep med fokus på kunnskapsgrunnlag for håndtering av enkeltsykdommer hos individer og et folkehelsebegrep som skal si noe om hva som er de største helseutfordringene og deres årsaker på befolkningsnivå. Utfordringer på hvert av disse nivåene trenger ikke være sammenfallende. Fra et klinisk perspektiv kan det være kvinner på noen viktige områder får mangelfull oppfølging og behandling fordi kunnskapsgrunnlaget er svakere enn for menn. Disse utfordringene er likevel ikke uten videre overførbare til befolkningsnivå. For eksempel har dødeligheten av hjerte- og karsykdommer falt betydelig i Norge og andre land de siste tiårene (Ariansen, Kvåle, Olsen, & Selmer, 2021). For kvinner falt den aldersjusterte raten fra 600 per 100,000 personår i 1970 til 150 i 2020. For menn var den tilsvarende nedgangen fra 900 til 200 Dette skyldes i stor grad nedgang i andel daglig røykere og bedre helsevaner i befolkningen. Det er lite som tyder på at denne betydelige endringen er forskjellig for kvinner og menn.

På sentrale områder for folkehelsen har kvinner generelt i Norge og mange andre høy-inntektsland til dels betydelig bedre helse enn menn. Dette gjelder i særlig grad såkalte ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer, diabetes og kreft. Disse har felles underliggende levevaner som årsaker: fysisk inaktivitet, tobakk, overdreven alkohol og uheldig kosthold. De ikke-smittsomme sykdommene utgjør den største andelen av den dødelige sykdomsbyrden. Disse sykdommene betyr også mest for sosial ulikhet i dødelige sykdommer, og gjennomgående rammes menn i større grad av den økt sykkeligheten knyttet til sosiale levekår enn kvinner.

Begrepet kvinnehelse kan derfor være tvetydig og det bør legges spesiell vekt på presis bruk av folkehelsebegrepet når omfanget av kvinnehelseutfordringer skal beskrives. Spesielt blir det viktig å presisere og skille mellom hvilke folkehelseutfordringer som i særlig grad rammer kvinner og hvilke folkehelseutfordringer som kvinner deler med menn. Omfanget av kjønnsforskjeller i folkehelse vil antakeligvis være lettere å tallfeste for de sykdommene som rammer begge kjønn. Dette er viktig fordi en betydelig del av sykdomsbyrden nå og i årene fremover kommer til å være ikke-smittsomme sykdommer knyttet til helseatferd. Når folkehelseutfordringer for kvinner skal beskrives vil det derfor antakelig være nødvendig å se kjønn, sosial ulikhet og sykdomsbyrde i sammenheng. For eksempel er brystkreft en viktig sykdom for kvinners folkehelse, men rammer høyere utdannede i større grad. En viktig forklaring kan være at mange venter med å få sitt første barn. KOLS derimot rammer i større grad både menn og kvinner med vanskelige sosioøkonomiske levekår. For kvinner har dette blitt et økende helseproblem fordi andelen dagligrøykende kvinner historisk sett økte senere enn for menn, fra slutten av 60 tallet røykte omkring 30-40 prosent av kvinnene (Vedøy & Sæbø, 2022). Disse kvinnene er nå kommet i en alder hvor sykdom oppstår. Erfaringene fra Covid-19 pandemien illustrerer sammenhengene mellom sosiale levekår og kjønn tydelig: Menn ble i større grad rammet av alvorlig sykdomsforløp og hadde høyere dødelighet Dessuten traff sykdommen sosialt og geografisk skjevt i andelen smittede og risiko for sykehusinnleggelse og død.

Til tross for at Norge er et relativt homogent samfunn, vil det fra et folkehelseperspektiv være viktig å identifisere samfunnsgrupper av kvinner som har en annen og eller betydelig høyere sykdomsbyrde enn gjennomsnittet for kvinner. Andelen innvandrere i Norge nærmer seg nå 20 % av befolkningen og det er verdt å merke seg at noen av disse kommer fra områder av verden hvor spesifikke kvinnehelseproblemer knyttet til reproduktive rettigheter er blant de viktigste folkehelseutfordringene. Dette understreker behovet for å ha et godt og representativt kunnskapsgrunnlag fra helseovervåking med indikatorer fra sentrale folkehelseutfordringer som

dekker begge kjønn. Det er også verdt å merke seg at for folkehelseutfordringer som kvinner deler med menn kan noen av disse tenkes å forsterkes gjennom livsløpet av spesifikke faktorer som er kjønnsspesifikke. Eksempler på dette for kvinner er risiko for overvekt og fysisk inaktivitet etter graviditeter endring i hjerte- og karrisiko etter svangerskapskomplikasjoner eller overgangsalder.

Sykdomsbyrde

Sykdomsbyrde er summen av ikke-dødelig og dødelig helsetap i en befolkning. Blant kvinner er en større andel av sykdomsbyrden forårsaket av ikke-dødelig helsetap (58,3 %) enn det som er tilfellet blant menn (41,8 %)(Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019b)

Av de ti viktigste årsakene til samlet sykdomsbyrde blant kvinner, er fire av disse primært ikke-dødelige sykdommer (korsryggmerter, hodepinesykdommer, gynekologiske sykdommer og angstlidelser). Videre er to av de ti, sykdommer som er forbundet med langvarig sykdom før dødsfall (kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og Alzheimers sykdom). Iskemisk hjertesykdom, lungekreft, slag, KOLS og kolorektal kreft er viktige årsaker til dødelighet blant kvinner.

Kjønnforskjeller i sykdomsbyrde varierer med alder. I aldersgruppen 15-49 år, er sykdomsbyrden blant kvinner dominert av gynekologiske sykdommer, hodepinesykdommer, korsryggmerter, angstlidelser og depressive lidelser. Kjønnforskjeller i årsaker til sykdomsbyrde i befolkningen over 70 år er langt mindre, hvor hjerte- og karsykdommer og kreft er dominerende blant begge kjønn, men kvinner har en større andel av sin sykdomsbyrde knyttet til Alzheimers sykdom (7,5 % av total sykdomsbyrde) enn menn (4,0 % av total sykdomsbyrde). Kjønnforskjellen i total sykdomsbyrde fra demens kan delvis forklares av høyere forventet levealder blant kvinner, men forskning antyder også potensielle kjønnforskjeller i biologiske mekanismer for utvikling av Alzheimers sykdom (GDB 2019 Dementia Forecasting Collaborators, 2022).

Kunnskapsgrunnlaget

Folkehelseinstituttet produserer kunnskap om sykdomsbyrden i Norge, om årsaker til sykdom og helse, og om hvilke tiltak som kan gi bedre helse for befolkningen. Instituttet har ansvar for flere nasjonale helseregistre (for eksempel Medisinsk fødselsregister, Dødsårsaksregisteret og Reseptregisteret/Legemiddelregisteret) og helseundersøkelser (for eksempel Den norske mor, far og barn-undersøkelsen, Fylkehelseundersøkelsene og Den nasjonale folkehelseundersøkelsen) som er egnede kilder for å studere problemstillinger også innenfor kvinnehelsefeltet. Data om folkehelsen formidles i ulike folkehelseprofiler til bruk i folkehelsearbeidet i kommuner og fylker. Avansert forskningsmetode er nødvendige for å kunne fremskaffe pålitelige resultater og Folkehelseinstituttet innehar denne kompetansen. Forutsetningene for å kunne produserer kunnskap om viktige problemstillinger innenfor dette feltet er derfor til stede, men vi vil understreke at det er behov for gode prosesser rundt identifisering av de store utfordringene blant annet ved bruk av systematiske oversikter og metodevurderinger.

Selv om vi i Norge har flere store helseundersøkelser, er enkelte befolkningsgrupper ikke så godt representert i disse undersøkelsene. Dette gjelder for eksempel innvandrerkvinner, kvinner med lav sosioøkonomisk status og eldre kvinner. Det kan derfor være behov for å gjøre ekstra tiltak for å fremskaffe nødvendige data fra disse kvinnegruppene. På legemiddelfeltet inneholder ikke Reseptregisteret/Legemiddelregisteret foreløpig data om legemiddelbruk i institusjoner som f.eks. sykehjem. Vi mangler derfor gode data om legemiddelbehandling av de aller eldste kvinnene i befolkningen.

Kvinner benytter seg av noen helsetjenester i større grad enn menn. Vi trenger mer kunnskap om hvorvidt kvinner oppsøker helsetjenesten oftere enn menn, eller om de faktisk er sykere. Dette er viktig kunnskap for å forstå kjønnsforskjeller i rapportering av enkelte sykdommer/plager og registrering av sykdom i ulike registre som Norsk pasientregister (NPR), Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) og uttak av resepter fra norske apotek registrert i Reseptregisteret som er viktige datakilder i kvinnehelseforskningen.

Svangerskap

En kvinnes svangerskap kan forverre eksisterende sykdom, utløse sykdom eller avdekke viktige risikofaktorer for framtidig sykdom (DeRoo et al., 2016; Halland et al., 2015; Kravdal, Tverdal, & Grundy, 2020; Rich-Edwards, Fraser, Lawlor, & Catov, 2014; Skjaerven et al., 2012). Risikofaktorer før svangerskap samvirker med hendelser under svangerskapet og påvirker både psykisk og somatisk helse i tilknytning til selve svangerskapet og på sikt, både framtidige svangerskap og kronisk sykdom tiår seinere. Bedre kunnskap om svangerskapet som mulighet til å avdekke psykisk og somatisk sykdom og motvirke risikofaktorer kan føre til bedre diagnostikk, behandling og forebygging av sykdom på lengre sikt. Dette gjelder psykisk helse, men også annen kronisk sykdom f. eks overvekt/diabetes og hjerte-kar sykdom. Spørsmål om svangerskap og barnefødsler bør inkluderes som tema i helsekontroller der formålet er å kartlegge kvinners helserisiko.

Gravide kvinner er spesielt utsatt under kriser og pandemier. Ved å forstå hvordan Covid-19 pandemien påvirket kvinners helse, og spesielt gravide kvinner, vil vi være bedre rustet til kommende kriser og pandemier. Vi trenger mer kunnskap om hvordan pandemien har påvirket unge kvinners helse, hvordan den har påvirket deres partner/familiedannelse, utdanning og tanker om fremtiden. I pandemien har vi sett at gravide kvinner med innvandrerbakgrunn er spesielt sårbare og får mindre svangerskapsoppfølging, større risiko for innleggelse med Covid-19 og også ble testet mindre for coronavirus.

Tiltak

Med hensyn på tiltak som kan bidra til å styrke arbeidet med kvinners helse, er det generelt viktig å planlegge evalueringer av tiltakene dersom slik evaluering ikke foreligger allerede. På et overordnet nivå er det stor grunn til å tro at tiltak som retter seg mot hele befolkningen vil gi størst gevinst for begge kjønns folkehelse. I arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse er dette et viktig prinsipp fordi samfunnsgrupper med uheldige sosiale levekår har den dårligste helsen og vil ha mest å vinne på generelle tiltak. Dette er antakelig også viktig for kjønnsforskjeller ved at tiltak mot sosiale ulikheter i helse kan bidra til å redusere kjønnsforskjeller.

DEL 2

Denne delen består av innspill fra enkeltforskere på et utvalg av områder som er relevante for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Innspillene er organisert i forhold til de fire punktene Folkehelseinstituttet ble bedt om å komme med innspill på.

De største utfordringene vi står overfor når det gjelder sykdomsforekomst, risikofaktorer og kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester

Smerte

Forekomst og konsekvenser av smerte er et viktig tema innen kvinnehelse både i Norge og globalt. Kjønnforskjeller i smerteforekomst og alvorlighetsgrad gjenspeiles blant annet i norsk uførestatistikk. For eksempel hadde mer enn dobbelt så mange kvinner som menn muskel- eller skjelettsykdom som hoveddiagnose for mottakelse av uførepensjon i 2012 (NAV, 2012). Ved muskel- og skjelettsykdommer er som regel smerte av vesentlig betydning, og noen ganger det eneste symptomet. Sammenlignet med menn har kvinner også høyere risiko for å utvikle migrene (Fitzgerald, Saelzler, & Panizzon, 2021; GBD 2016 Headache Collaborators, 2018), er mer disponert for smertefulle autoimmune sykdommer (Quintero, Amador-Patarroyo, Montoya-Ortiz, Rojas-Villarraga, & Anaya, 2012). Kvinner har høy forekomst av smertetilstander knyttet til reproduktive organer (Armour et al., 2019; Giudice & Kao, 2004; R. Li et al., 2020; Loring, Chen, & Isaacson, 2021; Shim & Laufer, 2020) og graviditet og fødsel (Banaei et al., 2021; Bjelland, Eberhard-Gran, Nielsen, & Eskild, 2011).

Epidemiologisk litteratur viser at langvarig smerte er mer utbredt blant kvinner enn menn (Fillingim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams, & Riley, 2009; Steingrimsdóttir Ó, Landmark, Macfarlane, & Nielsen, 2017) og i særlig grad er kjønnforskjellene store for smerter som er utbredt flere steder i kroppen (Mansfield, Sim, Jordan, & Jordan, 2016). Kjønnforskjellene er også vist når smertefølsomhet måles i laboratorieforsøk (Ostrom et al., 2017) og sees også hos dyr (Sorge & Totsch, 2017). Økt smertefølsomhet antas å være en viktig faktor for utvikling av langvarig smerte (Greenspan et al., 2013). Dyreforskning tyder på at kjønnforskjellene for både akutt og langvarig smerte blant annet avhenger av kjønnforskjeller i immunforsvaret (Sorge et al., 2011; Sorge et al., 2015).

Psykiske plager/mental helse

Psykiske plager er vanlige blant ungdom, og er høyere blant jenter sammenlignet med gutter (Barn og unges psykiske helse, Folkehelse rapporten 2022, under arbeid). For jenter i alderen 13-24 år har andelen som rapporterer psykiske plager som bekymring og stress økt de siste tiårene. Forekomsten av psykiske lidelser varierer mye på tvers av kjønn og alder. Det er flest gutter med psykiske lidelser før ungdomsårene, mens det i ungdomsårene er flest jenter med psykiske lidelser. Vanlige psykiske lidelser som depresjon og angstlidelser opptrer dobbelt så hyppig hos kvinner sammenlignet med menn (Gustavson et al., 2018). Mellom 10 % og 15 % av kvinner opplever å bli deprimert etter fødsel (Glavin, Smith, & Sørnum, 2009), og kun et fåtall søker behandling. Det er også vanlig med psykiske plager som i forbindelse med menstruasjon og i overgangsalderen, noe som indikerer en sammenheng med regulering av kvinnelige kjønnshormoner (S. H. Li & Graham, 2017). Det har også

vært en økning i totalbruken av legemidler mot psykiske lidelser blant barn og unge de siste ti årene (Folkehelse rapporten under arbeid).

Helseutviklingen blant unge kvinner synes å ha snudd fra en lang positiv trend til en negativ trend etter ca. 2010 (Krokstad et al., 2021; Sund et al., 2020; Sund, Rangul, & Krokstad, 2019). Dette gjelder også rapportering av selvopplevd helse og livskvalitet. Kvinner i 20-årene er nå den gruppen blant voksne som rapporterer dårligst livskvalitet, dårligere enn gruppen 80+. Dette kommer på toppen av utfordringer med sykefravær i kvinneyrker.

Osteoporose, fall og brudd

Norge har, sammen med de andre skandinaviske landene, de høyeste insidensratene av hoftebrudd i verden (Kjeldgaard et al., 2022; Omsland et al., 2012; Sjøgaard et al., 2016). Hvert år oppstår det i tillegg 9000 hoftebrudd (lårhalsbrudd) i Norge. To av tre hoftebrudd rammer kvinner, og disse bruddene rammer spesielt eldre fra 70 år og oppover. Én av fire kvinner som var 70-79 år gamle i 1994 opplevde å brette hofte i løpet av de neste 20 årene. I tillegg er det en rekke andre osteoporotiske brudd (overarm/skulder, ryggradsbrudd m.m.). For å sette antallene i perspektiv, behandles om lag 10 000 personer for hjerteinfarkt og 11 000 personer for hjerneslag i Norge hvert år. Hoftebrudd er en alvorlig skade som er forbundet med høy overdødelighet. Overdødeligheten er særlig høy blant de yngre hoftebruddpasientene, og høyest den første tiden etter bruddet, men vedvarer i mange år etter et hoftebrudd (Omsland et al., 2014).

Med økt antall eldre forventes en økning i antall årlige hoftebrudd og dermed byrden på helse- og omsorgstjenestene (Hagen, Magnussen, Tell, & Omsland, 2020; Omsland & Magnus, 2014). De store etterkrigskullene går nå inn i alderdommen hvor risiko for hoftebrudd er spesielt høy. I Folkehelsemeldingen 2015 satte regjeringen som mål å oppnå ti prosent reduksjon i antall hoftebrudd innen 2018 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Vi kjenner ikke til at det ble introdusert noen virkemidler for å nå dette målet, og det skjedde ingen endring i antall årlige hoftebrudd fra 2015 til 2018 (Kjeldgaard et al., 2022). Hoftebrudd rammer i stor grad eldre kvinner, en gruppe som også i andre sammenhenger prioriteres lavt.

Hvert år skjer det mer enn 12 000 underarmsbrudd i aldersgruppen 40 år og eldre i Norge, og tre fjerdedeler av bruddene skjer blant kvinner (Clarsen, Steingrimsdottir, Holvik, & Ørstadvik, 2022). Forekomsten øker spesielt hos kvinner rundt overgangsalder med tap av østrogenproduksjon. Denne bruddtypen rammer i stor grad kvinner i arbeidsfør alder og bidrar betydelig til sykefraværet.

Osteoporose er underbehandlet, til tross for at velutprøvd effektiv forebyggende behandling er tilgjengelig. Blant kvinner i Nord-Trøndelag som hadde minst 20 prosent risiko for å få et osteoporotisk brudd de neste ti år ifølge bruddprediksjonsalgoritmen FRAX® (et allment akseptert kriterium for å forskrive bruddforebyggende medikamentell behandling) fikk bare en fjerdedel slik behandling (Hoff et al., 2018). Det manglende fokuset på byrden av osteoporotiske brudd på den offentlige agendaen står ikke i forhold til omfanget av problemet. Dette kan delvis skyldes at problemet i stor grad har rammet en lavprofilert og beskjedne befolkningsgruppe av eldre kvinner uten sterke talspersoner og lobbyister.

Hjerte- karsykdommer

Kvinner har andre risikofaktorer for hjertesykdom (for eksempel de tre vanlige hjertesykdommene hjerteinfarkt, atrieflimmer og hjertesvikt) enn menn (Ariansen et al., 2021). Spesielt er høyt blodtrykk en sterkere risikofaktor for kvinner enn for menn. Overvekt/fedme, stillesitting, lite hjertevennlig kosthold er av stor betydning som determinanter for blodtrykket. Denne kunnskapen må tas i bruk for utvikling av ny, persontilpasset forebygging av hjertesykdom.

I grupper med lav utdanning er det en høyere andel som rammes av hjerteinfarkt enn i grupper med høyere utdanning. Det gjelder både blant kvinner og menn. I et kvinnehelseperspektiv vil det å forstå hvordan sosioøkonomisk posisjon påvirker utviklingen av hjerte- karsykdommer være viktig.

Vi trenger også mer kunnskap om en økende andel voksne med fedme vil føre til en negativ utvikling på andre sentrale NCD indikatorer og derved bidra til økt NCD sykkelighet og død. I tillegg til data fra helseregistre og helseundersøkelser er det derfor også behov for at det innhentes informasjon fra biologiske prøver (f.eks. langtidsblodsukker og serum kolesterol) og målinger (f.eks. høyde, vekt, blodtrykk og fysisk aktivitet) for å kunne studere noen av de viktige kvinnehelseutfordringene.

Diabetes

Diabetes er en sykdom som forekommer noe oftere hos menn enn hos kvinner, men kvinner med diabetes har i gjennomsnitt flere leveår enn med menn med diabetes. Kvinner med diabetes er i mindre grad beskyttet mot hjerteinfarkt enn andre kvinner og årsaken til dette er ukjent.

Svangerskapsdiabetes og diabetes før svangerskapet utgjør viktige risikofaktorer for komplikasjoner i svangerskapet og er viktige prediktorer for alvorlige helseutfall senere i livet.

Lungesykdommer

Det er vist at kjønn er en viktig faktor som påvirker både insidens, alvorlighetsgrad og følsomhet for å utvikle lungesykdommer, og årsaken til dette er ukjent (European Respiratory Society, 2022). Det synes blant annet å være en høyere andel kvinner som utvikler astma enn menn selv om andelen med astma er høyere blant gutter enn jenter i barnealder. Det er anslått at kjønnshormoner kan spille en rolle, men vi trenger mer kunnskap for å forstå denne utviklingen. Studier har vist at kvinnelige røykere kan ha større risiko for å utvikle KOLS enn mannlige. Dette kan ha stor betydning for kvinners sykdomsbyrde ettersom andelen kvinner som begynte å røyke økte betydelig på 1970-tallet og er nå kommet i en alder hvor sykdom oppstår.

Kreft

For noen kreftformer er det utviklingstrekk og kjønnsforskjeller som må følges særskilt, og hvor årsaken også er ukjent. Dette gjelder blant annet for lungekreft og tarmkreft. Blant menn har vi sett en tydelig reduksjon i risikoen for lungekreft de siste 10-15 årene. For kvinner, derimot, er det fremdeles en økning i risikoen. Lungekreft har tradisjonelt sett vært mer vanlig blant menn, men dette bildet har nå snudd, og blant de under 70 år har kvinner nå høyere risiko enn menn. Norske kvinner har også den høyeste insidensen av tarmkreft i verden.

Innvandrerbefolkningen

Innvandrerbefolkningene i Norge utgjør en sammensatt og heterogen gruppe med ulike helsebehov. Det er store forskjeller i helsebehov mellom innvandrergrupper og mellom ulike aldersgrupper

(Straiton, Arnesen, & Reneflot, 2018). Mens nyankomne innvandrere gjerne har bedre helse enn den generelle befolkningen tyder mye på at innvandrere i Norge eldes raskere enn resten av befolkningen, og at bruken av enkelte helsetjenester øker med botid i Norge (Straiton et al., 2018; Sverre & Cvetkovic, 2021). Vi vet lite om kjønnsperspektivet i dette.

Kosthold og ernæring

Sykdomsbyrdeprosjektet viser at usunt kosthold er en av de viktigste årsakene til sykdom og tidlig død i den voksne befolkningen (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019a). Et kosthold i tråd med helsemyndighetenes kostholdsråd, bidrar til økt livskvalitet og forebygging av overvekt og ikke smittsomme sykdommer. Kvinner har høyere risiko for lavt inntak av jod, jern, folat og vitamin D. Kvinner med innvandrerbakgrunn har særlig risiko for vitamin D mangel (Straiton et al., 2018). Kvinner er også i større grad enn menn opptatt av å endre kostholdet i retning av mer plantebasert mat, som generelt vil ha positive effekter på helse og miljø, men for noen kan gi økt risiko for lavere inntak av enkelte næringsstoffer som animalske matvarer er viktige kilder til.

Kostholdet varierer med sosioøkonomisk status og også mellom ulike innvandrergrupper. Selv om flere innvandrergrupper tradisjonelt spiser mye frukt og grønnsaker, fant STORK Groruddalenundersøkelsen at det var høyere inntak av tilsatt sukker og lavere inntak av fullkorn blant gravide innvandrerkvinner fra land utenom Europa sammenlignet med gravide kvinner uten innvandringsbakgrunn (Sommer et al., 2013).

Amming

Til tross for at ammeforekomsten er høyere i Norge enn i mange andre høy-inntektsland (Vaz et al., 2021), ammer et mindretall i tråd med helsemyndighetenes anbefaling. I Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring anbefales det at barn, om mulig, kun får morsmelk de første seks månedene, med tilskudd av D-vitamin, og morsmelk sammen med annen mat til barnet er ett år eller lenger (Helsedirektoratet, 2021b).

Det er stor sosial ulikhet i hvor lenge kvinner ammer (Myhre, Andersen, & Kristiansen, 2020). Helseutfordringer som overvekt og svangerskapsdiabetes er forbundet med mindre amming (Baerug et al., 2018; Winkvist et al., 2015). Enkelte minoritetsgrupper har en kort fullammingsperiode (Grewal, Andersen, Sellen, Mosdøl, & Torheim, 2016).

Helsetjenestebruk blant innvandrerkvinner

Når det gjelder bruk av helse og omsorgstjenester ser vi at innvandrere kvinner bruke helsetjenester for psykiske plager/lidelser i mye mindre grad enn kvinner for øvrig og det er store forskjeller etter landbakgrunn. Selvrapporterte data indikere derimot at flere grupper av innvandrerkvinner rapporterer dårligere psykisk helse. Forskning peker på mange ulike barrierer for å oppsøke helsehjelp for innvandrere, særlig når det gjelder psykisk helse. Det ser derfor ut at det er et stort behandlings gap, noe som kan ha konsekvenser for blant annet innvandrerkvinnens deltagelser i samfunnet.

Områder der det er behov for mer kunnskap om kvinners helse

Psykiske lidelser

Det er behov for mer kunnskap om betydningen av mulige forebyggingsarenaer der ungdom ferdes for utvikling av psykiske helseproblemer. For eksempel er det sosioøkonomiske ulikheter i ungdoms deltakelse i idrett og kulturtilbud (ungdom fra familier med få sosioøkonomiske ressurser deltar i mye mindre grad i disse tilbudene), mens lavterskeltilbud som ungdomsklubber benyttes av ungdom med alle typer bakgrunn. Vi mangler kunnskap om betydningen av å kunne delta i ulike typer fritidsaktiviteter, hvem som benytter dem, om det er forskjell på jenter og gutter i bruk av slike fritidsaktiviteter og hva dette betyr for psykisk helse.

Det er svært lite kunnskap om betydningen av nabolag for unges psykiske helse og om nabolaget har betydning for psykisk helseproblemer blant tenåringsjenter. Det er også lite kunnskap om i hvilken grad og hvordan miljøet på skolen påvirker utvikling av psykisk helseproblem blant jenter på andre måter enn blant gutter.

Tenåringsjenter og unge kvinner har økende forekomst av diagnostiserte psykiske lidelser. Vi vet for lite om hvordan dette henger sammen med stress og press i skolen, erfaringer fra sosiale medier, eller med erfaringer med seksuell trakassering, overgrep og andre traumeerfaringer.

Noen flere eksempler på kunnskapshull:

- Det er behov for mer kunnskap om hva som har påvirket at tenåringsjenter og unge kvinner rapporterer mer psykiske plager enn tidligere.
- Vi mangler kunnskap om hva som karakteriserer unge kvinner som rapporterer psykiske plager tidlig i livet
- Er det en sammenheng mellom den psykiske helsen og livskvaliteten til unge jenter og overvekt og fedme?
- Det er ukjent om det å rapportere psykiske plager tidlig i livet er en risikofaktor for utvikling av andre ikke smittsomme sykdommer gjennom livsløpet.
- Vi trenger mer kunnskap om hva effekten av diagnostisert psykisk lidelse hos unge kvinner er for fremtidig deltakelse i arbeidsmarkedet
- Kvinner har høyere forekomst av psykiske lidelser som angst, depresjon og spiseforstyrrelser gjennom livet. Det er behov for kunnskap om årsaksfaktorer og mekanismer som ligger til grunn for dette.

Fertilitet og svangerskap

Barnløse kvinner er en sammensatt gruppe av frivillig og ufrivillig barnløse. Barnløshet og antall barn en kvinne har henger sammen med risiko for en rekke sykdommer gjennom livsløpet. Mange helsetilstander påvirker muligheten til å bli gravid, og risiko for komplikasjoner i svangerskap og fødsel. Det er viktig å øke forståelsen for betydningen av fertilitet for kvinners helse gjennom hele livsløpet. Økende alder hos fødende og økende andel som strever med å bli gravide har ført til vekst i bruk av assistert befruktning. Det er stort behov for mer kunnskap om årsaker til, og konsekvenser av redusert fruktbarhet og fertilitetsbehandling.

Antall barn en kvinne har gjennom sin reproduktive karriere og eventuelle svangerskapskomplikasjoner er relatert til sykdomsrisiko senere i livet (Magnus et al., 2017). Det er

også funnet sammenheng mellom vaskulære og metabolske faktorer før svangerskapet og både svangerskapskomplikasjoner og antall barn. Svangerskapskomplikasjoner som hypertensjon/svangerskapsforgiftning, dårlig fostervekst, svangerskapsvarighet/for tidlig fødsel, svangerskapsdiabetes og morkakeløsning er alle relatert til kvinners senere helse­risiko, og risikoen synes spesielt høy dersom kvinnen bare har fått ett barn i løpet av sin fertile alder.

Noen flere eksempler på kunnskapshull:

- Vi mangler kunnskap om kjønnsforskjeller i NCD forårsaket eller avdekket i forbindelse med fertilitetsbehandling/svangerskap/fødsel
- Vi mangler kunnskap om diagnostikk og behandling av hjerte- og kar sykdom ved svangerskap og fødsel
- Vi mangler kunnskap om forebyggende tiltak hos kvinner der sykdom eller komplikasjoner under/etter svangerskap kan være tidligere tegn på framtidig risiko for sykdom
- Vi mangler kunnskap om gravide som har psykisk sykdom eller blir syke i forbindelse med svangerskap og fødsel; både i forhold til diagnostikk, behandling og forebygging.
- Vi mangler kunnskap om hvordan helsetjenesten for gravide, fødende og barselkvinner bør utformes for å sikre at alle får rett helsehjelp til rett tid og motvirke barrierer som øker risiko for alvorlig sykdom

Livsbelastninger under oppvekst

Store amerikanske studier på livsbelastninger i oppvekst (Adverse Childhood Experiences, ACE) (Centers for Disease Control and Prevention, 2021) viser at omsorgssvikt, overgrep og utrygge hjem rammer mange og de som har høy ACE-score, har 20 års redusert levetid av somatiske årsaker. Oppvekst med livsbelastninger medfører betydelig økt forekomst av overvekt, muskel/skjelettlidelser, hjertesykdom, lungesykdom, brudd, immunologiske og hormonelle sykdommer i tillegg til rusproblemer, psykiatriske lidelser og vansker i arbeidslivet.

Kvinner og menn opplever ulike belastninger og stress i oppveksten, hvor kvinner f.eks. oftere blir utsatt for overgrep og vokser opp under andre forventninger. Denne type ulikheter kan være bidra til forskjeller i helseutfordringer senere i livet. Kvinner med flerkulturell bakgrunn og særlig flyktninger, kan ha med seg betydelige livsbelastninger. For å forstå både bakgrunnen for deres helseutfordringer og tilrettelegge tjenester, er det viktig å ha mer kunnskap.

Det er viktig at kunnskap om traumatisk og belastende oppvekst ikke bare knyttes til psykisk helse, men også somatisk helse som ICD, smertetilstander, muskel/skjelettlidelser, reproduktiv helse, osteoporose og brudd. Mange med en traumatisk bakgrunn får utover i livet komplekse lidelser med mange tjenester og hvor helse- og sosialtjenestene kommer til kort i møte med disse pasientene.

Spørsmål om belastninger og traumer i barndom bør inngå i de store folkehelseundersøkelsene for å kunne undersøke sammenhenger og tilrettelegge tjenester som kan møte mennesker med omsorg og respekt for deres historie. I de store folkehelseundersøkelsene i Norge, er dette i for liten grad undersøkt, men noen unntak. HUNT har hatt med et generelt enkelt-spørsmål om belastende barndom og ser på sammenheng med multimorbiditet (Tomasdottir et al., 2015). En ny studie fra MoBa viser en sammenheng mellom barndomstraumer og MS (Eid et al., 2022). Begge er eksempler på viktig funn av sammenhenger.

Vi trenger mye mer kunnskap både om sammenhenger mellom livsbelastninger og helseutfall i Norge, her er kjønnsaspektet en viktig del av forståelsen. I tillegg trenger vi kunnskap om hvordan

tilrettelegge for at folkehelseiltak og møte med tjenestene blir helsebringende og omsorgsfullt for mennesker med høy ACE-score.

Legemiddelbruk

Graviditet og legemiddelbruk

Omtrent 60 % av kvinner får forskrevet legemidler under graviditet, noen av dem på grunn av kroniske sykdommer som krever langvarig medisinbehandling også under graviditeten (Engeland et al., 2018). Det er meget begrenset kunnskap om både kort- og langsiktige effekter hos barn som blir eksponert for legemidler i fosterlivet. Mange kvinner velger å slutte med legemidler de trenger for sin sykdom under graviditeten på grunn av frykt for å skade barnet. Kunnskap om helsekonsekvensene for kvinner med kronisk sykdom som velger å avstå fra å bruke eller slutte med legemidlene under graviditeten, er mangelfull. Det er behov for mer kunnskap og det haster å studere disse problemstillingene knyttet til spesifikke legemidler. Det er avgjørende at slik forskning benytter solide data (gjerne fra flere land) og forskningsmetoder.

Bruk av prevensjonsmidler

På landsbasis bruker nærmere 60 % av kvinner i alderen 16-19 år og ca. 70 % i alderen 20-24 år hormonelle prevensjonsmidler (Furu, Aares, Hjellvik, & Karlstad, 2021). Det har vært en bratt stigning i bruk av langtidsvirkende (3- 5 års virketid) prevensjon (implantat/p-stav og hormonspiral) spesielt hos de under 25 år. Det er også noen geografiske forskjeller: I Oslo er bruken av hormonelle prevensjonsmidler blant tenåringer og unge voksne mye lavere enn i resten av landet. Oslo har den høyeste andelen med innvandrerbakgrunn i aldersgruppen 16-19 år blant norske fylker, og en norsk studie fant lavere bruk av hormonell prevensjon blant innvandrere enn blant kvinner uten innvandrerbakgrunn (Omland, Ruths, & Diaz, 2014). Vi har liten eller ingen kunnskap om bruk av prevensjonsmidler blant kvinner med ulike kroniske sykdommer der sykdommen kan ha betydning for fosteret/barnet, f.eks. blant kvinner med diabetes. Det er behov for mer kunnskap om bruken og konsekvensen av bruken av prevensjonsmidler hos ulike grupper kvinner:

- unge kvinner som benytter langtidsvirkende hormonelle prevensjonsmidler,
- kvinner med innvandrerbakgrunn
- kvinner med ulike kroniske sykdommer

Det er behov for mer informasjon eller andre tiltak for å sikre at alle kvinner, uavhengig av bakgrunn, har samme tilgang på sikker prevensjon.

Amming

Ammeforekomsten kan endres i løpet av kort tid. Vi vet f.eks. ikke hvordan koronaepidemien og endring i permisjonsordningen har påvirket amming. Ammeforekomsten i Norge har vært kartlagt med 6-8 års mellomrom.

- Det er behov for årlig ammestatistikk.
- Det trengs kunnskap om hvordan sosiale forskjeller i amming kan utjevnes.
- Det trengs kunnskap om hvordan man kan støtte kvinner med svangerskapsdiabetes og overvekt i å amme.
- Den hyppigste grunnen mødre oppgir til at de slutter å amme i første levehalvår er for lite melk (Myhre et al., 2020), selv om kun inntil 5 % av kvinner kan ha basale fysiologisk problemer med å produsere morsmelk (Pérez-Escamilla, Buccini, Segura-Pérez, & Piwoz, 2019). Det trengs mer kunnskap om grunner til at kvinner opplever at de har for lite melk.

- Det trengs mer kunnskap om diagnostikk, forebygging og behandling av ulike medisinske brystkomplikasjoner, som for eksempel mastitt og smertetilstander.

Aldring

De viktigste aldersrelaterte sykdommene som gir særlige helseutfordringer hos kvinner og hvor det foreligger kunnskapshull er osteoporose og brudd, andre muskel- og skjelett lidelser, demens og hjerte-kar sykdommer. Vi mangler også kunnskap om hvorvidt eldre kvinner i Norge nå bruker mer alkohol og vanedannende legemidler enn tidligere?

Videre er eldre kvinner som omsorgsgivere en viktig helseutfordring som er lite studert. Hvilke konsekvenser har denne rollen for egen helse og funksjon?

Eldre enker har spesielle helseutfordringer særlig når det gjelder funksjon og mental helse. De barnløse enkene er i en spesiell situasjon med manglende familienettverk som gir konsekvenser for forebygging av helseproblemer. Varsling om behov for helse- og omsorgstjenester er også et område der vi har for lite kunnskap.

Osteoporose, fall og brudd

Vi trenger mer kunnskap om:

- Hvorfor Norge fortsatt ligger på verdenstoppen for hoftebrudd
- Forventet byrde av bruddskader på helsetjenesten de neste 30 årene, gjennom oppdaterte framskrivningsanalyser.
- Hvor stor bruddforebyggende effekt som oppnås ved bruk av legemidler for osteoporose i Norge (*real-world effectiveness*), som vil være en konsekvens av om legemidlene forskrives i tilstrekkelig omfang til de som vil ha mest nytte av dem, og grad av etterlevelse.
- Hvor mye endringer over tid i ulike risikofaktorer og beskyttende faktorer, inkludert forebyggende medikamentell behandling, har bidratt til endringer over tid i bruddrisiko, for å kunne peke på uutnyttet forebyggingspotensiale.
- Hvilke dødsårsaker som driver den høye overdødeligheten etter hoftebrudd, for å vurdere bidraget av skadehendelsen, komorbide kroniske tilstander og komplikasjoner.
- Bruddrisiko forbundet med tilstander som påvirker kjønnshormoner gjennom livsløpet og som kan ha endret seg over tid, som alder ved menarke og menopause, graviditet og amming, hormontilskudd, prevensjon, spiseforstyrrelser, blødningsforstyrrelser, sykdommer og behandling som medfører tidlig menopause.
- Hvordan livsbelastninger i oppvekst som i større grad rammer kvinner gir en økt sårbarhet for fall og fallskader

Smerte

Det er manglende kunnskap om hva som forårsaker langvarig smerte og fortsatt usikkert hvorfor kvinner er mer utsatt for langvarig og utbredt smerte enn menn. I kvinnehelseperspektiv er det av særlig interesse å undersøke hvilken rolle hormoner og reproduktiv helse spiller i utviklingen av smerte. Det er også et stort behov for økt kunnskap om smerteforekomst og smerteutvikling hos barn og unge kvinner og hvilke konsekvenser smerten har i et livsløpsperspektiv.

Ikke smittsomme sykdommer (NCD)

De viktigste NCDene er hjerteinfarkt, hjerneslag, og andre hjerte- karsykdommer, diabetes, lungesykdommer og kreft. I tillegg er psykiske lidelser nå inkludert i WHO sitt NCD rammeverk. Det

er satt konkrete mål for å redusere sykkelighet og død av disse sykdommene innen 2025 (Nasjonal NCD-indikatorgruppe, 2017). De sentrale forebyggbare risikofaktorene, de såkalte NCD indikatorene, for utviklingen av NCD er - tobakksbruk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet, høyt alkoholforbruk, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå, overvekt og fedme. Status for Norge er at utviklingen med hensyn på å redusere andelen med for tidlig død av NCD, død før fylte 70 år, ser ut til å være positiv for begge kjønn. Når det gjelder NCD indikatorene, har vi ikke klart å nærme oss målet om 10 prosent nedgang i fysisk inaktivitet og målet om å stanse økningen i fedme og diabetes.

Det er kjent at kvinner får ulike varianter av de vanlige hjertesykdommene. Dette gjelder for eksempel for infarkttypen «Myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries (MINOCA)» og hjertesvikt med bevart pumpefunksjon/tømming. Den beste behandlingen av kvinnevarianten av sykdom er imidlertid ofte ukjent.

Høyt blodtrykk, alder og atrieflimmer er viktige risikofaktor for redusert kognitiv funksjon. For hjerneslag er og blir blodtrykk den sterkeste risikofaktoren, og blodtrykk er også viktig for vaskulær demens. Forekomsten av redusert kognitiv funksjon og demens øker sterkt med økende alder, og siden kvinner lever lenger, er dette særlig viktig for kvinner. Økt kunnskap om utviklingen av demens (både Alzheimer og vaskulær demens) og om sammenhengen mellom sentrale NCD indikatorer og demens vil derfor være viktig.

Vi trenger gode data over tid for å fange opp mulige effekter av pandemien på utviklingen av NCD og endringer i «risikobildet» knyttet til de viktigste NCD indikatorene - tobakksbruk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet, høyt alkoholforbruk, blodtrykk, kolesterolnivå, overvekt og fedme.

Noen flere eksempler på kunnskapshull:

- Vi mangler kunnskap om utviklingen av NCD blant innvandrerkvinner.
- Vi mangler kunnskap om det er kjønnsforskjeller i hvordan sosioøkonomisk posisjon påvirker utviklingen av NCD.
- Vi mangler kunnskap om det er kjønnsforskjeller i hvordan psykiske lidelser i tidlig voksen alder påvirker utviklingen av andre NCDer.
- Vi mangler kunnskap om utviklingen av NCD blant kvinner som overlever kreft.
- Vi mangler kunnskap om det er kjønnsforskjeller i hvor viktige risikofaktorene er for utvikling av sykdom i ulike livsfaser.

Kosthold og ernæring

Mat og kosthold spiller en sentral rolle for helsen gjennom hele livet. Kostholdet under svangerskapet har stor betydning for fosterets vekst og utvikling. Videre er barnets kosthold viktig både for fysisk og mental vekst og utvikling, men også for senere sykdom. Et tema som har fått økt oppmerksomhet de senere årene, er «preconceptional health», altså viktigheten av at kvinner har en god helse når de blir gravide, for å legge til rette for best mulig helse hos barnet (Stephenson et al., 2018). God helse innebærer at kvinnen har det anbefalte inntaket av næringsstoffer, har en sunn kroppsvekt og er fysisk aktiv. Et eksempel er jod, hvor det er viktig at kvinnen går inn i graviditeten med en god jod status for å forebygge utviklingsforstyrrelser hos fosteret (Abel et al., 2020). Blant unge kvinner i Norge er det dokumentert jodmangel, som beskrevet i Folkehelse rapporten (Meltzer, Abel, Brantsæter, Totland, & Holvik, 2021). Kvinners opptatthet av helse, sunnhet og vekt kan skape utfordringer dersom mange har et så restriktivt kosthold at inntak av energi, fett og næringsstoffer blir for lavt, siden det kan gå utover både kvinners egen helse og helsen til deres (fremtidige) barn. På den andre siden kan et energitett men næringsfattig kosthold også gi for lavt inntak av næringsstoffer. Det er behov for mer kunnskap om betydningen av «preconceptional health» og fosterets helse og utvikling i Norge.

Det er viktig å ha god kunnskap om kjønnsperspektiv i folkehelsearbeidet, slik som å kartlegge forskjeller i risikofaktorer fordelt på kjønn og årsaksforholdene som ligger til grunn. Fra barne- og ungdomsårene etableres kjønnsforskjeller i helseatferd inkludert forhold knyttet til ernæring, mat og måltidsvaner. Disse forskjellene påvirkes sannsynligvis av sosiale medier og kommersielle aktører gjennom blant annet markedsføring (Tatlow-Golden et al., 2016). Jenter og kvinner ser ut til å være særlig utsatt for målrettet reklame for kosmetiske produkter, slankemidler og kosttilskudd, mens gutter og menn utsettes for andre typer reklame (Medietilsynet, 2020; Rosenberg, Steinnes, & Storm-Mathisen, 2018). Vi trenger mer kunnskap om hvordan kommersielle aktører påvirker jenter og kvinners ernærings situasjon og helseatferd, for å kunne implementere målrettede folkehelse tiltak som spesifikt skal møte de utfordringene som jenter og kvinner står overfor.

Det finnes begrenset kunnskap om hva eldre over 75 år spiser i Norge og i hvilken grad de følger kostholds anbefalingene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Selv om energibehovet hos eldre reduseres med alderen er behovet for næringsstoffer stort sett det samme som for den voksne befolkningen, med unntak av protein og vitamin D der eldre har et høyere behov. Tilstrekkelig inntak av energi og protein er nødvendig for å opprettholde muskelmasse og funksjon, redusere vekt tap og risiko for skrøpeligheit i eldre år (Coelho-Júnior, Rodrigues, Uchida, & Marzetti, 2018; Helsedirektoratet, 2021a; Konglevoll, Hjartåker, & Hopstock, 2022). Energiinntaket er i utgangspunktet lavere blant kvinner enn blant menn, samtidig som det avtar med stigende alder. Det bør undersøkes om kvinner er mer sårbare for endringer i inntak av energi for å opprettholde næringsinntaket ved økende alder. Risikoen for underernæring og ufrivillig vekt tap øker med økende alder, særlig blant pasienter i sykehus, sykehjem og hjemmeboende eldre som mottar hjemmetjenester (Helsedirektoratet, 2021a; Nasjonalt råd for ernæring, 2017), hvor kvinner utgjør en større andel.

Behov for mer kunnskap om:

- Forekomst av mikronæringsstoffmangel hos jenter og kvinner, særlig jern, jod, vitamin D og folat
- Betydning av kosthold og ernæringsstatus blant jenter og unge kvinner for dem selv og deres fremtidige barn
- Kosthold og ernæringsstatus samt eksponering for miljøforurensninger blant kvinner med innvandringsbakgrunn
- Kosthold og ernæringsstatus hos eldre kvinner i Norge (80 år +)
- Hvordan kommersielle aktører påvirker jenter og kvinners kosthold og helse gjennom markedsføring/reklame
- Hvordan et lavere inntak kosthold og ernæring blant eldre kvinner påvirker deres psykiske og fysiske helse og livskvalitet
- Hvordan overgang til et mer plantebasert kosthold kan påvirke ernæringsstatus hos kvinner, og særlig kvinner i fruktbar alder

Innvandrerkvinnens bruk av helsetjenester

Bruk av helsetjenester for psykisk helse er lavere blant innvandrere enn den øvrige befolkningen og det er store forskjeller etter landbakgrunn (Kjøllestad et al., 2019; Straiton et al., 2018). Det er behov for å samle kunnskap om innvandrerkvinnens bruk av, og barrierer og drivere for å oppsøke helsetjenester innen psykisk helse. Det er også uklart hvor utbredt psykiske helseplager er blant kvinner og barn med flyktningbakgrunn, samt enslige mindreårige jenter og kvinner. For å kartlegge innvandrerkvinnens bruk av helsetjenester trengs det mer kunnskap om deres bruk av, og oppfatninger og kunnskaper om, det norske helsetjenestetilbudet. Vi behøver særlig mer kunnskap om forebyggende helseatferd/tiltak blant kvinner med innvandrerbakgrunn og deres kunnskaper om forebygging av helseutfordringer. I tillegg trenger vi å vite mer om helsetilstanden og

helsebehov blant innvandrerkvinner i ulike alder og livsfaser. Det omfatter unge og eldre innvandrerkvinner, uføretrygdede, enslige mindreårige, nyankomne flyktninger samt deres familier, og midlertidige bosatte kvinner - deriblant arbeidsinnvandrere, asylsøkere og uregistrerte innvandrere.

Både geografiske og språklige/kulturelle barrierer kan påvirke til helsetjenesten og dermed kvinnens risiko for alvorlige komplikasjoner ved svangerskap og fødsel. Vi har for liten kunnskap om hvordan helsetjenesten i denne livsfasen best bør organiseres for å fylle kvinnens behov og yte rett helsehjelp til rett tid.

Helseøkonomi

Helseøkonomiske evalueringer er avgjørende og har blitt vanlig for å sikre best mulig allokering av begrenset ressurser i helsesektoren. Dette arbeide innebærer for eksempel analyser av hvorvidt gevinstene ved å tilby nye behandlingsformer (eller behandling generelt) er lavere eller høyere end kostnader som er forbundet med dagens praksis/situasjon (som for sykdomsområder som er særlige for kvinnehelse) svarer til manglende behandling eller scenariet hvor sykdom er underbehandlet. Videre kan problemstillinger som for eksempel at kvinner benytter seg av noen helsetjenester i større grad enn menn kartlegges ved bruk av helseøkonomiske analyser med henblikk på å undersøke om det 'lønner' seg å prioritere helseintervensjoner spesifikt for kvinner, hvis dette for eksempel medfører lavere bruk av helse- og omsorgstjenester.

Hvordan kjønnsperspektiv håndteres i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og helsefaglig forskning og –utdanning

Innenfor epidemiologisk forskning er kjønn en sentral variabel som det som oftest tas hensyn til, mens det innen tiltaksforskningen ikke er så vanlig å ta hensyn til kjønnsperspektivet. Det bør fokuseres mer på dette fremover.

Tiltak som kan bidra til å styrke arbeidet med kvinners helse i helsesektoren

Osteoporose, fall og brudd

Systematisk sekundærforebygging: Kvinner som har hatt et brudd har en fordoblet risiko for å få et nytt brudd i løpet av de neste to årene, og for kvinner som har hatt flere brudd, er denne risikoen opp til femdoblet (Gehlbach et al., 2012). Det er gode holdepunkter for den kostnadsbesparende effekten av et system hvor dedikerte sykepleiere fanger opp pasienter som kommer til helsetjenesten med sitt første brudd, for utredning av osteoporose og igangsetting av forebyggende behandling der det er aktuelt (*fracture liaison service*; FLS) (Böcker, Hesse, & Kammerlander, 2022). I mai 2021 ble et representantforslag om innføring av FLS i Norge nedstemt i Stortinget (Toppe & Mossleth, 2021). I stedet har de økonomiske insentivene for diagnostisering og behandling av osteoporose blitt redusert, og det har vært kuttet i refusjon for behandling av hoftebrudd (Djuv, Solberg, Fommers, Moen, & Pedersen, 2021). FLS ble utprøvd ved 7 sykehus i Norge i et forskningsprosjekt med midlertidig finansiering fra Norges Forskningsråd (Andreasen et al., 2018), som nå er avsluttet. Uten videre finansiering opphører dette arbeidet. Innføring av systematisk FLS nasjonalt bør utredes på nytt.

Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling: Av Folkehelseslovens §24: Helsedirektoratets ansvar, fremgår det at Helsedirektoratet skal «være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid». Vi vil fremheve at nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) ikke er oppdatert de siste 17 år (siden 2005), til tross for at det har vært en stor utvikling i tilgjengelig forebyggende behandling på markedet og at vi nå har mer kunnskap om forebygging og særlig sekundærforebygging av brudd.

Fallforebygging: I den gjeldende Folkehelsemeldingen (2019) (Helse - og omsorgsdepartementet, 2019) ble det lansert en nullvisjon for alvorlige fallulykker i hjemmet. Her sier regjeringen at den gjennom systematiske tiltak på flere innsatsområder vil legge til rette for at kommunene kan gjøre en best mulig jobb for å forebygge fall og brudd. Det er antydning at innsats på tvers av sektorer, samarbeid med næringslivet, oppmuntring til frivillig innsats og styrking av kunnskapsgrunnlaget vil være sentrale virkemidler. Det er imidlertid ikke satt av midler til styrket eller endret innsats for å oppfylle denne visjonen. Uten økonomisk prioritering av forebyggende arbeid vil man ikke nå målet om å redusere bruddskader.

Amming

Å legge til rette for at kvinner kan amme i tråd med helsefaglige råd (Helsedirektoratet, 2021b), vil kunne øke ammeforekomsten og dermed fremme kvinners helse.

Norge har forpliktet seg til å følge opp WHO's resolusjoner og strategier for å beskytte, fremme og støtte amming. WHO har lansert "Global Breastfeeding Scorecard: Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes". I forhold til denne resolusjonen og strategien er det nødvendig med flere tiltak i Norge.

Et normalt ammemønster for kvinner som ammer i tråd med helsefaglig råd de første 6 månedene er om lag 9-11 brystmåltider i døgnet (variasjon 5-15 ganger/døgn). Det tar ofte tid før den faste føden dekker en så stor del av barnets næringsbehov at det fungerer med lengre daglig fravær av mor. Ifølge WHO bør morsmelk utgjøre om lag 50% av næringsinntaket i andre levehalvår.

Ytterligere tiltak bør iverksettes for at kvinner i alle typer yrker og med varierende reisevei til jobb kan sikres mulighet til å amme i tråd med helsefaglige råd.

Kvalitetssikring av helsetjenestens oppfølging av Mor-barn vennlig standard bør gjennomføres jevnlig (Huitfeldt & Hansen, 2021). Evalueringer av MBVS har vist at det er utfordringer med etterlevelse av standarden. Et eksempel er overforbruk av morsmelkerstatning på barselavdelinger, noe som er forbundet med en kortere ammeperiode.

Enhet for amming ved FHI samarbeider med NTNU Trondheim om utvikling av et nettkurs (AmmE-læring) med grunnopplæring for utdanningene og helsetjenesten. Det vil være behov for jevnlig oppdatering.

Enhet for amming ved FHI samarbeider med Helsedirektoratet om kvalitetssikret enkel informasjon om amming/ spedbarnsmat publisert på helsenorge.no/spedbarnsmat. Det er behov for oversettelser til de vanligste minoritetsspråkene. Et av formålene med denne informasjonen er å utjevne sosiale helseforskjeller i amming og helse.

Abort

Abortloven bør oppdateres slik at den er i samsvar med utviklingen i abortbehandlingen og ikke er til hinder for videre utvikling av abortbehandlingen og tilbudet til kvinner. De siste 20 årene har abortbehandlingen blitt totalt endret fra kirurgisk til medikamentell behandling. Over 80% tar abort før uke 9 og er stort sett hjemme når de aborterer. Det finnes flere studier som viser at dette er trygt og ønskelig. De siste årene har det også kommet mange studier som viser at abort er trygt som telemedisin – det vil si at en har en nettbasert konsultasjon og får tilsendt medikamenter i posten og så utfører aborten selv. Dette var blant annet hyppig brukt i Storbritannia under pandemien. Tyskland og USA har nettopp godkjent abortpillen mifepristone. Sverige og Finland arbeider også med å endre sine lover for å kunne gjøre mifepristone og abort tilgjengelig utenfor sjukehus. Den norske abortloven sier at abort skal skje på sykehus eller der fylkesmannen gir tillatelse. Per i dag så er det bare sjukehus som utfører abort som har tilgang til mifepristone. Medikamenter er ikke tilgjengelig via resept og vanlige apotek. Det skyldes lovgivningen rundt abort.

Abortregisteret er eit aidentifisert register. Gjennom Norsk Pasientregister blir derimot alle kvinner som tar abort registrert personidentifiserbart. NPR kan ikke erstatte Abortregisteret fordi det blant annet ikke registrerer svangerskapslengde eller om det har vært behandling i nemnd etc. Det er på tide at vi får ein personidentifiserbart abortregister. Då vil vi i større grad kunne sjå på all fertilitet og svangerskap i heile livsløpet.

Referanser

- Abel, M. H., Caspersen, I. H., Sengpiel, V., Jacobsson, B., Meltzer, H. M., Magnus, P., . . . Brantsæter, A. L. (2020). Insufficient maternal iodine intake is associated with subfecundity, reduced foetal growth, and adverse pregnancy outcomes in the Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. *BMC Medicine*, *18*(1), 211. doi:10.1186/s12916-020-01676-w
- Andreasen, C., Solberg, L. B., Basso, T., Borgen, T. T., Dahl, C., Wisløff, T., . . . Bjørnerem, Å. (2018). Effect of a Fracture Liaison Service on the Rate of Subsequent Fracture Among Patients With a Fragility Fracture in the Norwegian Capture the Fracture Initiative (NoFRACT): A Trial Protocol. *JAMA Netw Open*, *1*(8), e185701. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.5701
- Ariansen, I. K. H., Kvåle, R., Olsen, K., & Selmer, R. M. (2021). Hjerne- og karsykdommer i Norge. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerne-kar/>
- Armour, M., Parry, K., Manohar, N., Holmes, K., Ferfolja, T., Curry, C., . . . Smith, C. A. (2019). The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt)*, *28*(8), 1161-1171. doi:10.1089/jwh.2018.7615
- Baerug, A., Sletner, L., Laake, P., Fretheim, A., Løland, B. F., Waage, C. W., . . . Jenum, A. K. (2018). Recent gestational diabetes was associated with mothers stopping predominant breastfeeding earlier in a multi-ethnic population. *Acta Paediatrica*, *107*(6), 1028-1035. doi:10.1111/apa.14274
- Banaei, M., Kariman, N., Ozgoli, G., Nasiri, M., Ghasemi, V., Khiabani, A., . . . Mohamadkhani Shahri, L. (2021). Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, *153*(1), 14-24. doi:10.1002/ijgo.13523
- Bjelland, E. K., Eberhard-Gran, M., Nielsen, C. S., & Eskild, A. (2011). Age at menarche and pelvic girdle syndrome in pregnancy: a population study of 74 973 women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *118*(13), 1646-1652. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03099.x
- Böcker, W., Hesse, E., & Kammerlander, C. (2022). Fracture Liaison Service (FLS)—Intersectoral Treatment of the Disease After Osteoporosis-Associated Fractures. In H. C. Pape, S. L. Kates, C. Hierholzer, & H. A. Bischoff-Ferrari (Eds.), *Senior Trauma Patients* Springer.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). About the CDC-Kaiser ACE Study. Retrieved from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>
- Clarsen, B. M., Steingrimsdottir, O. A., Holvik, K., & Ørstadvik, R. E. (2022). Muskel- og skjeletthelse i Norge.
- Coelho-Júnior, H. J., Rodrigues, B., Uchida, M., & Marzetti, E. (2018). Low Protein Intake Is Associated with Frailty in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients*, *10*(9). doi:10.3390/nu10091334
- DeRoo, L., Skjærven, R., Wilcox, A., Klungsoyr, K., Wikström, A. K., Morken, N. H., & Cnattingius, S. (2016). Placental abruption and long-term maternal cardiovascular disease mortality: a population-based registry study in Norway and Sweden. *European Journal of Epidemiology*, *31*(5), 501-511. doi:10.1007/s10654-015-0067-9
- Djuv, A., Solberg, L. B., Fommes, T. E., Moen, H. S., & Pedersen, D. R. S. (2021). Dramatisk refusjonskutt for behandling av hoftebrudd. *Dagens Medisin*. Retrieved from <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/10/01/dramatisk-refusjonskutt-for-behandling-av-hoftebrudd/>
- Eid, K., Torkildsen, Ø., Aarseth, J., Aalstad, M., Bhan, A., Celius, E. G., . . . Bjørk, M. H. (2022). Association of adverse childhood experiences with the development of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. doi:10.1136/jnnp-2021-328700
- Engeland, A., Bjørge, T., Klungsoyr, K., Hjellvik, V., Skurtveit, S., & Furu, K. (2018). Trends in prescription drug use during pregnancy and postpartum in Norway, 2005 to 2015. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, *27*(9), 995-1004. doi:10.1002/pds.4577

- European Respiratory Society. (2022). Advocacy statement of the European Respiratory Society on women and respiratory diseases. Retrieved from https://www.ersnet.org/wp-content/uploads/2022/03/Advocacy-statement-of-the-European-Respiratory-Society-on-women-and-respiratory-diseases_8-March-2022.pdf
- Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley, J. L., 3rd. (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *Journal of Pain*, 10(5), 447-485. doi:10.1016/j.jpain.2008.12.001
- Fitzgerald, M. C., Saelzler, U. G., & Panizzon, M. S. (2021). Sex Differences in Migraine: A Twin Study. *Front Pain Res (Lausanne)*, 2, 766718. doi:10.3389/fpain.2021.766718
- Furu, K., Aares, E. B., Hjellvik, V., & Karlstad, Ø. (2021). Hormonal contraceptive use in Norway, 2006-2020, by contraceptive type, age and county: A nationwide register-based study. *Nor Epidemiol*, 29, 55-62.
- GBD 2016 Headache Collaborators. (2018). Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurology*, 17(11), 954-976. doi:10.1016/s1474-4422(18)30322-3
- GDB 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*, 7(2), e105-e125. doi:10.1016/s2468-2667(21)00249-8
- Gehlbach, S., Saag, K. G., Adachi, J. D., Hooven, F. H., Flahive, J., Boonen, S., . . . Lindsay, R. (2012). Previous fractures at multiple sites increase the risk for subsequent fractures: the Global Longitudinal Study of Osteoporosis in Women. *Journal of Bone and Mineral Research*, 27(3), 645-653. doi:10.1002/jbmr.1476
- Giudice, L. C., & Kao, L. C. (2004). Endometriosis. *Lancet*, 364(9447), 1789-1799. doi:10.1016/s0140-6736(04)17403-5
- Glavin, K., Smith, L., & Sørnum, R. (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 705-710. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x
- Greenspan, J. D., Slade, G. D., Bair, E., Dubner, R., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., . . . Maixner, W. (2013). Pain sensitivity and autonomic factors associated with development of TMD: the OPPERA prospective cohort study. *Journal of Pain*, 14(12 Suppl), T63-74. doi:10.1016/j.jpain.2013.06.007
- Grewal, N. K., Andersen, L. F., Sellen, D., Mosdøl, A., & Torheim, L. E. (2016). Breast-feeding and complementary feeding practices in the first 6 months of life among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants: the InnBaKost survey. *Public Health Nutrition*, 19(4), 703-715. doi:10.1017/s1368980015001962
- Gustavson, K., Knudsen, A. K., Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Vollset, S. E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 65. doi:10.1186/s12888-018-1647-5
- Hagen, G., Magnussen, J., Tell, G., & Omsland, T. (2020). Estimating the future burden of hip fractures in Norway. A NOREPOS study. *Bone*, 131, 115156. doi:10.1016/j.bone.2019.115156
- Halland, F., Morken, N. H., DeRoo, L. A., Klungsoyr, K., Wilcox, A. J., & Skjærven, R. (2015). Association of Women's Reproductive History With Long-term Mortality and Effect of Socioeconomic Factors. *Obstetrics and Gynecology*, 126(6), 1181-1187. doi:10.1097/aog.0000000000001155
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *God og riktig mat hele livet. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*. Retrieved from <https://www.ressursportal.no/god-og-riktig-mat-hele-livet-nasjonal-strategi-godt-kosthold-og-ernaering-hos-eldre-i-sykehjem-og#:~:text=God%20og%20riktig%20mat%20er,tr%C3%A5d%20med%20m%C3%A5lene%20%20Meld.>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2019). Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Helsedirektoratet. (2021a). *Forebygging og behandling av underernæring - Nasjonal faglig retningslinje*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
- Helsedirektoratet. (2021b). Spedbarnsernæring- Nasjonal faglig retningslinje. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>
- Hoff, M., Skurtveit, S., Meyer, H. E., Langhammer, A., Sjøgaard, A. J., Syversen, U., . . . Schei, B. (2018). Anti-osteoporosis drug use: too little, too much, or just right? The HUNT study, Norway. *Osteoporosis International*, 29(8), 1875-1885. doi:10.1007/s00198-018-4560-3
- Huitfeldt, A. S., & Hansen, M. N. (2021). *Rapport fra den landsomfattende elektroniske Mor-barn-vennlig evalueringen høsten 2020*. Retrieved from <https://www.fhi.no/contentassets/64135683dba84311becce5dd694c680c/landsomfattende-rapport-mbvs-evaluering-utfort-hosten-2020.-sectio-forloste-modre.pdf>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019a). Global Burden of Disease (GBD). Retrieved from <https://www.healthdata.org/gbd/2019>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019b). Global burden of disease Compare Viz Hub, Norway, Females. Retrieved from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>
- Kjeldgaard, H. K., Meyer, H. E., O'Flaherty, M., Apalset, E. M., Dahl, C., Emanus, N., . . . Holvik, K. (2022). Impact of Total Hip Replacements on the Incidence of Hip Fractures in Norway During 1999–2019. A NOREPOS Study. *medRxiv*. doi:doi: <https://doi.org/10.1101/2022.03.29.22272896>
- Kjøllestad, M., Straiton, M. L., Øien-Ødegaard, C., Aambø, A., Holmboe, O., Johansen, R., . . . Indseth, T. (2019). *Helse blant innvandrere i Norge*. Retrieved from
- Konglevoll, D. M., Hjartåker, A., & Hopstock, L. A. (2022). Protein Intake and the Risk of Pre-Frailty and Frailty in Norwegian Older Adults. The Tromsø Study 1994–2016. *J Frailty Aging*
- Kravdal, Ø., Tverdal, A., & Grundy, E. (2020). The association between parity, CVD mortality and CVD risk factors among Norwegian women and men. *European Journal of Public Health*, 30(6), 1133-1139. doi:10.1093/eurpub/ckz235
- Krokstad, S., von Heimburg, D., Rangul, V., Gravaas, B. C., Eiksund, S., Sliper, J. O., . . . Sund, E. R. (2021). *Psykisk helse i Trøndelag 2019*. Retrieved from
- Li, R., Li, B., Kreher, D. A., Benjamin, A. R., Gubbels, A., & Smith, S. M. (2020). Association between dysmenorrhea and chronic pain: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(3), 350-371. doi:10.1016/j.ajog.2020.03.002
- Li, S. H., & Graham, B. M. (2017). Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *Lancet Psychiatry*, 4(1), 73-82. doi:10.1016/s2215-0366(16)30358-3
- Loring, M., Chen, T. Y., & Isaacson, K. B. (2021). A Systematic Review of Adenomyosis: It Is Time to Reassess What We Thought We Knew about the Disease. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 28(3), 644-655. doi:10.1016/j.jmig.2020.10.012
- Magnus, M. C., Iliodromiti, S., Lawlor, D. A., Catov, J. M., Nelson, S. M., & Fraser, A. (2017). Number of Offspring and Cardiovascular Disease Risk in Men and Women: The Role of Shared Lifestyle Characteristics. *Epidemiology*, 28(6), 880-888. doi:10.1097/ede.0000000000000712
- Mansfield, K. E., Sim, J., Jordan, J. L., & Jordan, K. P. (2016). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain*, 157(1), 55-64. doi:10.1097/j.pain.0000000000000314

- Medietilsynet. (2020). *BARN OG MEDIER 2020 - Reklame i sosiale medier*. Retrieved from <https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2020/200915-delrapport-7-barn-og-medier-reklame-i-sosiale-medier.pdf>
- Meltzer, H. M., Abel, M. H., Brantsæter, A. L., Totland, T., & Holvik, K. (2021). Kosthold i Norge. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/kosthold/>
- Myhre, J. B., Andersen, L. F., & Kristiansen, A. L. (2020). *Landsomfattende undersøkelse avkostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder*. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2020/spedkost-3/>
- Nasjonalt NCD-indikatorgruppe. (2017). Indikatorene for ikke-smittsomme sykdommer knyttet til den nasjonale og globale NCD-strategien. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/>
- Nasjonalt råd for ernæring. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring. Utfordringer, muligheter og anbefalinger*. Retrieved from <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2491139>
- NAV. (2012). Mottakere av uførepensjon etter diagnose, alder og kjønn. Retrieved from <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/tabeller/mottakere-av-uforepensjon-etter-diagnose-alder-og-kjonn.pr.31.12.2012.kvinner-og-menn.prosent>
- Omland, G., Ruths, S., & Diaz, E. (2014). Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *121*(10), 1221-1228. doi:10.1111/1471-0528.12906
- Omsland, T. K., Emaus, N., Tell, G. S., Magnus, J. H., Ahmed, L. A., Holvik, K., . . . Meyer, H. E. (2014). Mortality following the first hip fracture in Norwegian women and men (1999-2008). A NOREPOS study. *Bone*, *63*, 81-86. doi:10.1016/j.bone.2014.02.016
- Omsland, T. K., Holvik, K., Meyer, H. E., Center, J. R., Emaus, N., Tell, G. S., . . . Sjøgaard, A. J. (2012). Hip fractures in Norway 1999-2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates: a NOREPOS study. *European Journal of Epidemiology*, *27*(10), 807-814. doi:10.1007/s10654-012-9711-9
- Omsland, T. K., & Magnus, J. H. (2014). Forecasting the burden of future postmenopausal hip fractures. *Osteoporosis International*, *25*(10), 2493-2496. doi:10.1007/s00198-014-2781-7
- Ostrom, C., Bair, E., Maixner, W., Dubner, R., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., . . . Greenspan, J. D. (2017). Demographic Predictors of Pain Sensitivity: Results From the OPPERA Study. *Journal of Pain*, *18*(3), 295-307. doi:10.1016/j.jpain.2016.10.018
- Pérez-Escamilla, R., Buccini, G. S., Segura-Pérez, S., & Piwoz, E. (2019). Perspective: Should Exclusive Breastfeeding Still Be Recommended for 6 Months? *Advances in Nutrition*, *10*(6), 931-943. doi:10.1093/advances/nmz039
- Quintero, O. L., Amador-Patarroyo, M. J., Montoya-Ortiz, G., Rojas-Villarraga, A., & Anaya, J. M. (2012). Autoimmune disease and gender: plausible mechanisms for the female predominance of autoimmunity. *Journal of Autoimmunity*, *38*(2-3), 1109-1119. doi:10.1016/j.jaut.2011.10.003
- Rich-Edwards, J. W., Fraser, A., Lawlor, D. A., & Catov, J. M. (2014). Pregnancy characteristics and women's future cardiovascular health: an underused opportunity to improve women's health? *Epidemiologic Reviews*, *36*(1), 57-70. doi:10.1093/epirev/mxt006
- Rosenberg, T. G., Steinnes, K. K., & Storm-Mathisen, A. (2018). *Markedsføring og personvern i sosiale medier – en flermetodisk undersøkelse med barn som medforskere*. Retrieved from <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/1310>
- Shim, J. Y., & Laufer, M. R. (2020). Adolescent Endometriosis: An Update. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *33*(2), 112-119. doi:10.1016/j.jpag.2019.11.011
- Skjaerven, R., Wilcox, A. J., Klungsoyr, K., Irgens, L. M., Vikse, B. E., Vatten, L. J., & Lie, R. T. (2012). Cardiovascular mortality after pre-eclampsia in one child mothers: prospective, population based cohort study. *BMJ*, *345*, e7677. doi:10.1136/bmj.e7677

- Sommer, C., Sletner, L., Jennum, A. K., Mørkrid, K., Andersen, L. F., Birkeland, K. I., & Mosdøl, A. (2013). Ethnic differences in maternal dietary patterns are largely explained by socio-economic score and integration score: a population-based study. *Food & Nutrition Research*, 57. doi:10.3402/fnr.v57i0.21164
- Sorge, R. E., LaCroix-Fralish, M. L., Tuttle, A. H., Sotocinal, S. G., Austin, J. S., Ritchie, J., . . . Mogil, J. S. (2011). Spinal cord Toll-like receptor 4 mediates inflammatory and neuropathic hypersensitivity in male but not female mice. *Journal of Neuroscience*, 31(43), 15450-15454. doi:10.1523/jneurosci.3859-11.2011
- Sorge, R. E., Mapplebeck, J. C., Rosen, S., Beggs, S., Taves, S., Alexander, J. K., . . . Mogil, J. S. (2015). Different immune cells mediate mechanical pain hypersensitivity in male and female mice. *Nature Neuroscience*, 18(8), 1081-1083. doi:10.1038/nn.4053
- Sorge, R. E., & Totsch, S. K. (2017). Sex Differences in Pain. *Journal of Neuroscience Research*, 95(6), 1271-1281. doi:10.1002/jnr.23841
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd*.
- Steingrimsdóttir Ó, A., Landmark, T., Macfarlane, G. J., & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 158(11), 2092-2107. doi:10.1097/j.pain.0000000000001009
- Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D., Hutchinson, J., Cade, J. E., . . . Mishra, G. D. (2018). Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet*, 391(10132), 1830-1841. doi:10.1016/s0140-6736(18)30311-8
- Straiton, M. L., Arnesen, T. M., & Reneflot, A. (2018). Helse i innvandrerbefolkningen. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>
- Sund, E. R., Opdahl, S., Rangul, V., Gravaas, B. C., Eiksund, S., Sliper, J. O., & Kvistand, K. (2020). *Helse og kronisk sykdom i Trøndelag 2019*. Retrieved from
- Sund, E. R., Rangul, V., & Krokstad, S. (2019). *Folkehelseutfordringer i Trøndelag*. Retrieved from
- Sverre, B. L., & Cvetkovic, Z. (2021). Innvandrere i Norge eldes raskere enn resten av befolkningen. Retrieved from <https://forskersonen.no/aldring-innvandring-kronikk/innvandrere-i-norge-eldes-raskere-enn-resten-av-befolkningen/1912434>
- Søgaard, A. J., Holvik, K., Meyer, H. E., Tell, G. S., Gjesdal, C. G., Emaus, N., . . . Omsland, T. K. (2016). Continued decline in hip fracture incidence in Norway: a NOREPOS study. *Osteoporosis International*, 27(7), 2217-2222. doi:10.1007/s00198-016-3516-8
- Tatlow-Golden, Boyland, E., Jewell, J., Zalnieriute, M., Handsley, E., & Breda, J. (2016). *Tackling food marketing to children in a digital world: trans-disciplinary perspectives*. Retrieved from
- Tomasdottir, M. O., Sigurdsson, J. A., Petursson, H., Kirkengen, A. L., Krokstad, S., McEwen, B., . . . Getz, L. (2015). Self Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study. *PLoS One*, 10(6), e0130591. doi:10.1371/journal.pone.0130591
- Toppe, K., & Mossleth, S. (2021). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2020-2021/dok8-202021-255s/?all=true>. Stortinget.no
- Vaz, J. S., Maia, M. F. S., Neves, P. A. R., Santos, T. M., Vidaletti, L. P., & Victora, C. (2021). Monitoring breastfeeding indicators in high-income countries: Levels, trends and challenges. *Maternal & Child Nutrition*, 17(3), e13137. doi:10.1111/mcn.13137
- Vedøy, T. F., & Sæbø, G. (2022). Utbredelse av røyking i Norge. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/utbredelse-av-royking-i-norge/>
- Winkvist, A., Brantsæter, A. L., Brandhagen, M., Haugen, M., Meltzer, H. M., & Lissner, L. (2015). Maternal Prepregnant Body Mass Index and Gestational Weight Gain Are Associated with Initiation and Duration of Breastfeeding among Norwegian Mothers. *Journal of Nutrition*, 145(6), 1263-1270. doi:10.3945/jn.114.202507