

HOD-Kvinnehelseutvalget

Deres ref.:
Vår ref.: 22/6840-13
Saksbehandler: Christin Marsh Ormhaug
Dato: 09.05.2022

Innspill til Kvinnehelseutvalgets utredning

HelseDirektoratet takker for muligheten til å gi innspill til Kvinnehelseutvalget, og ønsker lykke til med dette viktige arbeidet. Vårt innspill med vedlegg ligger vedlagt.

Vennlig hilsen

Helen Brandstorp e.f.
direktør

Erlend Tuseth Aasheim
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Hesledirektoratets innspill til Kvinnehelseutvalget

INNHold

INNLEDNING	3
FOLKEHELSE	5
Følge med-rollen og kjønnsperspektivet.....	5
Temaområder i folkehelsearbeidet.....	6
Sosial ulikhet i helse	6
Helsekompetanse	6
Livskvalitet	7
Arbeidsliv og kvinners helse	7
Levevaner	8
Alkohol-/rusforebygging.....	8
Tobakksbruk	9
Kosthold.....	10
Inntak av jod	10
Eldre kvinner.....	10
Kort om utvikling av levealder.....	10
Livskvalitet og ensomhet.....	11
De fleste eldre tjenestemottakere er kvinner	12
Pårørende.....	12
Kunnskap om eldre kvinners helse relatert til kjønnsroller	14
SYKDOMMER – KJØNNSPERSPEKTIV I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE	15
Benskjørhet (osteoporose).....	15
Demens.....	16
Kreft.....	16
Mammografiprogrammet	17
Kjønnbundne sykdommer.....	17
Sykdommer som rammer kvinner i større grad enn menn	17
Psykisk helse	18
Barn og unges psykiske helse	18
Effekter av pandemien på barn og unges hverdag og psykiske helse.....	18
Kjønn integrert i retningslinjearbeidet.....	19
SEKSUELL OG REPRODUKTIV HELSE	20

Gravide – en populasjon i endring	20
Alder og kroppsmasseindeks for fødende.....	21
Kompliserende faktorer i svangerskap.....	21
Fødsler hvor mor er født utenfor Norge	22
Psykisk helse og medikamentbruk under svangerskap.....	22
Gjentatte svangerskapsavbrudd.....	22
Reproduktiv helse blant seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter	24
Konsekvenser av endring i fødepopulasjonen	25
Innføring av NIPT og ultralyd i første trimester	26
Bioteknologiloven.....	27
Kunnskapsoppsummering om reisevei til fødeinstitusjon	27
Seksuell helse som helsefremmende ressurs.....	27
Behov for mer kunnskap om seksuell helse	28
Manglende ivaretagelse av seksuell helse i oppfølging og behandling	29
Sosial ulikhet i seksuell helse.....	29
KVINNERS BRUK AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER - KUNNSKAPSBEHOV	30
UTSATTE GRUPPER AV KVINNER; ANDRE LIKESTILLINGSGRUNNLAG	32
Innvandrerkvinner	32
Menneskehandel/utnyttelse	33
Behov for mer kunnskap om helsen i lhbtis-befolkningen.....	33
Kvinner i fengsel	34
HELSEPERSONELL	35
Betydningen av behandlers kjønn.....	37

INNLEDNING

Helsedirektoratet takker for invitasjonen fra Kvinnehelseutvalget til å gi innspill om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Helsedirektoratet er fagorgan for folkehelse, levekår og helse- og omsorgstjenesteområdet. Vi arbeider på mange områder der kjønn er relevant. Mangfoldet i innspillene vi gir reflekterer dette.

Vi slutter oss til den innledende bemerkningen fra forrige Kvinnehelseutvalg i 1999 om at kvinner i Norge har det svært bra etter internasjonal målestokk på de fleste områder. Vi har en høy forventet levealder og mange år med god helse sammenlignet med de fleste andre land. Norske velferdsordninger som støtter opp under familieliv og yrkesliv, foreldrepermisjon, og en helse- og omsorgstjeneste av høy standard, er eksempler på goder som legger til rette for god helse for norske kvinner (og menn) og som mange andre kvinner ikke har tilgang til.

Det er imidlertid fortsatt et behov for å styrke kunnskap og kompetanse i et kjønnsperspektiv på mange områder også i Norge. Handlingsplanen fra FNs 4. verdenskonferanse om kvinner i Beijing 1995, som forplikter regjeringene til å sikre integrering av kjønnsperspektivet i all politikk, er fortsatt et viktig referansedokument også i Norge. Det er imidlertid fortsatt et potensiale til å gjøre kjønnsperspektiv mer framtrødende i norsk politikk. Det gjelder også for kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv, for å sikre likeverdig ivaretagelse av helse uavhengig av kjønn.

Sekretariatet i Kvinnehelseutvalget foreslo følgende spørsmål til Helsedirektoratet:

- 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 kjønnsperspektiv håndteres i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og helsefaglig forskning og -utdanning.
- Tiltak som kan bidra til å styrke arbeidet med kvinners helse i helsesektoren.

Spørsmålene som utvalget skal belyse i sitt arbeid er omfattende. Vårt innspill omtaler en rekke temaer, men går ikke i detalj på alle områdene nevnt over. Innspillet er skrevet i en periode hvor Helsedirektoratet har hatt svært mange oppgaver som skal ivaretas, herunder beredskapsarbeid, og i tråd med vår instruks skal vi særlig prioritere oppgaver som er gitt i vårt tildelingsbrev. Vi ber om at utvalget tar kontakt hvis det er spesifikke temaer som utvalget ønsker å få ytterligere belyst. Vi vil også nevne at lengden på vår omtale av ulike temaer nedenfor ikke nødvendigvis reflekterer viktighet. Ofte kan det være slik at nettopp fraværet av kunnskap om et tema er viktig.

I innspillet trekker vi blant annet fram følgende:

- Kvinner og menns sykdomsbilder kan arte seg forskjellig. Mye helsefaglig forskning har ikke tatt hensyn til kjønn, eller kun basert seg på menn. Det er dermed behov for mer forskning på hvordan sykdommer rammer kvinner og menn forskjellig, og på sykdommer/tilstander som rammer kvinner spesifikt (dysmenore, vulvodyni, endometriose med mer). Det er behov for mer oppmerksomhet om sammenhengen mellom alkohol og brystkreft, og kvinner røyker nå muligens mer enn menn, så tidligere forestillinger knyttet til kjønn og helse kan være modne for revurdering.
- Det er rapportert om økning i psykiske helseplager hos unge kvinner de siste tiårene. De bruker mer smertestillende og benytter skolehelsetjenesten mer. Samtidig er det få forskjeller i livskvalitet

mellom kvinner og menn, men det er signifikant flere kvinner enn menn som er lite fornøyde med fysisk og psykisk helse. Vi legger til grunn at utvalget på dette området også får innspill fra andre, som for eksempel Folkehelseinstituttet (FHI). En markant endring siden det siste Kvinnehelseutvalget skrev sin rapport i 1999 er inntoget av sosiale medier, og Helsedirektoratet tror det er behov for mer forskning rundt eventuelle sammenhenger med psykiske helseplager.

- Vi vet for lite om hvorvidt kvinner (og menn) blir møtt og behandlet i helsetjenesten på en like god måte. Helsedirektoratet skal gjennom sine virkemidler legge til rette for å sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester. Vi har i mange tilfeller oversikt over forskjeller i kvinners og menns bruk av helsetjenester, men lite dybdekunnskap om hvorfor det er slik. Det kan være både berettiget og uberettiget variasjon som ligger bak, og dette bør vi få mer kunnskap om.

- Svangerskap og fødsel er områder som tradisjonelt har vært forbundet med kvinnehelse, og det er fortsatt behov for oppmerksomhet på dette området disse. Helsedirektoratet har i to rapporter gitt anbefalinger om kompetanse og ressurser som må være på plass for å følge opp endringer i fødepopulasjonen, og for å gjennomføre Stortingets vedtak om å innføre non-invasiv prenatal test (NIPT) og tidlig ultralyd til alle gravide. Innføring av nye tiltak vil kreve ressurser. Helsedirektoratet er i gang med å utrede finansieringen med tanke på endring i fødepopulasjonen.

- De demografiske endringene med flere eldre og liten eller ingen økning i personer i yrkesaktiv alder er en stor utfordring for helse- og omsorgstjenestene. I helse- og omsorgstjenesten jobber det over 465 000 personer, og majoriteten er kvinner. Deler av tjenestene er preget av høyt sykefravær og mye bruk av deltid, samt høy turnover og stor grad av ufaglærte. Hvis det blir ytterligere press på tjenestene framover vil det kunne ramme pasienter og sårbare grupper som eldre, personer med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse osv., herunder kvinner; men også de som arbeider i tjenestene – som ofte er kvinner.

- Brukerperspektivet er sentralt i utformingen av vår felles helsetjeneste. Kvinner må bli sett og hørt i helsetjenesten. Brukerperspektivet vil derfor være relevant selv der vi ikke nevner dette spesifikt i innspillet, og henger sammen med helsekompetanse som vi omtaler i første kapittel.

Det er flere aspekter som er viktige for kvinnehelse som vi ikke går særlig inn på i dette innspillet.

- Vold er et stort samfunnsproblem, og menn og kvinner blir utsatt for ulike typer vold og i ulike sammenhenger. I besvarelsen vår drøfter vi dette i liten grad, fordi vi antar at utvalget får innspill om disse problemstillingene fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og andre aktører med ekspertise på feltet.

- Vi foreslår områder der man bør ha mer forskning og kunnskap omkring kvinnehelse. Vi må understreke at Helsedirektoratet ikke har god nok oversikt over hele forskningsfeltet til å peke systematisk på alle områder der det behøves mer kunnskap, eller systematisk kjennskap til hvordan kvinnehelse tas opp i undervisning. Forskning om sykdomsforekomst og risikofaktorer, inkludert kjønnsforskjeller, er imidlertid noe som ligger nærmere Folkehelseinstituttets (FHIs) mandat enn Helsedirektoratets mandat, og vi regner derfor med at utvalget vil få mer utfyllende svar fra FHI på disse områdene.

- Vi kommenterer ikke kvinnehelse i et internasjonalt perspektiv, fordi vi forstår det slik at utvalget skal konsentrere seg om kvinner i Norge.

FOLKEHELSE

Det overordnede målet for folkehelsepolitikken i Norge har over tid vært: *Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og reduserte sosiale helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn*¹. Samtidig blir nok kjønnsforskjeller- og kjønnsperspektivet i varierende grad lagt til grunn i arbeid med utfordringer, tiltak og strategier osv. I de siste årene har det nok også vært mer fokus på temaer som sosial ulikhet i helse – framfor kjønn. Vi ser positivt på at Kvinnehelseutvalget er opptatt av kjønnsperspektivet i folkehelsearbeidet. I det følgende har vi satt opp noen momenter som beskriver hvordan vi inkluderer kjønn i noe av vårt arbeid samt tanker om hva som kan være sentralt å fokusere nærmere på framover.

Følge med-rollen og kjønnsperspektivet

Å følge med på forhold som påvirker befolkningens helse er en sentral del av folkehelsearbeidet. Dette gjelder på alle nivå – nasjonalt, regionalt og lokalt. Både statlige og kommunale folkehelseaktører skal ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og denne kunnskapen skal ligge til grunn for vurderinger av tiltak og for evaluering. Dette omtales gjerne som det systematiske folkehelsearbeidet. De ulike aktørene er forventet å ha kjennskap til befolkningssammensetningen. Her kan kjønnsfordeling inngå som en viktig ramme for å tolke data om ulike faktorerens betydning for helse for eksempel i forbindelse med oppvekst- og levekårsforhold, skader og ulykker og helsereelatert atferd.

Som faglig rådgiver på folkehelseområdet har Helsedirektoratet ansvar for å følge med på ulike områder og sammenstille kunnskap som vi formidler til andre aktører som jobber med folkehelse og politikktutforming og informasjon til befolkningen. I dette arbeidet bruker vi kunnskap fra ulike kilder.

Helsedirektoratets "Sektorrapport om folkehelse" presenterer en oversikt over utviklingstrekk i ulike sektorer i samfunnet som påvirker befolkningens helse og hvordan helse er fordelt mellom grupper i samfunnet. Økonomiske levekår, trygge og helsefremmende miljøer, sunne valg og arbeidsliv er blant områdene som er belyst. Kjønnsperspektivet ligger til grunn der det er relevant eller vi har data. Videre formidler vi kunnskap, råd og anbefalinger bl.a. på helsenorge.no på en rekke områder, også relatert til kjønnsspesifikke forhold.

Når vi iverksetter vedtatt politikk/implementerer tiltak, skal vi gjøre dette basert på kunnskap om virkningsfulle tiltak så langt dette finnes. I tiltakutforming og implementering legges kjønnsperspektivet til grunn der dette er relevant.

¹ Prop. 90 L (2010-2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Helse- og omsorgsdepartementet

Temaområder i folkehelsearbeidet

Sosial ulikhet i helse

"Sammenhengen mellom kjønn og sosiale helseforskjeller er kompleks. Dersom vi tar utgangspunkt i levealder, er de sosiale forskjellene mindre for kvinner enn for menn. For andre helsemål, som for eksempel psykisk helse, er de sosiale forskjellene større for kvinner. Enkelt studier viser at tilgjengelighet til helsetjenester er kjønnsmessig skjevt fordelt". Dette ble slått fast i [Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller](#), stortingsmeldingen fra 2007. Vi mener at det fortsatt er behov for mer kunnskap om sosiale forskjeller i helse og sammenhengen med kjønn.

Det finnes nyere kunnskap om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. Helsetjenestene kan forsterke eller minske sosial ulikhet i helse. [SSB](#) har i to år laget rapporter om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. Her framkommer det at det er forskjeller mellom kvinner og menn. Det er også en sosial gradient i bruk av helsetjenester hos kvinner, og i noen områder finner vi en omvendt sosial gradient. Noen andre funn:

- Det er en sterk omvendt sosial gradient etter utdanning i døgnopphold på sykehus for kvinner. Kvinner med lav utdanning har flest døgnopphold.
- Det er også en sosial gradient etter inntekt hos kvinner med svekket helse – de med høyere inntekt er oftere hos legespesialist enn de med lav inntekt.
- Kvinner med høy inntekt er betydelig oftere hos psykolog enn kvinner med lav inntekt. For menn er det omvendt.
- Det er flere kvinner enn menn som ikke har råd til legebesøk.
- Det er en sosial gradient etter inntekt i deltakelse av screeningprogrammer som for eksempel mammografi og livmorhalsundersøkelser.

Hva slike forskjeller betyr for kvinners helse, hva annet som kjennetegner kvinner med større helsebehov eller udekket behov for helsehjelp, vet vi lite om.

Videre kan rapportens funn trolig ikke generaliseres til nyere innvandrerbefolkning med lave norskkunnskaper.

Helsekompetanse

Generelt er det et nasjonalt mål å skape en felles helsetjeneste hvor pasientene skal få mulighet til å være aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det betyr å bli lyttet til, å kunne ta valg i samråd med behandler om hvilke tiltak som skal settes i verk, sette egne mål og bruke egne ressurser for å mestre hverdagen. For å nå dette målet må pasienter og brukere ha kunnskap og muligheter til å ivareta helsen sin på best mulig måte, og tjenester og forvaltning må ivareta en befolkning med ulik grad av helsekompetanse, språkkompetanse og digitalkompetanse.

Behovet for helsekompetanse er økende, blant annet fordi det i takt med at moderne medisin blir stadig mer kompleks, stilles høyere krav til pasienten som aktiv deltaker i egen helse. Samtidig blir vi stadig mer eksponert for påstander og informasjon om kropp og helse av varierende kvalitet gjennom media, reklame og sosiale medier.

I likhet med at samfunnet digitaliseres, blir også helse- og omsorgstjenesten mer digital, og digital helsekompetanse blir viktigere. Dette omfatter alt fra det å søke opp, finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon fra elektroniske kilder til å kunne bruke elektroniske verktøy i forebygging og oppfølging av egen sykdom.

I 2020 ble det for første gang gjennomført en nasjonal kartlegging av befolkningens helsekompetanse, [The Health Literacy Survey \(HLS19\)](#). Data ble samlet fra et tilfeldig og representativt utvalg på 6.000 personer fra fylte 16 år. Studien viser blant annet at selv om kvinner har noe høyere helsekompetanse enn menn, ligger en høyere andel kvinner på det laveste nivået av digital kompetanse (nivå 1), sammenlignet med menn. Å motvirke økte kjønnsforskjeller som følge av digitalisering i tjenestene og digitalt utenforskap er derfor viktig framover.

Livskvalitet

SSB gjør undersøkelser av livskvalitet med finansiering fra Helsedirektoratet:

[Livskvalitet i Norge 2021, SSB:](#)

Det viser seg å være små forskjeller i tilfredshet med livet når man sammenlikner kjønnene. Kvinner og menn er omtrent like tilfredse med de fleste livsområder, med noen unntak: Det er signifikant flere kvinner enn menn som er lite fornøyde med fysisk og psykisk helse. Andelen kvinner som opplever liten grad av mestring er 26 prosent, mens andelen menn som oppgir dette er 22 prosent.

Kvinner er mer utsatt enn menn for å oppleve uønsket sosial oppmerksomhet. Blant studenter er det nesten dobbelt så mange kvinner som menn som oppgir at de har opplevd uønsket seksuell oppmerksomhet. Livskvalitetsundersøkelsen finner at nesten én av fire har opplevd en eller annen form for diskriminering eller urettmessig forskjellsbehandling, og forskjellsbehandling på grunn av kjønn er blant de mest utbredte årsakene. Forskjellsbehandling på grunn av kjønn er også den formen for diskriminering der andelen som rapporterer om lav livskvalitet har steget mest mellom 2020 og 2021. I 2021 har 49 prosent av de som oppgir dette også rapportert om lav livskvalitet.

Arbeidsliv og kvinners helse

Det å være i arbeid regnes som en kilde for livskvalitet og god helse for både kvinner og menn. Forskingen viser en tydelig sammenheng mellom et godt arbeidsmiljø, jobbtfredshet og bedre helse². Gjennom arbeidsdeltagelse inngår man i et sosialt fellesskap og arbeidsoppgavene kan gi mening, mestring og personlig utvikling. I undersøkelsen utført av SSB om livskvalitet og levekår i Norge som vi omtalte over ble tilknytning til arbeidslivet løftet fram som den faktoren som har størst betydning for opplevelsen av mening³. Arbeidet kan imidlertid også være en kilde til helseskadelig påvirkning.

2 Faragher, E.B., M. Cass, and C.L. Cooper, The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med*, 2005. 62(2): p. 105-12.

3 SSB, Livskvalitet i Norge 2020. Statistisk sentralbyrå. 2020.

Sammenhengene mellom arbeid og helse er sammensatte og mangfoldige, men det er godt dokumentert at arbeidsmiljøforhold har betydning for helse og sykefravær⁴ uførhet⁵, inkluderingsevne⁶, beslutning om pensjoneringstidspunkt⁷ og mulighet for å komme tilbake i arbeid etter lengre tids fravær^{8, 9}.

Det er fortsatt store forskjeller mellom kvinner og menns sykefravær og sykefraværet er særlig stort i bransjer som sysselsetter mange kvinner, f.eks. i helsesektoren (slik vi kommer mer inn på i et senere kapittel). Det er fortsatt et åpent spørsmål hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn - og hvorfor noen bransjer, som f.eks. helsesektoren, har høyere sykefravær - også blant menn, enn andre bransjer. Det forrige Kvinnehelseutvalget var kanskje inne på noe da det påpekte et sterkt kjønnsdelt arbeidsmarked og at kunnskap, regelverk og arbeidshelsetiltak ofte tar utgangspunkt i mannlige arbeidere og arbeidsplasser hvor menn er i overvekt. Selv om det siden 1999 har vært gjort mye godt arbeid knyttet til IA-avtalen, og sykefravær og frafall både har blitt utredet og forsket på, kan det se ut som det fortsatt er en vei å gå.

Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø- og helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) har utviklet en rekke indikatorer som beskriver arbeidsmiljø og helse. Hvert tredje år utgir de *Faktabok om arbeidsmiljø og helse*¹⁰ der indikatorene gjør det mulig å følge utviklingen i arbeidsmiljøet i Norge over tid. Indikatorene dekker ulike sider av arbeidsmiljøet, som psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, fysisk og kjemisk arbeidsmiljø, mekaniske belastninger, sykefravær/uførhet, ulykker/skader samt en rekke andre helseutfall. Den viktigste datakilden er Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKU-A)¹¹. På [SSBs sider om arbeidslivet](#) finnes det også mye relevante data.

Levevaner

Alkohol-/rusforebygging

Menn drikker oftere, mer, og mer risikofylt enn kvinner. Samtidig tåler kvinner mindre mengder alkohol enn menn. Kvinnekroppen består også av en høyere andel fett og lavere andel vann, som gjør at kvinner gjerne får en høyere promille enn en mann av samme alkoholinntak. I Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) nevnes kjønnsforskjellen i en ernæringsmessig sammenheng hvor det er

4 Mehlum, I.S. (2011): Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? Tidsskrift for Den norske legeförening 2011; 131: 122-5

5 Knardahl, S., H.A. Johannessen, T. Sterud, M. Härmä, R. Rugulies, J. Seitsamo & V. Borg (2017): The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses

6 Schafft, A. og Spjelkavik, Ø. (2017): Arbeidsgiverperspektiver på inkludering: Hva er god inkluderingskompetanse? Rapport 2014:5, Arbeidsforskningsinstituttet

7 Bockerman, P. & P. Ilmakunnes (2017): Do good working conditions make you work longer? Evidence on retirement decisions using linked survey and register data. IZA Discussion Paper No.10964, 2017. IZA Institute of Labor Economics: Tyskland

8 Det store TTA prosjekt; Proces-, effekt- og økonomisk evaluering, Rapport 2012: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (Danmark)

9 Helsepolitisk barometer 2018. Rapport: Kantar TNS.

10 Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021). STAMI-rapport, Oslo. Statens arbeidsmiljøinstitutt. Årgang 22, nr. 4.

11 SSB (2020) Arbeidsmiljøundersøkelse om arbeid 2019 <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/arbeidsmiljo-levekarsundersokelsen>

vist til at inntak av alkohol bør begrenses og ikke overstige omtrent 10 gram alkohol per dag for kvinner og 20 gram per dag for menn.

[Studier](#) har avdekket et minkende gap mellom menn og kvinners inntak av alkohol, samt alkoholrelaterte helseskader, de senere årene. Samtidig drikker middelaldrende og eldre nordmenn mer og oftere enn generasjonene før dem. Økningen er størst i aldersgruppene 66-79 år, og den er omtrent like stort for kvinner og menn, og det er grunn til å anta at kvinner vil være spesielt utsatt for høyere risiko for helseskader knyttet til alkoholbruk med tanke på disse utviklingstrekkene.

Undersøkelser har vist at sammenhengen mellom moderat inntak av alkohol og en rekke helseskader er lite kjent i befolkningen. Dette gjelder blant annet sammenhengen mellom alkohol og kreft, og spesielt brystkreft, som er en kreftform som først og fremst rammer kvinner. Alkohol er en av de viktigste modifiserbare faktorene for å påvirke brystkreft [i følge WHO](#). Det er behov for å øke kunnskapen i befolkningen om sammenhengen mellom brystkreft og alkoholkonsum.

I følge [FHI](#) er vold i parforhold ofte knyttet til alkoholbruk, og menn med et høyt alkoholkonsum er mer tilbøyelige til å utøve partnervold. En [studie](#) blant unge voksne i Norge viste at mindre alvorlig og episodisk vold mellom ektefeller/ partnere også forekommer hyppigere blant dem med høyt alkoholkonsum. En [studie](#) av kvinner som søkte hjelp på krisesenter etter partnervold, viste at gjerningsmennene var ruspåvirket i over halvparten av tilfellene der parene hadde norsk bakgrunn, og i en fjerdedel av tilfellene der parene hadde innvandrerbakgrunn.

Det er behov for større grad av bevissthet rundt disse problemstillingene i forebyggingsarbeidet. Og ikke bare beruselse/avhengighet, men også risiko for sykdom ved mindre/moderat inntak av alkohol. Kjønnsspesifikke forebyggingsstrategier er i liten grad benyttet på alkohol- og rusområdet.

Tobakksbruk

De aller siste tallene fra SSB viser nå at det er flere kvinner enn menn som røyker. [Det forrige Kvinnehelseutvalget i 1999 bekymret seg for at kvinner røykte like mye som menn, og de har nå tilsynelatende passert mennene, men det er allikevel viktig å merke seg at tallene totalt sett har gått ned](#). Rundt 8 prosent av befolkningen mellom 16 og 74 år røykte daglig i 2021. 9 prosent kvinner og 6 prosent menn. Tallene må foreløpig tolkes med forsiktighet, da forskjellen kan være tilfeldig – før vi eventuelt ser en mer varig tendens. Det er flest røykere i aldersgruppen over 45 år, færrest blant de yngste.

Både blant menn og kvinner ser det ut til at nedgangen i røyking har økt kraftig siden årtusenskiftet, og andelen som røyker daglig er halvert de siste ti årene.

Blant ungdom er det rundt 1 prosent som oppgir å røyke daglig. Her er det ingen kjønnsforskjell.

Rundt 1 prosent av gravide røyker daglig eller av og til ved slutten av svangerskapet, viser tall for 2020. Det er 2 prosent av de gravide som sier de røyker ved begynnelsen av svangerskapet. Det har dermed vært en tydelig nedgang i andelen gravide som røyker. I 1999 var det 26 prosent av kvinnene som røykte ved begynnelsen og 18 prosent ved slutten av svangerskapet¹².

¹² Kilde: SSB og medisinsk fødselsregister. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter>

Kosthold

Helsedirektoratets kostråd bygger på en gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen om sammenhengen mellom kosthold, fysisk aktivitet og helse. Det er et nasjonalt mål å øke andelen som kjenner til og har et kosthold i tråd med gjeldende kostråd.

Andelen som kjenner til Helsedirektoratets kostråd er høyest blant kvinner, men dessverre er det få som følger dem. Det er likevel flere kvinner enn menn som følger rådene - for eksempel er det 22 prosent av menn og 25 prosent av kvinner som spiser anbefalt mengde grønnsaker, frukt og bær¹³.

Inntak av jod

Nasjonalt råd for ernæring har pekt på at jodinntaket fra kosten er urovekkende lavt i Norge blant kvinner i fruktbar alder, gravide og ammende. Norske 13-åringer har også et lavt jodinntak (Nasjonalt råd for ernæring 2016). En rekke studier har vist lav jodstatus (målt i urin) i disse gruppene (Nasjonalt råd for ernæring 2021). Det er godt dokumentert at moderat til alvorlig jodmangel i fosterlivet, spedbarnsalder eller tidlig barndom kan føre til utviklingsforstyrrelser og/eller permanent hjerneskade. Det gir også økt risiko for spontanaborter, tidlig fødsel, dødfødsel og medfødte misdannelser. Alle disse negative helseeffektene skyldes endringer i nivå av skjoldbruskhormoner, som er svært viktige for vekst og utvikling. Kumelk og hvit fisk er de viktigste kildene til jod i kosten. Det er mange i Norge som ikke har et tilstrekkelig høyt inntak av disse matvarene til å dekke behovet for jod. Det gjelder først og fremst noen innvandrergupper, unge kvinner generelt og særlig veganere. Kostråd om å drikke melk og spise fisk, samt råd om å ta tilskudd, når ikke de gruppene som trenger det mest, eller tas av ulike årsaker ikke til følge¹⁴.

Nasjonalt råd for ernæring (2016 og 2021) anbefaler at helsemyndighetene innfører økt tilsetning av jod til både husholdningssalt og salt brukt i industrifremstilte bakervarer. Beriking av salt med jod er en sterk anbefaling fra Verdens helseorganisasjon og et effektivt tiltak. Nasjonalt råd for ernæring (2021) foreslår tilsetning av 20 mg jod per kilo salt. Dette vurderes som en forsiktig strategi, men det er tilstrekkelig til å sikre at kvinner i fruktbar alder får nok jod¹⁵.

Eldre kvinner

Kort om utvikling av levealder

Kvinnens forventede levealder¹⁶ har ligget høyere enn menns så lenge dette har blitt beregnet i Norge. Den forventede levealderen i 1846 var om lag 50 år for kvinner og et par år lavere for menn. Allerede på 1800-tallet hadde Norge den høyeste levealderen i verden og i perioden 1947-1955 for

¹³ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/kosthold>

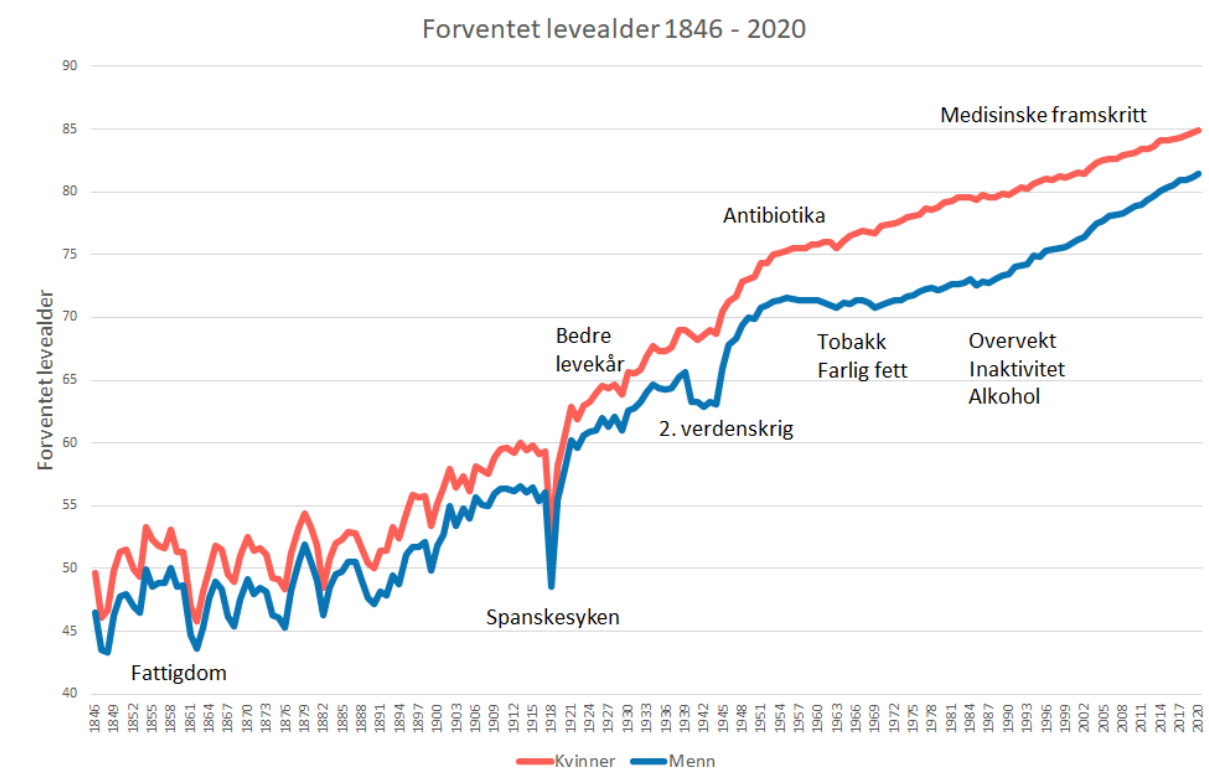
¹⁴ Risiko for jodmangel i Norge. Identifisering av et akutt behov for tiltak. 2016

¹⁵ Anbefaling om beriking med jod for å sikre et tilstrekkelig jodinntak i befolkningen. 2021

¹⁶ Forventet levealder spiller dødeligheten i befolkningen og gir en viktig pekepinn på hvordan folkehelsen er. Forventet levealder er en beregnet størrelse og den virkelige levealderen vil kunne vise seg å bli høyere eller lavere.

menn og 1945-1970 for kvinner lå forventet levealder i Norge på verdenstoppen. I en lengre periode etter dette stod menns forventede levealder stille og gikk til dels ned, mens kvinners levealder fortsatte i positiv retning. Resultatet ble en stor forskjell mellom menns og kvinners forventede levealder i favør av kvinnene. Etter at menns forventede levealder begynte å øke igjen fra midten av 70-tallet, har forskjellen i forventet levealder mellom menn og kvinner gradvis blitt mindre. Norge topper ikke lenger den internasjonale statistikken for levealder. Sammenlignet med andre land har spesielt levealderen for norske kvinner steget mindre enn i land det er naturlig å sammenligne seg med.

Selv om kvinner fortsatt lever lenger enn menn har stigningen i levealder vært større for menn enn kvinner. I 2020 var forventet levealder for kvinner 84,9 år, for menn 81,5 år.



Kilde: FHI

Forventet levealder variere både geografisk og mellom utdanningsgrupper og sosial status. Menn med universitets- eller høyskoleutdanning har 6,4 år lengre forventet levealder enn menn med grunnskole. For kvinner er forskjellen 5 år¹⁷.

Livskvalitet og ensomhet

Nyere undersøkelser tyder på at eldre generelt er ganske tilfreds med livet. Vi har lite data som sier noe om kjønnsforskjeller mellom eldre kvinner og eldre menn, men vi antar at forskjeller mellom kvinner og menn i andre aldersgrupper også kan gjelde for eldre. I tillegg vil den sosiale gradienten som vi tidligere har omtalt være gjennomgående for både helse, trivsel, livskvalitet og ikke minst levealder. Nyere undersøkelser har også pekt på at det er de unge som er mest plaget av ensomhet.

¹⁷ FHI [Forventet levealder i Norge - FHI](#)

Her er det likevel ganske store forskjeller innen gruppen eldre. Selv om mange av de yngre eldre har blant de høyeste skårene av alle aldersgrupper når det gjelder trivsel og livskvalitet, så gjelder ikke dette for den eldste aldersgruppen¹⁸. Siden eldre kvinner lever lenger og ofte lever alene siste del av livet er det mye som tyder at mange av de eldste – som ofte er kvinner – sliter med [ensomhet](#).

Det er også en svakhet med undersøkelser at de ofte ikke fanger opp de aller eldste – f.eks. de som bor på institusjon. Mange har ikke tilgang til eller kan ikke bruke digitale medier som undersøkelsene benytter, eller de hører ikke alltid telefonen. Blant de eldste eldre er det også flere som har sykdommer eller tilstander som gjør det vanskeligere å nå disse, f.eks. demens. Mange befolkningsundersøkelser begrenser derfor utvalget til personer under 80 år eller lavere.

En pågående studie i regi av NOVA - *Ulik aldring og betydningen av sentrale overganger i senlivet (TRILL)* vil kunne gi mer kunnskap om livskvalitet i eldre år og her vil forskjeller mellom kvinner og menn også være et aktuelt tema.

De fleste eldre tjenestemottakere er kvinner

Kvinner lever i gjennomsnitt lengre enn menn, men kvinner lever også i gjennomsnitt flere år med sykdom sammenliknet med menn; 11,5 år versus 9,5 år. Tall for Norge fra [det globale sykdomsbyrdeprosjektet](#) i 2015 viser at 65 år gamle menn kan forvente å leve 18,6 år, hvorav 14,4 år er friske leveår, mens 65 år gamle kvinner kan forvente å leve 21,5 år, hvorav 16,7 år er friske leveår. WHO har foreslått at man uavhengig av alder vektlegger til faktisk funksjonsnivå da mange eldre kan leve gode og selvstendige liv, selv med kroniske sykdommer¹⁹. Mye tyder på at eldre – både kvinner og menn - lever lenger uten bistandsbehov, nå enn tidligere²⁰.

Fordi kvinner lever lenger enn menn er det også slik at det er eldre kvinner som i størst grad rammes av sykdom knyttet til alderdom og som er de største brukerne av kommunale omsorgstjenester.

Data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (Iplos) viser at 371 319 personer mottok kommunale helse og omsorgstjenester i 2020. Dette utgjør 6,9 prosent av befolkningen. Av det totale antallet som mottok kommunale tjenester var 216 113 kvinner, mens 155 195 var menn. Andel av befolkningen som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester øker med alder - fra 1,5 prosent av befolkning i aldersgruppen 0-17 år til 89,1 prosent i aldersgruppen 90 år og over. Bortsett fra for aldersgruppen 0-17 år, har alle aldersgruppene overrepresentasjon av kvinner. For aldersgruppen 80-89 år er fordelingene 61 246 kvinner og 31 742 menn og for 90 år og eldre er den 35 771 for kvinner og 13539 menn²¹.

Pårørende

Så nær som alle vil i kortere eller lengre perioder i livet komme i en situasjon der de er pårørende til andre mennesker som er fysisk eller psykisk syke, har funksjonsnedsettelse eller rusproblemer.

¹⁸ FHI 2021 <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>

¹⁹ WHO 2015: [World report on ageing and health \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/world-report-on-ageing-and-health-2015)

²⁰ Skirbek et al <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14034948211011796>

²¹ [Microsoft Word - Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020 .docx \(helsedirektoratet.no\)](#)

Det er ulike definisjoner av pårørende og omsorgsarbeid. Pårørendealliansen har anslått at det til enhver tid er om lag 800 000 personer²² i Norge som befinner seg i et pårørendeforhold til andre mennesker som innebærer at de bidrar med hjelp og omsorg, som det ellers ville vært behov for at det offentlige ivaretok. I Nasjonal pårørendeundersøkelse for 2020/21 opereres det med et tall på 1,5 mill. mennesker²³ som har et pårørendeansvar, men da er det ikke stilt krav om regelmessighet eller et visst omfang av pårørendeinnsatsen – bare at den som er spurt anser seg som pårørende.

Nasjonalforeningen for folkehelse anslår at 400 000²⁴ er pårørende til mennesker med demenssykdom. Dette tallet omfatter både de som bor hjemme og på institusjon. Mange av disse er ektefeller, men også godt voksne barn. Siden mange av disse pårørende er eldre, har mange av dem også egne helseplager. I følge Bettina Husabø (Professor og leder for Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS), Universitetet i Bergen) er gjennomsnittsalderen for pårørende til personer med demenssykdom rundt 66 år; 65 prosent er kvinner; 43 prosent er ektefeller og 52 prosent er alene om omsorgen. Omsorgsbelastningen er i gjennomsnitt 2089 arbeidstimer/år = 6 timer/dag (inkl. helg) (1 årsverk er 1750 timer/år). Mange setter sine liv på vent mens de bruker mye tid (mer enn fulltidsjobb) på omsorgsoppgaver. Om lag 25 prosent føler at de ofte/av og til ikke holder ut. Mange opplever skam, må jobbe mindre, og får selv redusert helse og livskvalitet²⁵.

Av Levekårsundersøkelsen for helse framkommer det at pårørendeomsorgen i Norge er beregnet til å utgjøre 136 000 årsverk²⁶, mens årsverkene i kommunale helse- og omsorgstjenester utgjorde rundt 142 000 årsverk.

I følge SSB²⁷ er det 16 prosent av befolkningen som gjør en form for regelmessig ulønnet omsorgsarbeid for syke, eldre eller funksjonshemmede. Andelen har vært stabil siden 2012, og det er uføre, deltidsarbeidende og middelaldrende som i størst grad bruker fritiden på å gi hjelp eller tilsyn til naboer, venner, foreldre eller andre slektninger. 23 prosent av de mellom 45 og 66 år gjør regelmessig ulønnet omsorgsarbeid, mot 16 prosent i befolkningen som helhet. I følge SSB er det ingen signifikant forskjell i andelen kvinner og menn som yter ulønnet omsorg. Dette er forskjellig fra situasjonen en del tidligere år da kvinner har gjort mer omsorgsarbeid enn menn. I 2008 var f.eks. andelen 18 prosent blant kvinner og 13 prosent blant menn. Det er ingen forskjell på hvor mye tid menn og kvinner bruker på ulønnet omsorgsarbeid i uka, men tiden brukes ulikt. Kvinner bruker noe mer tid på hjelp og tilsyn til sine foreldre enn det menn gjør, henholdsvis 4 og 3 timer i uka. Menn bruker tilsvarende mer tid på hjelp og tilsyn til andre enn sine foreldre, som øvrige slektninger, naboer eller venner.

SSBs siste data samt yngre menns større deltakelse i barneomsorg generelt, kan tyde på at omsorgsrollene endres og at flere menn nå gjør mer ubetalt omsorgsarbeid enn tidligere. Vi vet imidlertid ikke nok om dette. Helsedirektoratet vil omtale dette nærmere i en rapport om

²² <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2021-47-Brutto-produksjonstap-av-parorendeinnsats-i-Norge.pdf>

²³ [Nasjonal pårørendeundersøkelse Opinion 2021 for Helsedirektoratet.pdf](#)

²⁴ <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

²⁵ Notat fra Bettina Husabø mars 2022 til Dialogmøte med kompetansemiljøene som har bidratt med kunnskapsgrunnlag til denne rapporten.

²⁶ SSB- Hjemås, Holmøy et al. 2019 <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/386122?ts=16a9b1eef68>

²⁷ SSB 2020: Levekårsundersøkelse om ulønnet omsorgsarbeid: [Uføre og deltidsansatte gjør mest ulønnet omsorgsarbeid - SSB](#)

omsorgstjenester som vi antar vil bli publisert i løpet av halvåret og en ny nasjonal pårørendeundersøkelse vil også kaste nærmere lys over dette.

Kunnskap om eldre kvinners helse relatert til kjønnsroller

Det er begrenset hva vi vet om eldre kvinner vs. eldre menn. I den grad kjønnsforskjeller har vært tema har det nok heller vært bekymring for eldre menn som lever alene og at menn ikke oppsøker helsehjelp i tide.

Tidligere forskning har antydnet at eldre kvinner takler overgangen mellom yrkesaktivitet og pensjonistliv bedre enn menn. Dette henger bl.a. sammen med sosiale relasjoner og tilknytning til yrkeslivet. Kvinners yrkesaktivitet og tilknytning til yrkeslivet har imidlertid blitt sterkere i de siste årene, samtidig som omsorgsrollene også er i ferd med å endres. Vi vet derfor ikke sikkert om denne tendensen er like tydelig i dag. Den tidligere nevnte pågående studien - *Ulik aldring og betydningen av sentrale overganger i senlivet (TRILL)* vil kanskje kunne gi mer kunnskap om dette temaet.

I en forskningsartikkel fra noen år tilbake (2014) stilte Herlofson, K., & Ugreninov E.²⁸ spørsmål om hvorvidt omsorgsfulle fedre også er omsorgsfulle sønner og om et mer likestilt familieliv også medfører mer hjelp til eldre foreldre. Resultatene fra denne artikkelen tyder ikke på at det er noen slik sammenheng. Menn som praktiserer likedeling av husarbeid er mindre tilbøyelige til å hjelpe foreldre enn menn med en mer tradisjonell arbeidsdeling der kvinnen gjør mest. Deling av barneomsorg har ingen betydning for hjelpemønsteret. For kvinner er det først og fremst innsats i yrkesarbeid som står i sammenheng med hjelp til foreldre. Deltidsarbeidende kvinner stiller i større grad opp enn det kvinner som jobber fulltid gjør. Forskningsartikkelen er noen år gammel og det hadde derfor vært interessant å se om og i tilfelle hvordan dette har endret seg.

Kommunene er forpliktet til å tildele forsvarlige tjenester etter individuelle behov. Et forskningsprosjekt på NOVA i 2014²⁹ rettet søkelyset mot tildeling av omsorgstjenester og kjønn. Kjønnnet både på den hjelpetrengende og nærmeste omsorgsperson ga utslag. En hjelpetrengende kvinne med sønn ville motta mer hjelp enn en hjelpetrengende kvinne med datter. Dersom den hjelpetrengende hadde vært en mann ville han også få mer hjelp enn hvis han var en kvinne. Undersøkelsen er noe gammel og dette var kun en enkeltstående undersøkelse. Mye kan ha endret seg både i faktiske behov, supplerende ordninger som matombringing og digitale tjenester. Den faktiske situasjon i dag ville det derfor vært interessant å få mer kunnskap om.

²⁸ <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/2533>

²⁹ Berge, T., m.fl.: [Formell og uformell omsorg. Samspill mellom familien og velferdsstaten](#), NOVA Notat 3/2014

SYKDOMMER – KJØNNSPERSPEKTIV I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE

Det forrige utvalget bekymret seg over noen trekk ved kvinners sykdomsutvikling i 1999, og ønsket mer grunnforskning om kjønnsforskjeller i sykdomsforekomst og forløp av sykdommer. De mente også at de som bevilger penger til forskning bør få sterkere føringer for å bringe kjønnsforskjeller inn som sentral dimensjon i forskning som utføres. Først to år senere, i 2001, kom Den nasjonale forskningsetiske komité med anbefalinger om å inkludere begge kjønn i medisinsk forskning. Det er allikevel fortsatt behov for mer forskning om kvinnehelse.

Som en innledning vil vi først trekke fram et innspill om kvinnehelse som Helsedirektoratet ga til Norges forskningsråd knyttet til en diskusjon om prioriteringer (publisert 13. 12.21):

"Kvinnehelse

Kunnskap og forskning om kvinners helse må videreutvikles og styrkes. Kvinnehelse er et temaområde som handler om helseforhold som rammer spesifikt kvinner og der det er stor forskjell med menn. Det er kjønnsforskjeller innen kreft, psykiske lidelser, demens, kroniske diffuse lidelser og kvinner er overrepresenterte i statistikken over langvarige sykdom og uføretrygd. Noen sykdommer rammer flere kvinner enn menn. For lidelser som rammer begge kjønn trenger vi mer kunnskap om kvinnespesifikke symptomer slik at kvinner får likeverdig diagnostikk og behandling. Kvinner lever lengre enn menn, men opplever mer sykdom og er avhengige av offentlig pleie- og omsorgstjenester i større grad enn menn. Forskningen må også omfatte livsløpsperspektivet og hvilke livsvalg kvinner gjør. Vi trenger mer kunnskap om kvinners helse hos unge og eldre kvinner. For eksempel, er det en økning av psykiske lidelser hos unge kvinner. Det er også en stor økning i antall demente eldre kvinner. Det er behov for mer kunnskap om kjønnsforskjeller knyttet til forekomst, risikofaktorer og forebygging, symptombylde og behandlingseffekt. Kartlegging av forskningsaktivitet og kunnskapshull kan drive fram både grunnleggende forskning, anvendt forskning og innovasjon som kan svare på spesifikke problemstillinger knyttet til kvinners helse."

Innspillet som Helsedirektoratet ga Norges forskningsråd oppsummerer at vi fortsatt mener det mangler kunnskap om kvinners sykdom, symptomer og sykdomsforløp. Det er etter hvert ganske kjent at kvinner har andre symptomer enn menn når det gjelder eks. hjerteinfarkt. Men i tillegg er det mange andre tilstander der det er forskjell mellom kvinner og menn.

Benskjørhet (osteoporose)

I Norge har ca. 300 000 personer benskjørhet. Det er en større andel av befolkningen enn vi finner i andre land. Tilstanden er mest vanlig hos eldre kvinner. Fall og brudd, spesielt hoftebrudd, har store konsekvenser individuelt og på samfunnsnivå. Skjeletthelse er viktig gjennom hele livet og benskjørhet kan forebygges.

Det er behov for mer kunnskap om årsakene til osteoporose og om konsekvensene av tilstanden. Det er mulig at man også behøver mer befolkningsinformasjon om forebygging og behandling. Det er viktig at kvinner får og har denne kunnskapen før et fall eller en skade oppstår. Forebygging er viktig for å kunne opprettholde god helse og funksjon i alderdommen.

Som et forebyggende tiltak er det i de siste årene igangsatt flere ulike treningsopplegg – f.eks. *Sterk og stødig* der eldre kan melde seg på lokale kurs eller følge et treningsopplegg hjemme. Kursene retter seg mot både kvinner og menn, og er godt besøkt av kvinner. Budskap om fysisk aktivitet inkludert styrke og balansetrening er viktig at blir kjent for flest mulig.

Helsedirektoratet har utviklet [Basis – Fallforebyggende trening for eldre](http://basis-fallforebygging.no) (basis-fallforebygging.no) som er et gratis e-læringsprogram som skal styrke kunnskapen om fallforebyggende trening og behov for fysisk aktivitet i hverdagen blant ansatte eller personer som jobber ved landets treningsentre, aktivitetssentre og institusjoner for eldre.

Demens

Når kvinner lever lengre enn menn, så vil også flere kvinner enn menn få demens. Vi har tidligere omtalt demens under folkehelsekapittelet. Kompetansesenteret for aldring og helse har nylig utviklet en nettside bygd på forekomststudier av demens, Demenskartet.no., der forekomst og framskriving av demens framkommer for ulike regioner. Siden kvinner også ofte er lengstlevende av par, vil mange flere kvinner enn menn leve alene når de får demenssykdom.

Det er fortsatt mye vi ikke vet om kjønnsforskjeller og demens. Geir Selbæk i Aldring og helse har uttalt:

Det er mye som tyder på at den kognitive profilen er forskjellig hos kvinner og menn, dvs. at mønsteret for den kognitive svikten er forskjellig. Det burde avspeile seg i demensdiagnostikken, men jeg tror fremdeles det er lite kunnskap om dette i klinikken. Nokså likt det vi tidligere har sett angående utredning av hjerte-kar-sykdommer blant kvinner. Utredningen og terskelverdier har i stor grad vært definert med tanke på mannlig kjønn, noe som kan føre til dårligere diagnostisering blant kvinner.

Vi vet også at atferdsmessige og psykologiske symptomer er forskjellig blant menn og kvinner.

Endelig kan vi for lite om hvordan funksjonstap best kartlegges hos kvinner og menn. Fremdeles eksisterer det «gamle» kjønnsrollemønstre, som gjør vurdering av dagliglivets funksjoner krevende. Forventningen til hva som er innenfor det normale for funksjon varierer mellom kjønnene, noen ganger håndteres dette tilfeldig.

Endelig bruker eldre kvinner mye mer psykofarmaka enn menn. Både blant dem med og uten demens.

Kreft

Det er flere typer kreft fagrådgiverne i Helsedirektoratet har trukket fram som spesielt viktige fra et kvinnehelseperspektiv. Generelt kan det være viktig å undersøke om kvinner har en annen risikoprofil enn menn, og om det er de samme undersøkelsene som fanger opp de ulike kreftformene som det er for menn.

- Det er viktig med spesiell oppmerksomhet rundt gynekologisk kreft: kreft i eggstokker, tuber, livmor, vagina og vulva.

- Lungekreft: I 2020 ble det registrert 1627 nye tilfeller av lungekreft blant kvinner, mot 1704 blant menn. Forekomsten av lungekreft blant kvinner over 50 år har steget kraftig de siste tiårene. Hva

skyldes dette? Og hvordan følges dette opp? Kan det være andre faktorer enn røyking som ligger bak, - f.eks. økende andel overvekt?

- Tykktarmskreft: I 2020 ble det registrert 1617 nye tilfeller av tykktarmskreft blant kvinner i Norge, mot 1504 blant menn. Norge er et av landene i verden med høyest forekomst av tarmkreft. Dette er den vanligste kreftformen blant kvinner over 70 år. Hvordan tilnærmer vi oss dette?

Mammografiprogrammet

Mammografiprogrammet er et screeningtilbud til alle norske kvinner mellom 50 og 69 år. Mammografiscreening er undersøkelse av brystene hos kvinner som i utgangspunktet ikke har symptomer på brystkreft. Vi har tidligere kommentert at det er en sosial gradient etter inntekt i deltakelse av mammografiscreening.

Det er for tiden en diskusjon rundt mulig utvidelse av aldersgruppene som skal inkluderes i mammografiscreeningen. *I Europa, der de fleste helsemyndigheter nå anbefaler organisert mammografiscreening, varierer det hvilke aldersgrupper som inviteres. De fleste land inkluderer gruppen 50-69 år, men land som England, Nederland og Sverige inkluderer kvinner som både er yngre og eldre enn 50 og 69 år³⁰.*

Kjønnsbundne sykdommer

Dette er sykdommer som bare rammer kvinner, og som gir mange store plager. Eksempler er endometriose/adenomyose, klimakterielle plager, vulvodyni, og kreft i underlivet som nevnt ovenfor. Dette er sykdommer som kan gi dysmenore, dyspareuni, smerter eller sterke blødninger. Slike plager kan medføre stort fravær fra skole og jobb, de kan påvirke sosialt samvær og samliv negativt, og gi betydelige samfunnskostnader. For noen tilstander er det avdekket forsinkelse i diagnostiseringen og mangelfullt helsetjenestetilbud. Helsedirektoratet mener at tiltak bør iverksettes for å bedre behandlingstilbudet. Av aktuelt arbeid som er i gang kan vi nevne at Helsedirektoratet for tiden jobber med et oppdrag om å foreslå tiltak som forbedrer helsetjenestetilbudet til endometriose/adenomyose-pasienter.

Sykdommer som rammer kvinner i større grad enn menn

Flere av bindevevssykdommene, hypothyreose, kronisk utmattelsessyndrom CSF/ME, migrene, fibromyalgi med mer er sykdommer og tilstander som rammer flere kvinner enn menn. Her etterspør Helsedirektoratet mer kunnskap om årsaker, og er det slik at utredning, behandling og oppfølging bør bedres? Dette var noe som det forrige Kvinnehelseutvalget trakk fram, og vi mener fortsatt det er behov for mer innsats på dette området.

³⁰ <https://www.kreftregisteret.no/screening/mammografiprogrammet/Aldersgruppen/>

Psykisk helse

Helsedirektoratet har ikke hatt anledning til å gå i dybden på dette området, men kan eventuelt gi mer informasjon om det ønskes. Vi har tidligere omtalt kort en sosial gradient i psykiske helseforskjeller, og vil komme inn på gravidets psykiske helse og dårlig psykisk helse blant kvinnelige innsatte i senere kapittel. Her omtaler vi kort noen generelle områder, før vi ser litt nærmere på kunnskapen om barn og unges psykiske helse.

Flere kvinner enn menn får behandling for psykiske helseplager.

Noen tilstander rammer bare kvinner, slik som svangerskapsdepresjon og psykiske plager i forbindelse med menopause. Når det gjelder kvinner og rusmiddelbruk kan det være annen problematikk enn det er for menn, og dette er ofte skambelagt. Når det gjelder bruk av smertestillende midler og overdoseproblematikk kan bilder også være forskjellig avhengig av kjønn.

Kvinner kan ha annen psykologisk sårbarhet enn menn knyttet til somatiske lidelser, og knyttet til kvinnerollen inn i familier, med tunge omsorgsoppgaver og som pårørende.

Vi omtaler ikke vold i særlig grad, men det rammer kvinner på andre måter enn det rammer menn. Dette har konsekvenser for de psykiske helseplagene.

Barn og unges psykiske helse

NOU 1999 trekker fram tre dimensjoner i mange kvinners liv: relasjonsorientering; selvrefleksjon og skjønnhet og estetikk. Vi ønsker å vite mer om hvordan f.eks. sosiale medier har virket inn på særlig unge kvinners selvoppfattelse, og mer om virkningen av at mange flere nå benytter ulike former for inngrep for å endre på utseendet. Som vi ser nedenfor er det noen sammenhenger som burde utforskes videre.

De siste tiårene har det vært en økning i selvrapporterte psykiske helseplager, særlig blant unge jenter. Forskere ved NOVA har sett nærmere på hva som kan ligge bak denne økningen, og har publisert sine funn i rapporten [Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager \(oslomet.no\)](#). Ved hjelp av fokusgruppeintervjuer med ungdom og analyser av Ung i Oslo 2015 har forskerne utforsket sammenhenger mellom psykiske helseplager og skolepress, kroppspress og sosiale medier. Hovedfunn fra prosjektet er at ungdommene knytter symptomene på psykiske helseplager til stress, og at det er skolesituasjonen som er tettest knyttet til ungdommers stressrelaterte psykiske helseplager. Det er også mange som opplever et utseendepress, særlig jenter, og det er en relativt sterk sammenheng mellom kroppsbylde og depressive symptomer.

Folkehelseinstituttets digitale [Folkehelse rapport](#) gir en oppdatert oversikt over status på ulike områder. Oppdaterte tall om forekomst av psykiske plager blant barn og unge er varslet, men per 30. april 2022 ikke publisert.

Effekter av pandemien på barn og unges hverdag og psykiske helse

Ungdata er en webbasert spørreundersøkelse, som blir gjennomført hvert tredje år i de aller fleste norske kommuner. Undersøkelsen gjennomføres i skolen og omfatter elever på ungdomstrinnet og i videregående. I [Ungdata rapporten fra 2021](#) oppsummeres de nasjonale resultatene fra pandemiåret

2021. Rapporten analyserer hvordan situasjonen for ungdom har utviklet seg det siste tiåret og ser spesielt på ungdoms situasjon før og under covid-19-pandemien. Rapporten tar for seg følgende områder: livskvalitet, venner, foreldre, skole, lokalmiljø, framtid, medier, organisert fritid, fysisk aktivitet, helse, rusmiddelbruk, regelbrudd og vold og trakassering.

Siden Ungdata i 2010 startet å kartlegge forekomsten av selvrapporterte psykiske plager blant norske tenåringer, har man registrert en økning i omfang hvert eneste år, selv om det har flatet noe ut de siste årene. De siste 10-15 årene har økningen først og fremst skjedd blant jenter, noe man også har sett i flere andre land. De aller siste tallene fra Norge tyder imidlertid på en økning også blant gutter.

Generelt viser Ungdata-rapporten (2021) at jenter rapporterer om mindre tilfredshet med livet enn gutter. Kjønnsforskjellene er større for det som har med mestring, nytte og fremtidsoptimisme å gjøre, enn det som har med glede engasjement og energi å gjøre. Det ser også ut til at jenter og gutters skjermbruk er i ferd med å jevne seg ut. Guttene bruker fortsatt mye tid på spill, mens jentene bruker mye tid på sosiale medier. Jenter rapporterer også om mer negativ påvirkning av pandemien – spesielt gjelder dette jenter på ungdomstrinnet. De rapportere oftere om helseproblemer som hodepine og psykiske helseutfordringer, bruker mer smertestillende og benytter skolehelsetjenesten mer.

Vi vet for lite om hvorfor kjønnsgapet i psykiske helseplager øker i ungdomstida, og hvorfor jenter ser ut til å være plaget i langt større grad enn gutter³¹.

Kjønn integrert i retningslinjearbeidet

Sist i dette kapittelet vil vi beskrive en viktig del av Helsedirektoratets arbeid rettet mot helse- og omsorgstjenesten. Vi skal sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt faglig normerende, og utvikler mange veiledere på helseområdet. I tråd med Helsedirektoratets prosess- og metodebeskrivelse skal betydningen av "kjønn" rutinemessig vurderes tidlig i prosessen og mot slutten av arbeidet. Dersom det vurderes å være relevant, inngår det følgelig som en viktig del av den videre utredningen.

- Det står beskrevet i sjekklisten til [Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte tjenester](#). For å se om for eksempel "kjønn" er relevant å adressere, gjøres det rutinemessig en vurdering innledningsvis. Den mer omstendelige "Egnethetsvurderingen" (se vedlegg 1) skal gjøres innledningsvis og danner grunnlaget for hva som adresseres, dvs. problemområdene i hvert normerende produktet. [Se metode- og prosessbok \(intern lenke\)](#).
- Når utarbeidelsen av det normerende produktet nærmer seg ferdig ([se metode- og prosessbok \(intern lenke\)](#)), skal det også gjøres en vurdering av om utkast til anbefalinger kan gi utilsiktede virkninger/konsekvenser. Vurderingene gjelder også her mer enn "kjønn", selv om kjønn er en selvsagt del av vurderingen. Vedlegg 2 er et power poin-bilde som overordnet illustrerer at flere vurderinger inngår.

³¹ Eriksen, I. M., Sletten, M. A., Bakken, A., & von Soest, T. (2017). [Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager](#). NOVA Rapport 6/17. Oslo: NOVA.

Metode- og prosessbeskrivelsen gjelder for normerende produkter innen spesialisthelsetjeneste, helse- og omsorgstjenestene og folkehelsestjenesten.

Når det gjelder relevante oppdrag om kvinnehelse, kan vi nevne noen normerende produkter som har anbefalinger som direkte berører kvinner/kvinnehelse:

- Gravide i legemiddelassistert rehabilitering (2019), bla anbefaling om:
 - [Veiledning til fertile kvinner i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\)](#)
- Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (2016), bla anbefaling om:
 - [Kjønns-spesifikk tilnærming ved avrusning](#)
- Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (2017), bla anbefaling om:
 - [Kjønnsdelte aktiviteter i rusbehandlingen](#)
- Helsestasjon og skolehelsetjenesten (2020), bla anbefaling om:
 - [Kjønns- og legningsnøytralt språk](#)

SEKSUELL OG REPRODUKTIV HELSE

Det er stor oppmerksomhet knyttet til føde- og barseltilbudet i Norge. I Hurdalsplattformen varsler regjeringen at den vil "legge frem en ny stortingsmelding om det helhetlige føde- og barselstilbudet som omfatter både bemanning, følgetjenesten, heltidsstillinger for jordmødre og en ny finansieringsmodell på fødeavdelingene som premierer faglig kvalitet³²", i tillegg til at de nevner tilbudet i Nordmøre og Romsdal og fødeavdelingen i Kristiansund spesielt.

Gravide – en populasjon i endring

I den forrige NOUen fra 1999 trakk utvalget fram at førstegangs fødende var blitt stadig eldre det siste tiåret. Denne utviklingen har fortsatt videre. De viktigste endringene de siste 20 årene er en økning i alder, kroppsmasseindeks (KMI) og underliggende sykdommer og tilstander i svangerskapet. Det er også en vesentlig økning av gravide med fødeland utenfor Norge. Fødende fra enkelte land bidrar vesentlig til en økning i risikoprofilen for populasjonen³³.

Folkehelseinstituttets folkehelse rapport for 2021 gir oppdaterte tall for [Helse under svangerskap og fødsel - FHI](#)³⁴. Fødselstallene har vært synkende de siste 12 årene, og fødsler per 1000 kvinner i fertil alder har aldri vært lavere i enn i 2020. Den største relative nedgangen har vært i Nord-Norge. I 2021 har det imidlertid skjedd en oppgang i fødselstallet. Foreløpige tall fra Medisinsk fødselsregister viser at det i 2021 ble født 2925 flere barn enn i 2020.

³² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/?ch=13>

³³ [Rapport om fødepopulasjonen.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#) (mars 2020)

³⁴ [Helse under svangerskap og fødsel - FHI](#) (februar 2022)

Alder og kroppsmasseindeks for fødende

Det er i dag få tenåringer som blir gravide, og de fleste tenåringer som blir gravide velger å ta abort. I 2020 var det 42 kvinner 17 år og yngre, og 226 kvinner i alderen 18-19 år som fødte et barn. Rundt 1970 var tilsvarende andel vel 10 %. Det er samtidig også en nedgang i antall aborter hos de yngste kvinnene. I 2020 ble det utført 4,4 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i aldersgruppen 15-19 år. Dette er det laveste tallet siden registreringer startet i 1979. Til sammenligning var tallet 20,1 per 1000 kvinner i denne aldersgruppen i 2000³⁵. Endringen sees i sammenheng med bedre tilgang til sikker prevensjon, blant annet på grunn av en satsning på etablering av helsestasjon for ungdom i kommuner, subsidiering av prevensjon inkludert langtidsvirkende hormonell prevensjon til gruppen, samt at flere yrkesgrupper har fått forskrivningsrett på prevensjon (jordmor og helsesykepleier).

Gjennomsnittsalder ved første fødsel har økt jevnt fra 23,1 år i 1967 til 29,8 år i 2020. Mors alder ved alle fødsler økte til 31,4 i 2020. Kvinner i Oslo har høyest gjennomsnittsalder ved første barn (31,8 år) og ved alle fødsler (32,9 år). Antall og andel fødende som er 40 år og eldre har samtidig økt fra 2,9 % av i alt 60 371 fødende i 2008, til 3,6 % av 55 070 fødende i 2018.

Befruktningsevnen faller med økende alder. Høy alder før første svangerskap øker behov for assistert befruktning, og øker risikoen for komplikasjoner som svangerskapsforgiftning og svangerskapsdiabetes. 27 % av alle fødsler settes i gang kunstig. Det har vært en kraftig økning de siste 10 år med nesten 10 prosentpoeng. Forklaringen er først og fremst at flere som går over termin blir igangsatt. Men også flere med diabetes og svangerskapsforgiftning blir satt i gang.

Data om kroppsmasseindeks (KMI) er noe ufullstendig. Andel gravide med KMI > 30 før svangerskapet er endret fra 11,7 % til 12,7 %, mens andel med KMI > 40 har vært stabilt på 1,1 %. Se også [Helse under svangerskap og fødsel - FHI](#) under Sykdom og komplikasjoner i svangerskapet.

Kompliserende faktorer i svangerskap

69 % av alle fødsler hos **førstegangsfødende** forløper uten større inngrep eller komplikasjoner. Med større inngrep menes keisersnitt, tang eller vakuumpompe. Med komplikasjoner menes blødning over 1500 ml eller transfusjonsbehov hos mor, fødselsrifter grad 3 eller 4, eller Apgar-score under 7 hos barnet fem minutter etter fødsel. 93 % prosent av alle fødsler hos **flergangsfødende** forløper uten større inngrep eller komplikasjoner.

I løpet av tiårsperioden (2008 – 2018) er gruppen gravide med sykdommer/sykdomskategorier økt fra 18,0 % til 22,4 % (astma, kronisk hypertensjon, kronisk nyresykdom, reumatoid artritt, thyroideasykdom, hjertesykdom, epilepsi, diabetes Mellitus (inkludert svangerskapsdiabetes)). Det er en økning i svangerskapsdiabetes fra 2,2 % til 5,8 %, men disse tallene må tolkes med varsomhet da en ikke kan utelukke at endret innmelding har bidratt til økningen.

³⁵ Ibid

Fødsler hvor mor er født utenfor Norge

Siden 2008 har andel fødsler av mødre som selv ikke er født i Norge økt med rundt 10 prosentpoeng, fra en andel på 19,9 % i 2008 til 30,2 % i 2018. FHI vurderer at andelen utenlandsfødte mødre har stabilisert seg rundt 29%. Andelen fødsler av utenlandsfødte mødre er størst i Helse Sør-Øst, med konsentrasjon ved Oslo og nærliggende sykehus.

Psykisk helse og medikamentbruk under svangerskap

Forekomsten av psykisk sykdom i svangerskap er omtrent den samme som i den generelle befolkningen av kvinner i tilsvarende alder, hvilket betyr mellom 6000-12000 av alle gravide hvert år. En del av diagnosene er overlappende, det vil si at det er noen som kan ha flere diagnoser samtidig. Internasjonal forskning anslår at fødselsdepresjon rammer mellom 7% og 13% av alle fødende kvinner. I Norge betyr dette at mellom 4000 og 8000 kvinner utvikler fødselsdepresjon hvert år.

Medisinsk fødselsregister (MFR) og data innrapportert til Norsk pasientregister (NPR) har lite informasjon om psykisk helse og rusproblemer i svangerskapet. Data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)³⁶ viser at omtrent 10 prosent av kvinner registrert med kode for svangerskapskontroll i 2019 ble registrert med kode for depressiv lidelse, høyest for kvinner i aldersgruppen 35 år og eldre. Tilsvarende tall for angstlidelse var 3-4 prosent og for søvnlidelser 10-11 prosent.

Publiserte data fra MFR og Reseptregisteret, basert på 600.000 fødsler i perioden 2005 til 2015, viste at seks av ti gravide brukte en eller flere reseptbelagte medisiner i løpet av svangerskapet. Videre viste dataene at 3 % brukte opioider under svangerskapet, 1,6% brukte angstdempende/beroligende midler, og 1,5% brukte antidepressiva. Andelen mødre som brukte mulig skadelige medisiner i første del av svangerskapet økte fra 15 % til 19 % fra 2005 til 2015³⁷.

Gjentatte svangerskapsavbrudd

Kvinner i sårbare livssituasjoner, som flyktninger og kvinner med psykiske plager eller sykdom, har høyere sannsynlighet for å ta abort sammenlignet med kvinnepopulasjonen for øvrig.³⁸

Tall fra Abortregisteret i Norge viser at de fleste som velger å avbryte et svangerskap gjennomfører kun ett svangerskapsavbrudd i løpet av livet. 40 prosent av de som foretok abort mellom 2014 og

³⁶ Beregningene er basert på uttrekk først av alle kvinner som er registrert med kode knyttet for svangerskapskontroll (ICPC2 W781) 2017-2019. Deretter er det undersøkt hvor stor andel av disse som også

³⁷ Trends in prescription drug use during pregnancy and postpartum in Norway, 2005 to 2015 - PubMed (nih.gov)

³⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2016-2022).

2018 hadde tatt minst en abort tidligere, enten med mindre enn tre års mellomrom (23 prosent) eller mer enn tre års mellomrom (17 prosent). I likhet med aborttallene generelt var andelen som tok gjentatte aborter innen tre år høyest blant aldersgruppen mellom 20 år og 34 år i tidsrommet 2014-2018. Data fra abortregisteret viser at de som tar abort etter uke 8 og de som velger kirurgisk abort har høyere sannsynlighet for å ta gjentatte aborter sammenlignet med abortsøkende som avbrøt svangerskapet tidligere eller som valgte medikamentell abort.³⁹ En canadisk studie fant at de som er utsatt for vold og overgrep har økt sannsynlighet for å ta gjentatte aborter.⁴⁰ Dette kan bla. forstås i lys av annen forskning som viser at usikre fremtidsutsikter ser ut til å ha innvirkning på utfallet av et uplanlagt svangerskap.^{41, 42} Oppsummert forskning viser at noen kvinner tar abort fordi de økonomiske betingelsene ikke ligger til rette for å få barn i livsstadiet de befinner seg i.^{43, 44} Dette samsvarer med tendensen i England, hvor sannsynligheten for å ta abort stiger jo lavere sosioøkonomisk status kvinnen har.⁴⁵ Svensk forskning har dokumentert at en tredjedel av abortsøkende kvinner oppgir sosioøkonomiske faktorer som begrunnelse for å ta abort.⁴⁶ Studier viser også at lav sosioøkonomisk status er en disponerende faktor for gjentatte aborter.^{47, 48}

Data fra Abortregisteret viser at de fleste som tok abort mellom 2014 og 2018 ikke brukte prevensjon da de ble gravide. Om lag 38 prosent oppga å ha brukt prevensjon. De vanligste prevensjonsmetodene var hormonell prevensjon som p-piller og andre korttidsvirkende metoder og kondom, med henholdsvis 20 prosent og 11 prosent. 2 prosent hadde brukt nødprevensjon og 5

39 Analyser gjort av abortregisteret i perioden 2014-2018 i forbindelse med utarbeidelse av utkast til handlingsplan for fortsatt reduksjon i svangerskapsavbrudd fram mot 2024

40 Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *Cmaj* 2005;172(5):637-41

41 Larsson M, Aneblom G, Odland V, Tydén T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2002;81(1):64-71.

42 Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons US women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on sexual and reproductive health* 2005;37(3):110-8.

43 Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. An illusion of power: Qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2009;41(3):173-80.

44 Kirkman M, Rowe H, Hardiman A, Mallett S, Rosenthal D. Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Archives of women's mental health* 2009;12(6):365-78.

45 Department of Health & Social Care (DHSC). Abortion Statistics, England and Wales: 2018 - Summary information from the abortion notification forms returned to the Chief Medical Officers of England and Wales. London: Department of Health & Social Care (DHSC); 2019.

46 Makenzius M. Unintended Pregnancy, Abortion and Prevention: Women and Men's Experiences and Needs: *Acta Universitatis Upsaliensis*; 2012

47 Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Repeat induced abortion—a matter of individual behaviour or societal factors? A cross-sectional study among Swedish women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2011;16(5):369-77.

48 John HS, Critchley H, Glasier A. Can we identify women at risk of more than one termination of pregnancy? *Contraception* 2005;71(1):31-4.

prosent oppgav andre typer prevensjon.⁴⁹ De fleste som har gjennomført en abort er motivert for å bruke prevensjon. Forskning viser en betydelig lavere sannsynlighet for gjentatte aborter blant kvinner som brukte langtidsvirkende prevensjon etter en abort.⁵⁰

Kvinner som bruker illegale rusmidler og kvinner med høyt alkoholkonsum ser ut til å ha økt sannsynlighet for å bli uplanlagt gravide og å ta abort.^{51, 52} Russisk forskning har funnet at sannsynligheten for gjentatte aborter øker med økende alkoholkonsum.⁵³ Tilsvarende er funnet for rusmiddelbruk i USA.⁵⁴

Reproduktiv helse blant seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter

Oppsummert forskning tyder på at seksuelle minoriteter sin seksualitet og reproduktive helse ikke er godt nok ivarettatt i det helsefremmende og forebyggende arbeidet⁵⁵. Internasjonal forskning viser at seksuelle minoriteter som gruppe har udekkede behov for prevensjon⁵⁶. En mulig årsak kan være at tiltak for å fremme prevensjonsbruk og forebygge uplanlagte svangerskap hovedsakelig er rettet mot heteroseksuelle kvinner⁵⁷. Kvinner som har sex med kvinner (KSK) har ofte også hatt sex med menn⁵⁸. Utenlandske studier viser at denne gruppen debuterer tidligere seksuelt, har flere mannlige

49 Analyser gjort av abortregisteret i perioden 2014-2019 i forbindelse med utarbeidelse av utkast til handlingsplan for fortsatt reduksjon i svangerskapsavbrudd fram mot 2024

50 Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, et al. Frequency and risk factors for repeat abortions after surgical compared with medical termination of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2009;113(4):845-52

51 Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013;382(9907):1807-16

52 Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA. Risk factors for repeat elective abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007;197(6):575. e1-. e6.

53 Keenan K, Grundy E, Kenward MG, Leon DA. Women's risk of repeat abortions is strongly associated with alcohol consumption: a longitudinal analysis of a Russian National Panel Study, 1994–2009. *PLoS one* 2014;9(3)

54 Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA. Risk factors for repeat elective abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007;197(6):575. e1-. e6.

55 Svoboda DV, Shaw TV, Barth RP, Bright CL. Pregnancy and parenting among youth in foster care: A review. *Children and Youth Services Review* 2012;34(5):867-75.

56 Stoffel C, Carpenter E, Everett B, Higgins J, Haider S, red. Family planning for sexual minority women. *Seminars in reproductive medicine*. Thieme Medical Publishers; 2017.

57 Leonardi M, Frecker H, Scheim AI, Kives S. Reproductive health considerations in sexual and/or gender minority adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2019;32(1):15-20.

58 Moegelin L, Nilsson B, Helström L. Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2010;89(2):205-9.

seksualpartnere og har oftere ubeskyttet sex sammenlignet med heteroseksuelle kvinner.^{59, 60, 61} De har større sannsynlighet for å bli uplanlagt gravide og å ta abort i tenårene.⁶² Denne observasjonen har vært forklart med at KSK har generelt dårligere helse og levekår sammenlignet med majoritetsbefolkningen⁶³.

Personer som ikke passer inn i tokjønnsmodellen kan også bli uplanlagt gravide. Personer som opplever kjønnsinkongruens, transpersoner og/eller andre kjønnsminoriteter med livmor har behov for prevensjon dersom de ikke ønsker å bli gravide. Dette gjelder også mens de står på testosteronbehandling.⁶⁴ Befolkningsgruppen møter imidlertid strukturelle barrierer for å dekke deres behov for seksuell og reproduktiv helsehjelp.⁶⁵ Det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag om seksuelle- og kjønnsminoriteter sin reproduktive helse for å utforme tiltak og tjenester til denne befolkningsgruppen i Norge.

Konsekvenser av endring i fødepopulasjonen

I rapporten som Helsedirektoratet utga om endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem⁶⁶ kom arbeidsgruppen med følgende anbefalinger:

Bemanning og kompetanse ved fødeinstitusjoner

- Sykehusene bør planlegge for at det er kvalifisert personell tilgjengelig for den behandling den gravide trenger. Bemanning bør tilpasses antall pasienter i avdelingen i henhold til definert ansvarsområde og i tråd med kvalitets- og kompetansekrav definert i Nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjoner
- Det bør utarbeides nasjonale normtall for bemanning ved fødeinstitusjonene som ivaretar krav til kvalitet og kompetanse i fødselsomsorgen, (jfr. Helsedirektoratets anbefalinger om bemanningsnorm ved nyfødtintensivavdelinger i retningslinjen Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet)⁶⁷

59 Mercer CH, Bailey JV, Johnson AM, Erens B, Wellings K, Fenton KA, et al. Women who report having sex with women: British national probability data on prevalence, sexual behaviors, and health outcomes. *American journal of public health* 2007;97(6):1126-33.

60 Everett BG, McCabe KF, Hughes TL. Sexual orientation disparities in mistimed and unwanted pregnancy among adult women. *Perspectives on sexual and reproductive health* 2017;49(3):157-65.

61 Ela EJ, Budnick J. Non-Heterosexuality, Relationships, and Young Women's Contraceptive Behavior. *Demography* 2017;54(3):887-909.

62 harlton BM, Everett BG, Light A, Jones RK, Janiak E, Gaskins AJ, et al. Sexual Orientation Differences in Pregnancy and Abortion Across the Lifecourse. *Women's Health Issues* 2019.

63 Leonardi M, Frecker H, Scheim AI, Kives S. Reproductive health considerations in sexual and/or gender minority adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2019;32(1):15-20.

64 Light A, Wang L-F, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception* 2018;98(4):266-9.

65 Gonzales G, Quinones N, Attanasio L. Health and Access to Care among Reproductive-Age Women by Sexual Orientation and Pregnancy Status. *Women's Health Issues* 2019;29(1):8-16.

66 https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ending-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf

67 <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet>.

- Helseforetakene bør ha en langsiktig plan for å rekruttere, beholde og utdanne helsepersonell i fødeinstitusjonene slik at behovet for god kvalitet i fødselsomsorgen blir dekket.

Seleksjonskriteriene

- Seleksjonskriteriene for fødsler slik disse er nedfelt i veilederen Et trygt fødetilbud bør gjennomgås og vurderes på bakgrunn av endringer i kompleksitet i fødepopulasjon og behov for oppdatert kunnskapsgrunnlag.

Finansiering

- De regionale helseforetakene/helseforetakene (RHF/HF) har gjennom sine inntektsfordelingsystemer ansvar for at fødeenhetene får tilstrekkelig økonomisk handlingsrom til å innfri kravene til kvalitet, kompetanse og bemanning i fødselsomsorgen. Dette kan i noen tilfeller innebære at foretakene bør vurdere å øke andelen rammefinansiering til fødeavdelingene.
- Helsedirektoratet bør følge opp behov for justeringer i klassifikasjonssystemet og modellen for kostnadsberegninger, i tråd med forhold belyst i denne rapporten. Målet er å sikre at ISF gir et riktig bilde av kompleksitet og ressursbruk for ulike typer fødsler og behandlingsforløp. Det bør også sikres at tiltak for å forebygge komplikasjoner fanges opp i modellen.⁶⁸
- Helsedirektoratet bør utrede videre muligheten for å finansiere (deler av) fødselsomsorgen som helhetlige tjenesteforløp. Dette kan integreres i det pågående utviklingsarbeidet knyttet til forløpsfinansiering i ISF.

Følgetjeneste

- De regionale helseforetakene bør implementere nasjonale føringer for følgetjeneste og beredskap og sikre at fødende kvinner får trygghet og kvalitet i helsetilbudet.

Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem

- Det anbefales økt jordmorkompetanse i kommunene. Det bør vurderes å opprette kombinasjonsstillinger kommune/sykehus for jordmødre.

Innføring av NIPT og ultralyd i første trimester

Helsedirektoratet har utgitt en rapport om forslag til organisering og innføring av tilbud om NIPT (non-invasiv prenatal test) og ultralydundersøkelser i første trimester⁶⁹.

I rapporten beskrives blant annet behovet for mer kompetanse og ressurser både i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste for å kunne følge opp Stortingets vedtak.

⁶⁸ Både dette og det neste forslaget er Helsedirektoratet i gang med å utrede.

⁶⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forslag-til-organisering-og-innforing-av-tilbud-om-nipt-og-ultralydundersokelser-i-forste-trimester>

Bioteknologiloven

Helsedirektoratet har en rekke forvaltningsoppgaver etter delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet, inkludert myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor folkehelse og helse- og omsorgssektoren. På det juridiske området er det bioteknologiloven som er mest relevant å nevne for utvalget. Bioteknologiloven regulerer assistert befruktning, genetisk undersøkelse av befruktede egg (preimplantasjonsdiagnostikk; PGD), fosterdiagnostikk, genetiske undersøkelser, bruk av genterapi, forskning på befruktede egg og bruk av terapi basert på celler fra overtallige befruktede egg (på forskningsstadiet). Mange av disse områdene er tett knyttet til kvinnehelse.

Kunnskapsoppsummering om reisevei til fødeinstitusjon

FHI har nylig publisert en ny kunnskapsoppsummering etter oppdrag fra Helsedirektoratet: Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende: Systematisk oversikt – revidert utgave⁷⁰. Vi presenterer her bare helt kort oppsummeringen:

"En avstand over 60 minutter fra fødeinstitusjon gir sannsynligvis en stor økning i oddsen for ikke-planlagt fødsel utenfor fødeinstitusjon, kanskje en liten økning i risikoen for eklampsi/HELLP og kanskje en stor økning i risikoen for igangsetting av fødsel av logistiske grunner. For øvrige utfall kan vi ikke si noe sikkert om betydningen av avstand på utfall for gravide/fødende og fostre eller nyfødte på grunnlag av de inkluderte studiene. Det er behov for mer forskning og da med mer standardiserte målemetoder. Det mangler også forskning om effekter av følgetjenester for fødende med lang reisevei til fødeinstitusjon, for alle relevante utfall. Vi kan vi ikke si noe sikkert om betydningen av avstand på andre utfall for gravide/fødende og fostre eller nyfødte på grunnlag av de inkluderte studiene." (ibid)

Seksuell helse som helsefremmende ressurs

Helsedirektoratet jobber ut ifra premisset om at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets handlingskompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte. Dette ligger som et grunnprinsipp for [Snakk om det! strategi for seksuell helse \(2017-2022\)](#). Arbeidet med å iverksette strategien og særlig målet om å integrere seksuell helse i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten bidrar til å realisere FNs bærekraftsmål 3.7 **sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse, inkludert familieplanlegging** og 5.6 **Sikre tilgang til god seksuell og reproduktiv helse og reproduktive rettigheter** nasjonalt. Betydningen av seksuell helse

⁷⁰ [Betydningen av lang reisevei til fødeinstitusjon og følgetjeneste for gravide/fødende - FHI](#)

Manglende ivaretagelse av seksuell helse i oppfølging og behandling

Kronisk og langvarig sykdom kan alene eller sammen med bivirkninger av kirurgisk og medisinsk behandling påvirke seksuell funksjon og velvære negativt for pasienten selv og deres partner⁷³. Selv om helse- og omsorgspersonell mener at temaene seksualitet og seksuell helse er relevant i helse- og omsorgstilbudet, unnlater mange å snakke om seksuell helse i møtet med brukerne. Seksualitet og seksuell helse forbigås ofte ved sykdom, behandling⁷⁴ og rehabilitering⁷⁵ både der hvor seksuelt funksjonstap oppstår som indirekte eller direkte følge av kirurgisk eller medisinsk behandling (f.eks. gynekologiske krefttilstander, endometriose), men også når seksuell dysfunksjon og smerter er årsak til at man søker helsehjelp (f.eks. ved vulvodyni). Vulvodyni kan være alvorlig for de som rammes og bør følges bedre opp.

Manglende bevissthet og oppmerksomhet om seksuell helse i helsetjenesten kan føre til at individet opplever at deres seksualitet usynliggjøres, og at seksuell helse som ressurs, blir glemt. Dette gjelder særlig eldre og personer med funksjonsvariasjon, som oftere enn andre grupper opplever at det ikke er rom for å tematisere seksualitet i møte med hjelpeapparatet.

Sosial ulikhet i seksuell helse

Å sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse innebærer å bygge samfunnsstrukturer som setter den enkelte i stand til å ta sunne seksuelle valg. Tiltak for å utjevne sosial ulikhet står sentralt i dette arbeidet. Som for andre dimensjoner av helse, påvirkes den seksuelle helsen av sosiale og økonomiske faktorer, sosiale og kulturelle normer og tilgang på helsehjelp. Individuelle egenskaper som kjønn, seksuell orientering, utdanningsnivå og helsekompetanse virker også inn på seksuell atferd og helseutfall⁷⁶.

Vi mangler representative data på hvordan sosial ulikhet påvirker befolkningens seksuelle atferd og helseutfall, og det er derfor usikkert i hvilken grad den sosiale gradienten i seksuell helse som er dokumentert i utlandet også gjelder for Norge. Tilgjengelige registerdata og forskning peker i retning av at vi også har sosial ulikhet i seksuell helse i Norge. Nordisk forskning tyder på at kvinner med migrasjonsbakgrunn⁷⁷, som utsettes for vold i nære relasjoner⁷⁸, som sliter med psykiske plager⁷⁹

⁷³ Verschuren, J. E., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of sex research*, 47(2-3), 153-170.

⁷⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)

⁷⁵ Seksuell helse i rehabilitering – fysioterapeuten har en viktig rolle

⁷⁶ Stumbar, S. E., Garba, N. A., & Holder, C. (2018). Let's Talk About Sex: The Social Determinants of Sexual and Reproductive Health for Second-Year Medical Students. Tilgjengelig fra www.ncbi.nlm.nih.gov/

⁷⁷ Eskild A, Helgadottir LB, Jerve F, Qvigstad E, Stray-Pedersen S, Løset Å. Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2002

⁷⁸ Öberg M, Stenson K, Skalkidou A, Heimer G. Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counseling. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2014;93(1):45-51.

⁷⁹ Toffol, E., But, A., Heikinheimo, O., Latvala, A., Partonen, T., & Haukka, J. (2020). Associations between hormonal contraception use, sociodemographic factors and mental health: a nationwide, register-based, matched case-control study. *BMJ open*, 10(10), e040072.

eller står utenfor arbeidslivet⁸⁰ ⁸¹har høyere sannsynlighet for å ta abort sammenlignet med kvinnepopulasjonen for øvrig. Det er også dokumentert at ungdom fra lavinntektsfamilier, som har nedsatt funksjonsevne eller psykiske helseplager er mer utsatt for seksualitet vold og overgrep. Tall fra Ungdata tyder på at jenter fra lavinntektsfamilier debuterer tidligere seksuelt, men datagrunnlaget er usikkert.

KVINNERS BRUK AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER - KUNNSKAPSBEHOV

Det finnes etter hvert en god del kunnskap om forskjeller i kvinners og menns bruk av helse- og omsorgstjenester. Kvinner bruker i snitt flere tjenester enn menn gjennom livet, men det er forskjell på aldersgruppene. En del av forskjellene kan tilskrives bruk av tjenester i forbindelse med svangerskap og fødsel, men ikke alle.

Som et eksempel på beskrivelse av disse forskjellene har SSB en rapport fra 2017 om fordelingen av økonomiske ressurser mellom kvinner og menn og kjønnsforskjeller i helse⁸². Kapittel 6 og 7 beskriver forskjeller mellom kvinners og menns bruk av helse- og omsorgstjenester, men uten så mye forklaring av de observerte mønstrene.

Helsedirektoratet tilgjengeliggjør selv informasjon om bruk av helse- og omsorgstjenester på flere måter.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), etablert i 2017, inneholder data om personer som har søkt, mottar eller har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester. Årsrapporten fra KPR 2020⁸³ viser noen tabeller med forskjeller mellom kvinner og menn i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester (men unntatt bruk av eks. fastlege og legevakt). Denne oversikten viser at det er flere kvinner enn menn blant tjenestemottakerne. Samtidig har andelen kvinner endret seg fra 62 % i 2011 til 58 % i 2020 – men *hvorfor* er det slik? Det vet vi ikke sikkert.

Helsedirektoratet publiserer videre mye informasjon basert på Nasjonalt pasientregister (NPR), som inneholder helseopplysninger om alle personer som har fått behandling, eller som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten⁸⁴. Mye av denne informasjonen kan brytes ned på kjønn.

I tillegg publiserer Helsedirektoratet tall og analyser fra SAMDATA, som omfatter ressursinnsats, ressursutnyttelse, kapasitet og bruk av tjenester innen somatisk behandling, psykisk helsevern og

⁸⁰ Eskild A, Herdlevær IE, Strøm-Roum EM, Monkerud L, Grytten J. Childbirth or termination of pregnancy: does paid employment matter? A population study of women in reproductive age in Norway. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica 2016;95(5):513-8

⁸¹ Analyser gjort av abortregisteret i perioden 2014-2018 i forbindelse med utarbeidelse av utkast til handlingsplan for fortsatt reduksjon i svangerskapsavbrudd frem mot 2024

⁸² https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/325496?_ts=15f0ac51cb8

⁸³ [Microsoft Word - Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020 .docx \(helsedirektoratet.no\)](#)

⁸⁴ [Statistikk fra Norsk pasientregister \(NPR\) - Helsedirektoratet](#)

tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I tall for SAMDATA somatikk etter helseforetaksområder skilles det på kjønn, men uten at noen av visningene har et ekstra fokus på kvinnehelse⁸⁵.

På web-sidene for bruk av tjenester i psykisk helsevern og TSB (SAMDATA) splittes det på kjønn og alder⁸⁶.

I tillegg publiserer Helsedirektoratet nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). Flere av disse viser oversikt over sykdommer og tilstander som rammer kvinner, inkludert infeksjoner (relatert til keisersnitt); kreft og overlevelse (kreft som rammer kvinner); pakkeforløp (for kreft som rammer kvinner); antibiotikabruk (for urinveisinfeksjon hos kvinner) og abort- og fødselsindikatorer.

Helsedirektoratet kan beskrive de ulike datasettene nærmere dersom utvalget ønsker det.

Imidlertid etterlyser vi mer analyse av hva tallene betyr. Eksempelvis gir en oversikt over 540 publikasjoner basert på NPR per oktober 2021⁸⁷ bare sju treff på et raskt søk med enten "gender" eller "sex" i tittelen (og ingen treff på "kjønn"). Vi vil likevel forvente at mange av artiklene beskriver forskjeller mellom kjønnene i innholdet i artiklene, men vi antar at det ikke er kjønnsforskjellene som er det viktigste med artikkelen når det ikke er med i tittelen.

Mye av det vi vet om kjønnsforskjellene i bruk av helse- og omsorgstjenester i Helsedirektoratet er altså rent *deskriptiv* kunnskap, en beskrivelse av forskjeller, men uten analyse av årsakene som ligger bak. Her mener Helsedirektoratet at vi mangler mye dybdekunnskap, og dette vil vi trekke fram som et hovedpoeng. Uten å vite mer er det vanskelig å si sikkert om helse- og omsorgstjenestene gir et reelt likeverdig tilbud til kvinner og menn.

Er det slik at kvinner går oftere til fastlegen fordi de har reelt flere sykdommer og plager? Eller er møtene med helsevesenet slik at kvinner ikke føler seg forstått første gang og dermed kommer tilbake? Har kvinner for mange konsultasjoner i helse- og omsorgstjenesten, burde en del av disse konsultasjonene vært erstattet med andre tilbud? Eller er det heller slik at menn burde gå oftere til legen? Slike spørsmål skulle vi gjerne hatt svar på.

Når det gjelder pasientsikkerhet finnes det noe informasjon som er brutt ned på kjønn, men Helsedirektoratet er ikke kjent med at det er mye.

FHI gjennomfører nasjonale brukererfaringsundersøkelser⁸⁸ (PasOpp). De har informasjon om kjønn for respondenten og i rapporten Pasienterfaringer med Norske sykehus for 2019⁸⁹ presenterte de resultater etter kjønn. Kvinner skåret gjennomsnittlig litt lavere enn menn, men det var større forskjeller mellom ulike aldersgrupper. Vi er ikke kjent med at dette resultatet med forskjeller mellom kjønnene ble utdypet for å finne forklaringer. I rapporten for 2020 var det ingen fremstilling etter kjønn.

⁸⁵ Eks. <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/f2d19a88-1302-48e4-b3c2-fba7292bb7ff?e=false&vo=viewonly>; <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/1b606982-b3af-4dd8-b184-5ad17ffed4f2?e=false&vo=viewonly>;

⁸⁶ Psykisk helsevern: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/9b94e820-7892-48dd-927f-cd943ec7cffe?e=false&vo=viewonly>

TSB: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/09b7009d-50ba-4aca-a9c9-7697fc4e83d0?e=false&vo=viewonly>

⁸⁷ [Dashboard - Publikasjoner \(helsedirektoratet.no\)](https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/9b94e820-7892-48dd-927f-cd943ec7cffe?e=false&vo=viewonly)

⁸⁸ <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-brukererfaringsundersokelser-pasopp>

⁸⁹ <https://www.fhi.no/contentassets/1ed1cf501b0a43d58415dcb3ab889e6/metodebeskrivelse-og-analyser-for-landet-samlet.pdf>

Brakerundersøkelser kunne vært mer brukt for å svare på noe av dette. Oslo universitetssykehus (OUS) sender ut en brukerundersøkelse med 12 spørsmål til flere av de som har vært pasienter der. Imidlertid mangler kjønn på pasienten som kategori, så det gir ikke automatisk innsikt i kjønnsforskjeller⁹⁰. Her kunne man for eksempel ha innført kjønn som standard kategori i undersøkelsen, og delt undersøkelsene med forskere i perioder for å frambringe mer kunnskap.

UTSATTE GRUPPER AV KVINNER; ANDRE LIKESTILLINGSGRUNNLAG

Kvinner generelt er ikke en sårbar gruppe, men noen grupper av kvinner kan være det av ulike grunner, eller kan være utsatte for diskriminering. Begrepet interseksjonalitet viser til hvordan sosiale kategorier kan virke sammen og påvirke personers livsvilkår. Vi tar med noen momenter her om innvandrerkvinner, menneskehandel, LHBTIS-personer og til sist kvinner i fengsel som er en særlig sårbar gruppe.

Innvandrerkvinner

Innvandrere har som helhet noen særlige utfordringer som følge av migrasjon og tilpasning til nytt samfunn, språk og kultur. For å sikre likeverdig tilgang til og bruk av ulike helsetjenester og forebyggende tiltak som for eksempel kreftscreeningprogrammer er det viktig at informasjon om tjenester og tiltak er tilrettelagt for kvinner som har begrensede norskkunnskaper og i noen tilfeller begrenset helsekompetanse og begrenset digital kompetanse. For sårbare grupper og kvinner med innvandrerbakgrunn som har dårlig økonomi er det viktig med tjenester som er oppsøkende og som er gratis eller som har en lav egenandel. Det finnes gode eksempler på dette innenfor seksuell og reproduktiv helse og lavterskeltilbud for sårbare kvinner som bidrar til bedre familieplanlegging og bedre helse gjennom bedre tilgang på prevensjon. Det er også etablert ordninger som flerkulturell doula (en opplært støtteperson for fødsel/barsel som ikke er helsepersonell) for kvinner med innvandrerbakgrunn som skal føde og som trenger litt ekstra oppfølging under svangerskap og fødsel.

Det er store forskjeller mellom ulike innvandrergrupper og innad i innvandrergrupper, avhengig av botid, alder, innvandringsårsak, utdanningsnivå og tilknytning til arbeidsmarkedet. Dette gjelder også for kvinner med ulik innvandrerbakgrunn. Det er til dels store kulturelle forskjeller med hensyn til kjønnsideologi, kjønnsidentitet og kjønnsroller og for noen er overgangen til det norske samfunnet stor. Dette gjelder både kvinner og menn. I noen miljøer er negativ sosial kontroll og æresrelatert vold en utfordring, spesielt for unge jenter og kvinner, men også for unge gutter og menn. Forebyggende og holdningsskapende arbeid gjennom informasjon og dialog med ulike innvandrergrupper har vært og vil fortsatt være viktig for å redusere helsekonsekvensene av negativ sosial kontroll og æresrelatert vold, som også omfatter kjønnslemlestelse. Informasjon om rettigheter og helsehjelp er viktig, spesielt for nyankomne innvandrere. Oppfølgingen og behandlingstilbudet for jenter og kvinner som er kjønnslemlestet før de kommer til Norge kan bli enda bedre, jf. tiltak i handlingsplanen mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold.

Rasisme og diskriminering er en utfordring med til dels helsemessige konsekvenser for både kvinner og menn med innvandrerbakgrunn.

⁹⁰ <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/kvalitet/si-din-mening#har-du-en-kommentar>

Helsedirektoratets fagråd for innvandrerhelse har drøftet innspill på innvandrerhelsefeltet og enkeltmedlemmer har sendt innspill via aktuelle organisasjoner og institusjoner. FHIs enhet for migrasjonshelse har lagt til rette for innspillsmøte i nettverk for innvandrerhelse i frivillig sektor og har dokumentert flere innspill som gjelder kvinner med innvandrerbakgrunn sine særlige helseutfordringer. FHIs enhet for migrasjonshelse har også utarbeidet egne innspill som gjelder innvandrerkvinner helse og tilgang på helsetjenester. Det går an å kontakte FHI om migrasjonshelse for å få vite mer⁹¹.

Menneskehandel/utnyttelse

Utnyttelse av kvinner og menneskehandel der kvinner er ofre forekommer i Norge. Det kan være bl.a. utnyttelse i arbeidssituasjon, til seksuelle tjenester eller kriminalitet. Selv om mange ofre og mulige ofre har innvandrerbakgrunn er det ikke begrenset til det. Denne problematikken er det spesielt viktig å være klar over nå, med tilstrømming av flytninger fra Ukraina i stort omfang. De fleste som kommer fra Ukraina til Norge er kvinner og barn og mange er i en sårbar posisjon.

Utnyttelse og menneskehandel har store helsekonsekvenser både for psykisk og fysisk helse. Skjæringspunktet mellom utnyttelse, menneskehandel og mennesker i sårbare situasjoner kan være vanskelig, også for helsetjenestene. Mange av ofrene for menneskehandel og personer som har blitt eller er utnyttet kommer ikke i kontakt med helsetjenestene eller får hjelpen de har behov for når de er i kontakt. Tjenesteapparatet trenger mer kunnskap om identifisering av mulige ofre og rutiner for god helsemessig oppfølging.

Mangel på bruk av tolk i samtaler med helse- og annet personell er en kjent barriere for å kunne identifisere og hjelpe kvinner med innvandrerbakgrunn som er i utnyttelsessituasjon.

Behov for mer kunnskap om helsen i lhbtis-befolkningen

Bufdir publiserer jevnlig oppdatert statistikk om lhbtis-personers levekår. Data spesifikt for helse og livskvalitet er publisert her: [Helse og livskvalitet](https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/lhbtig/hvor-mange/#heading36781) (bufdir.no)

SSB anslår at syv prosent av befolkningen mellom 18-79 år regner seg selv for å være homofil, lesbisk, bifil eller skeiv (LHBS)⁹². Andelen av befolkningen som har en annen kjønnsidentitet en det som ble registrert ved fødselen (T) eller som har en interkjønn-tilstand (I) er ukjent⁹³. Til tross for at livsvilkårene til LHBS-personer har blitt bedre de siste tiårene, viser data fra nordiske land at denne gruppen har betydelige psykiske helseplager sammenlignet med resten av befolkningen⁹⁴.

LHBS-gruppen er sammensatt, og det er store variasjoner i sårbarhet og opplevd diskriminering.

Forskning fra EU viser at LHBS-befolkningen har dårligere helse enn majoritetsbefolkningen. Samtidig opplever gruppen betydelige barrierer mot å oppsøke helse-, omsorgs- og velferdstjenester, blant annet knyttet til frykt for negative reaksjoner fra tjenesteytere. Det er imidlertid uklart hvorvidt

⁹¹ <https://www.fhi.no/hn/migrasjonshelse/kontakt-tema/>

⁹² Støren, K. S. (2021). Livskvalitet i Norge 2021. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

⁹³ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (online). Hvor mange er lhbtig? Tilgjengelig fra <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/lhbtig/hvor-mange/#heading36781>

⁹⁴ [Health, well-being and life conditions of young LGBTI persons in the Nordic countries \(norden.org\)](https://www.norden.org/en/health/well-being-and-life-conditions-of-young-lgbti-persons-in-the-nordic-countries)

dette er overførbart til en norsk kontekst. Norge har et tydelig likestillings- og diskrimineringsvern som skal sikre likeverdige tjenester til alle⁹⁵. Samtidig scorer seksuelle minoriteter i Norge vesentlig dårligere enn befolkningsgjennomsnittet på alle indikatorer for subjektiv livskvalitet⁹⁶. Bifile kvinner og ikkebinære transpersoner skilte seg ut ved at en signifikant lavere andel i disse gruppene oppga å ha meget god eller god helse enn sammenligningsgruppene.

Kvinner i fengsel

Helsedirektoratet arbeider for tiden med å oppdatere veileder for helsehjelp i fengselstjenesten. Kvinner i fengsel kan anses som en særlig sårbar gruppe.

En rapport bestilt av Likestillings- og Diskrimineringsombudet (LDO) med fokus på kvinnelige innsatte på høgrykkesikkerhet og deres psykiske helse⁹⁷ viser at dette er en gruppe som er i en svært vanskelig situasjon. Selv om mange av kvinnene får helsehjelp, tyder mye på at flere av dem får det dårligere under fengselsoppholdet.

I konklusjonen i kapittel 10 oppsummerer forfatterne med at både helsepersonell og ansatte oppfatter de innsattes helse som dårlig. Samtlige ansatte som ble intervjuet mener kvinnelige innsatte er preget av dårligere psykisk helse enn mannlige innsatte. Når de skal trekke fram problemer kvinnene har peker de på depresjon, traumer, selvskading, angst, posttraumatiske stresslidelser og rusproblemer. De innsatte kommer ofte med en bakgrunn som inneholder vold, rusmisbruk, omsorgssvikt og avvising. De bruker mange medisiner, særlig sovemedisiner, og uenigheter mellom de innsatte og helsepersonellet er ofte knyttet til medisinbruk. Videre beskrives det hvordan bruk av isolasjon ofte kan føre til en forverring av symptomene kvinnene har, og at man kan komme inn i en dårlig spiral der isolasjon brukes som reaksjon på ulike typer utagering, men fører til dårligere psykisk helse og dermed enda større fare for utagering videre framover. Videre oppleves helseressursene i fengselet som knappe, og det kan være problemer med samarbeidet mellom fengslenes helsetjeneste og de psykiatriske avdelingene utenfor.

Når det gjelder kjønnsrelaterte problemstillinger sies følgende:

"Kvinner kan ha særskilte behov under straffegjennomføringen. Samtidig kan forestillinger om hvordan kvinner er ha konsekvenser for hvorvidt kvinners helseproblemer blir sett og hva som fremstår som riktige løsninger. Straffeapparatet er i utgangspunktet maskulint på et strukturelt nivå, noe som innebærer at det er formet etter menns atferd, problemer og behov. Kjønnsstereotypiske oppfatninger kan gjøre at straffedømte menn lettere tolkes som aktive og rasjonelle aktører, mens kvinner kan bli fremstilt som passive, svake og emosjonelt kaotiske. I dette ligger det at kvinner kan oppleve et sterkere stigma enn menn når de bryter lover og soner, og slik stigma er psykiske belastende og bidrar til en følelse av utenforskap.⁹⁸"

Rapporten avslutter med flere anbefalinger for å forbedre helsetilbudet til kvinner i fengsel, og forfatterne mener generelt at helsetilbudet til kvinnene på høgrykkesikkerhet bør styrkes. Det bør bli

⁹⁵ Likestillings- og diskrimineringsloven (2017). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (LOV-2017-06-16-51).

⁹⁶ Støren, K. S. (2021). Livskvalitet i Norge 2021. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

⁹⁷ [Limfres/plastmappe-A4> \(ldo.no\)](#)

⁹⁸ [Limfres/plastmappe-A4> \(ldo.no\)](#) side 153

bedre samarbeid med psykiatrien utenfor murene, styrket rusmestringstilbud, tilgang på kvinnelig lege ved ønske, revurdering av bruk av tvang/belteseng, endring i praksis ved deling av informasjon og utdeling av medisiner med mer. En oppsummering av tiltak og anbefalinger står i kapittel 10 i rapporten.

HELSEPERSONELL

Helse- og omsorgstjenesten er en stor arbeidsgiver med over 465 000 ansatte med helsefaglig utdanning, og majoriteten av disse er kvinner. I vedlegg 3 gir vi en oversikt over prosentvis fordeling av kvinner og menn blant ansatte i ulike helseyrker (altså ekskludert ufaglærte og ansatte med annen bakgrunn). Vi ser her at det er stor variasjon mellom yrkene, fra helsesykepleier og jordmor (99,6 prosent kvinner) til leger med spesialitet (45,0 prosent kvinner).

Dermed har flere likestillingstiltak rettet mot helse- og omsorgssektoren bestått i å forsøke å rekruttere flere menn inn. Gjennom prosjektet *Menn i helse* har det blitt igangsatt en rekke tiltak for å utdanne flere menn til helsefagarbeideryrket⁹⁹. Tilsvarende fikk Bufdir i 2020 i oppdrag å gi en oversikt over alle pågående tiltak for å motvirke kjønnsstradisjonelle utdanningsvalg. På helsefeltet samler de informasjon om tiltak for å rekruttere gutter til utdanninger innenfor helse- og omsorgssektoren. Bufdir har også et oppdrag om å utrede og utvikle forslag til prosjekt etter tilsvarende modeller som *Jenter og teknologi*, for å rekruttere gutter til helse- og omsorgssektoren.

I september 2021 lanserte den forrige regjeringen en ny strategi for et mer likestilt utdannings- og arbeidsmarked (2021-2024)¹⁰⁰. Det å få flere menn inn i helse og omsorg er framhevet i strategien som ett av seks satsingsområder, nettopp fordi helse- og omsorgssektoren er ett av de mest kjønnsdelte områdene i arbeidslivet. Begrunnelsen som gis i strategien er i stor grad knyttet til arbeidsbetingelser og behov for arbeidskraft:

"I regjeringens likestillingsmelding slås det fast at for den enkelte er kjønnsdelingen på arbeidsmarkedet tett knyttet til lønn, arbeidstid, arbeidsbetingelser og karriereutvikling. Et mer kjønnsbalansert arbeidsmarked vil gi økt likestilling i arbeidslivet, og vil for eksempel være et viktig grep for å minske lønnsforskjeller mellom kvinner og menn.

For samfunnets del, er det kjønnsdelte arbeidslivet først og fremst et problem fordi det bidrar til et stivt og lite fleksibelt arbeidsmarked. Det er et stort behov for arbeidskraft i ulike sektorer framover, for eksempel i helse- og omsorgssektoren. Som Kompetansebehovsutvalget også understreker, vil skjev kjønnsfordeling i høyere utdanning begrense tilgangen på kompetanse i arbeidslivet, særlig i enkelte yrker."

Rekruttering av yrkesutøvere til helse- og omsorgssektoren er viktig fordi flere beregninger viser at det kan bli stor mangel på yrkesutøvere i sektoren framover¹⁰¹. Vi omtaler dette fordi det kan ha konsekvenser både for (kvinnelige) arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren framover, og fordi økt press i tjenestene kan få konsekvenser for kvinner (og menn) som mottakere av helse- og omsorgstjenester.

⁹⁹ Mer om prosjektet "Menn i helse" <https://mennihelse.no/om-prosjektet/>

¹⁰⁰ [Strategi for et mer likestilt utdannings- og arbeidsmarked 2021-2024 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/tema/likestilling/strategi-for-et-mer-likestilt-utdannings-og-arbeidsmarked-2021-2024)

¹⁰¹ Eksempelvis SSBs beregninger med Helsemod fra 2019: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2035>

Arbeidsforholdene i helse- og omsorgssektoren har vært tøffe spesielt under covid-19-pandemien. Imidlertid var sektoren allerede fra før preget av høyt sykefravær, stor bruk av deltid, og til dels høy turnover og mange arbeidstakere uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Sektoren har det høyeste sykefraværet av alle næringer SSB lager oversikt over (her regnes både helse- og sosialsektoren samlet, slik at også barnehager med mer er regnet inn)¹⁰². Det var i 2021 10,9 % totalt i siste kvartal 2021, under covid-19-perioden. Helsedirektoratet har en egen nasjonal kvalitetsindikator som viser samlet sykefravær (både legemeldt og egenmeldt) for ansatte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten som jobber brukerrettet. Samlet sykefravær i pleie- og omsorgstjenesten var på 11,4 prosent i 2019¹⁰³. Sykefraværet totalt har endret seg lite fra år til år, og har vært på rundt 11 prosent siden 2007. Det har altså vært høyt i kommunal pleie- og omsorgstjeneste også før covid-19.

Kvinner har gjennomgående høyere sykefravær enn menn, slik vi har nevnt i et tidligere kapittel, og vi skulle gjerne visst mer om hvorfor det er slik. Dette skjer også utover det som kan forventes i forbindelse med reproduktiv alder. Så langt vi vet om har ikke forskningen konkludert sikkert på dette punktet.

Samtidig er det utstrakt bruk av deltid i helsesektoren. Tall som viser forskjellen på antall ansatte og antall årsverk viser at det er enda mer deltid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten¹⁰⁴. Vi kan ikke se bort fra seleksjonseffekter (at noen velger å jobbe i sektoren på grunn av et ønske om å jobbe deltid), men det er urovekkende høye tall med tanke på tilgang til arbeidskraft, muligheter for å drive kompetanseheving, svært stort lederspenn med mange deltidsansatte med mer.

Helsedirektoratet har mer detaljert informasjon om personellsituasjonen i kommunal helse- og omsorgstjeneste enn i spesialisthelsetjenesten, gjennom arbeidet med Kompetanseløft (regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten). Utfordringsbildet knyttet til personell er blant annet beskrevet i årsrapporter for Kompetanseløft¹⁰⁵.

Vi skrev om arbeid generelt i kapittelet om folkehelse. Det kan være grunn til å se med nye øyne på noen problemstillinger knyttet til kvinner, arbeid og helse. Relatert til arbeidslivet kan det se ut som det er klare forskjeller mellom kvinner og menns helse. Vi vet ikke om dette skyldes kjennetegn ved arbeidslivet og/eller arbeidsplassene der mange kvinner jobber, eller om det har med mer spesifikt kvinnehelse- eller kvinners omsorgsoppgaver å gjøre. I denne sammenheng kan det også være grunn til å se nærmere på yrkesskadeordningene – slik det er varslet i Hurdalplattformen.

Det at vi lever lenger som befolkning er i utgangspunktet et stort gode. Men når de demografiske framskrivningene viser at det blir mange eldre, men ikke mange flere i yrkesaktiv alder framover, vil det lett kunne oppstå utfordringer med helse- og omsorgstjenestene.

¹⁰² <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer>

¹⁰³ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykefrav%C3%A6r-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>

¹⁰⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personell-og-kompetanse-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/personellutvikling-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>

¹⁰⁵ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanseloft-2020-arsrapporter/Kompetansel%C3%B8ft%202020%20-%20%C3%85rsrapport%202019.pdf/_/attachment/inline/b4b54e7e-4bd3-477f-b94f-bc4263bfa75e:254cff46b8f2e0667500ceb2adec96e48b63e9b9/Kompetansel%C3%B8ft%202020%20-%20%C3%85rsrapport%202019.pdf

- hvordan vil en slik situasjon påvirke alle arbeidstakerne, inkludert kvinnene, som jobber i sektoren?
- og hvordan skal vi sikre at ikke eldre og sårbare grupper kvinner blir glemt, dersom det blir knapphet i tjenestetilbudet?

Disse områdene ønsker Helsedirektoratet mer kunnskap om, og det er noe som kanskje Kvinnehelseutvalget kan løfte fram.

Betydningen av behandlers kjønn

Vi vet ikke nok om hva det betyr for innholdet i tjenestene at helse- og omsorgstjenesten er så kvinnedominert. Det forrige utvalget i 1999 kommenterte at det var ulik praksis for mannlige og kvinnelige leger. Vi kjenner ikke til så mange nyere studier som ser på hvorvidt behandlers kjønn har noe å si for helse- og omsorgstjenestene som blir gitt, eller om pasienter foretrekker mannlige eller kvinnelige behandlere.

I den forrige NOUen fra 1999 kommenterte utvalget andelen kvinnelige leger, så vi skriver litt om det her for å se hvordan tilstanden er 23 år senere.

Blant leger (grunnutdanning) som fikk norsk autorisasjon i 2021, var det 818 kvinner og 502 menn¹⁰⁶. Kjønnfordelingen har dermed endret seg mye siden forrige NOU om kvinnehelse kom ut, og kvinneandelen er altså fortsatt kraftig på vei opp blant framtidige leger.

Når det gjelder søknader til LIS1-stillinger, første trinn i spesialiseringen, besto søkerne av 64 % kvinner og 36 % menn¹⁰⁷. Av søkerne som fikk tilbud om stilling var 64 % kvinner og 36 % menn (side 5), og det var nøyaktig lik kjønnfordeling blant de som *ikke* ble tilsatt (side 18). Kvinneandelen blant framtidige leger er dermed høy, i motsetning til hva det forrige utvalget beskrev i 1999 (side 37).

Helsedirektoratet har en del kunnskap om fastleger, blant annet gjennom oppfølging av fastlegeordningen. Andelen kvinnelige fastleger fortsetter å øke, og var oppe i 45,5 % i 2020¹⁰⁸. Kvinnelige fastleger har noe kortere lister enn mannlige leger; i gjennomsnitt 1 001 innbyggere, mot 1 125 innbyggere for mannlige leger (tredje kvartal 2020)¹⁰⁹

Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019¹¹⁰ presenterte også noen tall som kan være relevante. Informasjon fra 2018 viste at mannlige fastleger hadde i gjennomsnitt 10 konsultasjoner mer enn kvinner i uken. Analyser av et utvalg fastleger i rapporten tydet på at mannlige leger hadde kortere konsultasjoner, og kortere ventetid enn de kvinnelige fastlegene. Men hva det betyr for innholdet i tjenestene kan vi ikke si noe sikkert om. Nye forskningsprosjekter skal blant annet se på om det er forskjell på legens kjønn (som en av flere variabler) som kan være med på å forklare variasjon i hvor mange pasienter de legger inn på sykehus¹¹¹. Slike forskningsprosjekter er velkomne.

¹⁰⁶ [Statistikk autorisert helsepersonell - Helsedirektoratet](#) statistikk per 22.04.22

¹⁰⁷ [Microsoft Word - Statusrapport 17. Søknadsrunden våren 2021 20.10.2021 v1 \(helsedirektoratet.no\)](#)

¹⁰⁸ [Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten - rapport 2020.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

¹⁰⁹ Side 25 [Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten - rapport 2020.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

¹¹⁰ <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>

¹¹¹ [Bruk av helsetjenester i Norge - Norce \(norce-research.no\)](#)

En ofte sitert studie fra British Medical Journal viste at kvinnelige kirurger hadde lavere dødelighet blant pasientene etter 30 dager¹¹². Imidlertid var det kun én studie, og den burde følges opp, men den har ofte blitt trukket fram og indikerer at de kvinnelige kirurgene er fullt på høyde med de mannlige.

Bortsett fra legene som er omtalt her, viser tabellen vår (vedlegg 3) som sagt stor variasjon i kjønnsfordelingen blant de ulike helseyrkene. Samlegruppen jordmor og helsesykepleier kommer helt på bunn, med bare 0,4 % menn blant de sysselsatte. Nettopp tittelen "helsesykepleier" ble innført blant annet med tanke på å rekruttere flere menn inn i yrket, fordi man antok at det ville virke mer fristende for menn å få den tittelen enn den gamle "helsesøster"-tittelen. Så langt kan vi slå fast at det er en lang vei å gå for å oppnå mer lik sysselsetting for den yrkesgruppen.

Vi skulle ønske oss mer dybdekunnskap om konsekvensene av denne skjeve kjønnsfordelingen i helse- og omsorgsyrkene.

¹¹² *BMJ* 2017;359:j4366 doi: 10.1136/bmj.j4366 (Published 2017 October 10)

UTKAST

Forslagsstiller/organisasjon:		Ansvarlig avdeling:	
Kontaktperson:		Avdelingsdirektør	
Tittel (forslag):		Saksbehandler:	
Målgruppe:		Fagområde:	
Nyutvikling/revisjon?		Avgrensning av fagområde:	
Dato: 2020-XX-YY		Saksnr i 360:	

NB:	raden fylles ut automatisk	TOTALT SETT: X anbefalinger bør utarbeides/revideres fordi... [her oppsummeres begrunnelsen]
------------	-----------------------------------	---

	HVA ER PROBLEMET OG HVA SKAL VI OPPNÅ? Jfr. utredningsinnstruksen Er det behov for normerende anbefalinger på dette området?	Vurder, begrunn og dokumenter hvorfor det bør være en nasjonal faglig retningslinje på denne helsefaglige problemstillingen	Behov for ny el. rev. retningslinje? JA/NEI/VET IKKE
1A	Er det utilsiktet variasjon i tjenesten? Hva kan eventuell utilsiktet variasjon relateres til?	a) Hvilke tiltak er relevante/gjøres i dag, og er det usikkerhet omkring hvilket tiltak som gir best faglig kvalitet/effekt? b) Hvilke tiltak er relevante/gjøres i dag? - kan det antas at disse tiltakene/etablert praksis har liten eller negativ helsegevinst? c) Er variasjon i tjenestetilbudet betinget av geografiske forhold/beliggighet, eller er tjenestetilbudet utilstrekkelig tilpasset? d) Er det variasjon i tjenestetilbudet kjønns- eller aldersbetinget? e) Er variasjon i tjenestetilbudet betinget av minoritets-, kultursensitive eller adferdsmessige forhold? f) Er tjenestetilbudet og kompetansen spredt? g) Andre forhold?	JA NEI VET IKKE JA NEI VET IKKE JA NEI VET IKKE JA /NEI /VET IKKE JA NEI VET IKKE JA /NEI /VET IKKE
1B	Er det utfordringer tilknyttet samhandling eller pasientforløp?	a) Involveres tjenester på flere nivåer og/eller etater? b) Er det utfordringer i samhandling innenfor og mellom tjenesteyter? Er det enighet om målsetninger og behov, dersom fagområdet berører tilgrensende etater, nivåer eller fagområder?	JA NEI VET IKKE JA NEI VET IKKE
1C	Er det andre begrunnelser? Dvs. er det andre forhold som vil være forutsetninger for en vellykket gjennomføring?	Er forslaget/oppdraget en bestilling fra HOD eller ligger det politiske føringer til grunn for oppdraget (f.eks fra nasjonale strategier og handlingsplaner)? Hvor står bestillingen beskrevet? Hvis JA: Er nasjonal faglig retningslinje den eneste måten å besvare oppdraget på? Er forslaget forankret i intern strategi og virksomhetsplan (Hdir)? Er forslaget en konsekvens av endringer: a) i lov/forskrift b) på tilgrensende fagområde c) hos samarbeidende etater	JA NEI VET IKKE JA NEI VET IKKE JA NEI VET IKKE JA NEI VET IKKE

Skjema for forslag til utvikling og/eller revisjon av nasjonale faglige retningslinjer - Er det behov nasjonale anbefalinger (ev. revisjon) på dette området?

	Kan nasjonal kompetansetjeneste eller annen organisasjon/fagmiljø utvikle kunnskapsbasert retningslinje på dette fagområdet (jf. IS-1870)?		JA NEI VET IKKE
	Vil pågående metodevurdering påvirke anbefalinger i en publisert nasjonal faglig retningslinje?		JA NEI VET IKKE
	Nasj.faglig retningslinje eksisterer, men er ikke tilstrekkelig implementert (en utfordring beskrevet i Hdirs Følge med rapport s. 5 14/2428-11)		JA NEI VET IKKE
	Hvilke (kunnskapsbaserte) retningslinjer bruker fagmiljøet i dag? Er det (u)enighet om bruken av disse, slik at nasjonale retningslinjer er unødig?		JA NEI VET IKKE
	Er det andre forhold tilsier behov for utvikling av nasjonal faglig retningslinje?		JA NEI VET IKKE
	Hva er antatt konsekvens dersom ikke retningslinjen utvikles/revideres?		JA NEI VET IKKE
	Med utgangspunkt i 1A og 1B (behovsbegrunnelsen), angi omtrentlig antall problemstillinger/anbefalinger som bør inkluderes?		Antall problem-stillinger:
¹⁰	TOTALT SETT: X anbefalinger bør utarbeides/revideres fordi...	[her oppsummeres begrunnelsen]	

UTKAST EKSEMPEL

Forslagsstiller/organisasjon: Helsedirektoratet
 Kontaktperson: Børge Myrland Larsen
 Tittel (forslag): Nasjonal faglig retningslinje for diagnostikk, attack- og sykdomsmodifiserende behandling
 Målgruppe: Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, RHF beslutningstakere
 Nyutvikling/revisjon? Avskilting/ revisjon
 Dato: 10.05.2016

Ansvarlig avdeling: Medisinsk utstyr og legemidler
 Avdelingsdirektør: Marit Endresen
 Saksbehandler: Børge M. Larsen
 Fagområde: Multipple sklerose
 Avgrensning av fagområde: Attack- og sykdomsmodifiserende behandling
 Saksnr i 360: 14/1065

Denne raden fylles ut til slutt (automatisk overført fra rad 1D)	0	TOTALT SETT: 5-8 anbefalinger bør revideres fordi... Det vil føre til at Helsedirektoratet kvætar sin normerende rolle, men på et overordnet nivå i et format som vil kunne håndteres i fremtidig vedlikehold og revisjon.
--	---	---

	Er det behov for normerende anbefalinger på dette området?	Vurder, begrunn og dokumenter:	Er det behov for retningslinje? (Delkonklusjoner)
1A	<p>Er det utslisaket variasjon i tjenesten?</p> <p>Hva kan eventuell utslisaket variasjon relateres til?</p> <p>a) er det usikkerhet omkring hvilket tiltak som gir best faglig kvalitet/effekt?</p> <p>b) kan det antas at etablert praksis har liten eller negativ helsegevinst?</p> <p>c) er variasjon i tjenestetilbudet betinget av geografiske forhold/belaghet, eller er tjenestetilbudet utilstrekkelig tilpasset?</p> <p>d) er det variasjon i tjenestetilbudet kjønns- eller aldersbetinget?</p> <p>e) er variasjon i tjenestetilbudet betinget av minoritets-, kultursensitive eller adferdsmessige forhold?</p> <p>f) andre forhold?</p> <p>g) er tjenestetilbudet og kompetansen spredt?</p>	<p>Det foreligger nå en fullstendig (komparativ) metodevurdering fra Kunnskapsenteret på sykdomsmodifiserende legemiddelbehandling. Den har sine begrensninger. Den har ikke inkludert forhold som graviditet og amming, oppdaterte priser, risiko og oppfølging av enkelte behandlinger.</p> <p>Hvilke pasienter skal tilbys attack- og sykdomsmodifiserende behandling ved multipple sklerose? Hvilke kriterier skal inngå i vurderingen av hvilken attack- og sykdomsmodifiserende behandling som er best for pasienten? Hvilke kriterier skal inngå i vurderingen av skifte behandling på grunn av bivirkninger (skifte innen samme behandlingstrinn) og ved tegn til sykdomsaktivitet (skalering av behandling)? Hvilke kriterier skal inngå i vurderingen for seponering av behandling? For kriteriet graviditet og amming, hvilken risiko har det enkelte legemiddel.</p> <p>Ja - manglende og/eller forsinkt behandling gir dårligere prognose. Det er vist stor variasjon i tid for oppstart av sykdomsmodulerende behandling relatert til diagnosetidspunkt. Tidlig oppstart av behandling vil gi bedre effekt og en tydelig kvalitetsforbedring av behandlingstilbudet.</p> <p>Ja - geografisk variasjon i behandlingstilbud. Ved multipple sklerose har det over mange år vært delst stor geografisk variasjon i behandlingstilbudet for multipple sklerose-pasienter (se vedlagte figurer fra årsrapporter for MS-register 2013 og 2014) i prosjektplanen. I og med at MS-pasienter er en prioritert pasientgruppe med hensyn til mange tapte gode leveår er det viktig for pasientene å vite at de kan få skreddersydd behandling.</p> <p>Ja - delvis for gravide MS-kvinner tilbys forskjellig råd og behandling relatert til teratogene legemidler. Dette kriteriet er ikke inkludert i dagens LIS-ansbud. Et av førstevalgene i LIS-ansbudet er et teratogent legemiddel.</p> <p>Nei</p> <p>LIS/HINAS ansbud blir nå hemmelholdt - og en anser det som svært uheldig at anbefalinger basert på hemmelige priser skal styre behandlingen. Derfor trengs det nasjonale retningslinjer/anbefalinger.</p> <p>Ja - men med forskjellig kompetansenivå - som gir behov for nasjonale faglige retningslinjer/anbefalinger.</p>	<p>JA</p> <p>JA</p> <p>JA</p> <p>JA</p> <p>NEI</p> <p>JA</p> <p>JA</p>
1B	<p>Er det utfordringer tilknyttet samhandling eller pasientforløp?</p> <p>a) Involveres tjenester på flere nivåer og/eller etater? b) Er det grunn til å tro at det er utfordringer i samhandling innenfor og mellom tjenesteyter?</p> <p>Er det enighet om målsetninger og behov, dersom fagområdet berører tilgrensende etater, nivåer eller fagområder?</p>		
1C	<p>Er det andre begrunnelser?</p> <p>Er forslaget/opdraget en bestilling fra HOD eller ligger det politiske springer til grunn for oppdraget (f.eks. fra nasjonale strategier og handlingsplaner)? Hvor står bestillingen beskrevet?</p> <p>Hvis JA, Er nasjonal faglig retningslinje den eneste måten å bevare oppdraget på?</p> <p>Er forslaget forankret i intern strategi og virksomhetsplan (Hdir)?</p> <p>Er forslaget en konsekvens av endringer: a) i lov/forskrift b) på tilgrensende fagområde c) hos samarbeidende etater</p> <p>Kan nasjonal kompetansetjeneste eller annen organisasjon/familjue utvikle kunnskapsbasert retningslinje på dette fagområdet (f. IS-1870)?</p> <p>Vil pågående metodevurdering påvirke anbefalinger i en publisert nasjonal faglig retningslinje?</p> <p>Nasjonal faglig retningslinje eksisterer, men er ikke tilstrekkelig implementert (en utfordring beskrevet i Hdir's Følge med rapport s. 5 14/2428-11)</p> <p>Hvilke (kunnskapsbaserte) retningslinjer bruker fagmiljøet i dag? Er det (enighet om) bruken av disse, slik at nasjonale retningslinjer er unødvendig?</p> <p>Er det andre forhold tilsier behov for utvikling av nasjonal faglig retningslinje?</p>	<p>Nei.</p> <p>Ja, den er anført i SPMLs portefølje og revisjonen er prioritert fullført fra SPML</p> <p>Ja. RHF med sine underliggende organisasjoner som nasjonal kompetansetjeneste for multipple sklerose og LIS bør kunne ivareta videre revisjoner og vedlikehold av denne retningslinjen. Siden dette er H-reseptfinansierte legemidler og det utlyses årlig LIS-ansbud vil konkrete legemiddelbefalinger krevere årlige oppdateringer.</p> <p>Fullstendig metodevurdering på MS-legemidler og metodevurdering for autolog stamcellebehandling er ferdigstilt. Første nevnte vil ha betydning for konkrete anbefalinger, siden forslaget for revisjonen er å ha generelle behandlingsprinsipper vil den ikke ha stor betydning for Helsedirektoratets arbeid, men for LIS. Metodevurderingen for Autolog stamcellebehandling førte til igangsetting av en klinisk studie og er derfor ikke relevant for denne retningslinjen.</p> <p>Fagmiljøet bruker Nasjonal faglig retningslinje for diagnostikk, attack- og sykdomsmodifiserende behandling av multipple sklerose. NeuroNet - elektronisk oppslagsverk for nevrologer i regi av Norsk nevrologisk forening, LIS-ansbud som er en instruks fra RHF på valg av legemidler.</p> <p>Det er viktig å adressere generelle behandlingsprinsipper både for klinikerne, pasienter, publikum og innkjøpsorganisasjoner.</p>	

		Hva er antatt konsekvens dersom ikke retningslinjen utvikles/revideres?	<p>Siden det i dag er stor geografisk variasjon i behandlingstilbudet og at MS-pasienter er en prioritert gruppe med hensyn til mange tapte gode levår er det viktig for pasientene å vite at de kan få skreddersydd behandling.</p> <p>Det er usikkerhet knyttet til om RHF / US vil utarbeide egne faglige retningslinjer på temaet og det vil ikke være nasjonale faglige føringer på US-anbud. I dag anses et av 1. Injeksjonspreparatene å være teratogent og bør derfor ikke brukes av fertile kvinner som har barneønske nå.</p> <p>Nasjonalt kompetansetjeneste for multipel sklerose vil fortsette å bidra til kunnskapsbasert praksis.</p> <p>NevroNEI er et oppslagsverk for klinikerne drevet av fagmiljøet selv.</p> <p>Tar Helsedirektoratet multipel sklerose av sin «agenda» vil kompetanse og fokus på temaet forsvinne, men man kan bruke interne ressurser til andre oppgaver. En aktivisert redaksjonsgruppe vil dessuten kunne være rådgivende for Helsedirektoratet for utvikling og revisjon av retningslinjen og i andre relevante spørsmål.</p> <p>Nasjonale føringer vil også kunne gi grunnlag for utvikling av fremtidige samvals/beslutningsstøtteverktøy.</p>	
		Med utgangspunkt i 1A og 1B (behovsbegrunnelsen), angi omtrentlig antall problemstillinger/anbefalinger som bør inkluderes?	Det foreligger 5 problemstillinger som vil kunne gi 5-8 anbefalinger.	
1D		TOTALT SETT: 5-8 anbefalinger bør revideres fordi...	Det vil føre til at Helsedirektoratet ivaretar sin normerende rolle, men på et overordnet nivå i et format som vil kunne håndteres i fremtidig vedlikehold og revisjon.	

JA, en nasjonal faglig retningslinje kan bidra til å oppnå de mål som er satt for helse og omsorgstjenesten, gå til skjema 2 (prioritering mellom fagområder)
 NEI, en nasjonal faglig retningslinje ansees ikke som egnet virkemiddel. Det er ikke nødvendig å fylle ut skjema 2.

UTKAST EKSEMPEL

Forslagsstiller/organisasjon: Helsedirektoratet
 Kontaktperson: Guro Smedshaug
 Tittel (forslag): Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580)
 Målgruppe: Helsepersonell som jobber med voksne og eldre i hele spesialist- og primærhelsetjenesten, samt ledelsen ved de aktuelle virksomheter i helsetjenesten
 Nyutvikling/revisjon? Delrevisjon IS-1580
 Dato: 18.06.2015

Ansvarlig avdeling: Forebygging i helsetjenesten
 Avdelingsdirektør: Henriette Øien
 Saksbehandler: Guro Smedshaug
 Fagområde: Forebygging og behandling av underernæring
 Avgrensning av fagområde: Kartlegging av ernæringsstatus (diagnostikk)
 Saksnr i 360:

Denne raden fylles ut til slutt (automatisk overført fra rad 1D)	KONKLUSJON JA	TOTALT SETT: 2 anbefalinger bør revideres fordi... Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring bør revideres fordi det er behov for en forenkling og standardisering av hvordan man klassifiserer pasienter i ernæringsmessig risiko/underernæring. Det er kommet nye studier som viser at det kan gjøres på en enklere måte og erfaringer fra praksis tilsier at en av barrierene for å identifisere og følge opp pasienter i ernæringsmessig risiko er at det er for mange verktøy å velge mellom og mangelfull kunnskap om hvordan de skal brukes. Det er i tillegg behov for en standardisering slik at man kan klassifisere ernæringsmessig risiko/underernæring på samme måte uavhengig av tjenestnivå (en innbygger - en journal). I dag anbefales det ulike verktøy for hhv spesialist- og primærhelsetjenesten som ikke er hensiktsmessig.
--	------------------	--

	Er det behov for normerende anbefalinger på dette området?	Vurder, begrunn og dokumenter:	Er det behov for retningslinje? (Del)konklusjoner	
1A	Er det utilsikket variasjon i tjenesten? Hva kan eventuell utilsikket variasjon relateres til?	<p>a) er det usikkerhet omkring hvilket tiltak som gir best faglig kvalitet/effekt?</p> <p>b) kan det antas at etablert praksis har liten eller negativ helsegevinst?</p> <p>c) er variasjon i tjenestetilbudet betinget av geografiske forhold/beliggighet, eller er tjenestetilbudet utlitriskelig tilpasset?</p> <p>d) er det variasjon i tjenestetilbudet kjønns- eller aldersbetinget?</p> <p>e) er variasjon i tjenestetilbudet betinget av minoritets-, kultursensitive eller adferdsmessige forhold?</p> <p>f) andre forhold?</p> <p>g) er tjenestetilbudet og kompetansen spredt?</p>	<p>Ja, det er behov for å utrede det mest hensiktsmessige verktøyet. Gjeldende retningslinje anbefaler 6 ulike verktøy for klassifisering av ernæringsstatus. De anbefalte verktøyene er omfattende. Det er vanskelig for helsepersonell å velge verktøy og å bruke det verktøyet de velger. Dette medfører variasjon i praksis. Ved å anbefale ett verktøy, vil det lette kommunikasjon innad i helsetjenesten, ertultatene blir sammenlignbare, de kan implementeres i e-pasientjournalen. (Avdeling statistikk og kodeverk 2015: Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer ernæring og legemiddelgjennomgang), Heidi Aagaard: Mat og måltider i sykehjem 2 2015;1), personlige henvendelser fra helsepersonell i sykehus/sykehjem/hjemmetjenster</p> <p>Undersøkelser fra Helse Bergen og spørreundersøkelsen om Mat og måltider i sykehjem viser at det er omlag halvparten av pasientene som blir kartlagt for ernæringsstatus. Ca halvparten av de som er kartlagt får måltittede tiltak http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21863042 29% av pasientene som blir innlagt i sykehus er i ernæringsmessig risiko og disse ligger dobbelt så lang tid i sykehus http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24094814. Også: økt co-morbiditet, flere re-innleggelse, økt dødelighet. Uønsket hendelse ala Ahus-saken må forebygges ved systematisk ernæringspraksis.</p> <p>Nei, variasjonen skyldes mangel på entydige anbefalinger</p> <p>Nei</p> <p>Ja, en av barrierene for god ernæringspraksis er holdninger, mangel på interesse og kunnskap om ernærings betydning i behandling.</p> <p>Ja, det er også andre barrierer, som f.eks manglende integrering av ernæringsvariable i elektronisk pasientdokumentasjon, Ja, det arbeides med å utvikle kvalitetsindikatorer på ernæring, dette bidrar til behovet for entydige/omforente kriteriene for ernæringsmessig risiko og underernæring, en entydig anbefaling på diagnostisering av ernæringsmessig risiko/underernæring er et viktig grunnlag for dette arbeidet.</p> <p>Ja, kartleggingen bør skje i hele landet</p>	<p>JA</p> <p>JA</p> <p>NEI</p> <p>NEI</p> <p>JA</p> <p>JA</p> <p>JA</p>
1B	Er det utfordringer tilknyttet samhandling eller pasientforløp?	<p>a) Involveres tjenester på flere nivåer og/eller etater?</p> <p>b) Er det grunn til å tro at det er utfordringer i samhandling innenfor og mellom tjenesteytere?</p> <p>Er det enighet om målsetninger og behov, dersom fagområdet berører tilgrensende etater, nivåer eller fagområder?</p>	<p>a) Ja, kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten involveres</p> <p>b) Ja, det er utfordringer fordi tjenesteyterne benytter ikke samme kartleggingsverktøy og ikke kjent med hverandres kartleggingsverktøy</p> <p>Ja, pasienter og brukere i ernæringsmessig risik/underernæring skal få dokumentert ernæringsstatus og få tilpassede tiltak uansett hvor de møter helse- og omsorgstjenesten</p>	<p>NEI</p> <p>JA</p>
1C	Er det andre begrunnelser?	<p>Er forslaget/oppdraget en bestilling fra HOD eller ligger det politiske føringer til grunn for oppdraget (f.eks. fra nasjonale strategier og handlingsplaner)? Hvor står bestillingen beskrevet?</p> <p>Hvis JA: Er nasjonal faglig retningslinje den eneste måten å besvare oppdraget på?</p> <p>Er forslaget forankret i intern strategi og virksomhetsplan (Hdir)?</p> <p>Er forslaget en konsekvens av endringer: a) i lov/forskrift b) på tilgrensende fagområde c) hos samarbeidende etater</p> <p>Kan nasjonal kompetansetjeneste eller annen organisasjon/fagmiljø utvikle kunnskapsbasert retningslinje på dette fagområdet (jf. IS-1870)?</p> <p>Vil pågående metodevurdering påvirke anbefalinger i en publisert nasjonal faglig retningslinje?</p> <p>Nasj. faglig retningslinje eksisterer, men er ikke tilstrekkelig implementert (en utfordring beskrevet i Hdir's følge med rapport s. 5 14/2428-11)</p> <p>Hvilke (kunnskapsbaserte) retningslinjer bruker fagmiljøet i dag? Er det (u)enighet om bruken av disse, slik at nasjonale retningslinjer er unødvendig?</p> <p>Er det andre forhold tilsier behov for utvikling av nasjonal faglig retningslinje?</p> <p>Hva er antatt konsekvens dersom ikke retningslinjen utvikles/revideres?</p> <p>Med utgangspunkt i 1A og 1B (behovsbegrunnelsen), angi omtrentlig antall problemstillinger/anbefalinger som bør inkluderes?</p>	<p>Ja, Retningslinjen ble utgitt for første gang i 2009. Det står at den skal revideres hvert 3-4 år. En rapport fra en pilot på nasjonalt kvalitetsindikatorprosjekt på ernæring og legemidler publisert i mai (?) 2015 foreslår en revidering på bakgrunn av behovet i tjenesten se 1. A).</p> <p>Ja</p> <p>Avdelingens VP - 2016</p> <p>Nei</p> <p>De kan være med å revidere denne - det er opprettet Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring fra 1.1. 2015</p> <p>Nei</p> <p>Det foreslås en revisjon, fordi anbefalingene knyttet til kartlegging/identifisering ikke er entydige (dette meldes inn som en implementeringsbarriere)</p> <p>Det er enighet om at retningslinjen som ønskes revidert (IS-1580) er gjeldende retningslinje på dette fagområdet</p> <p>Det ene klassifiseringsverktøyet, NRS2002, er feil oversatt i retningslinjen, det bør korrigeres. Monitoreringen er for knapp, den må utvides. -Kan vi ta inn et avsnitt om avvik? -og kriterier for avvismelding i melde.no? En del av ernæringsarbeidet i insitusjoner er medisinsk behandling og handler om pasientsikkerhet (ref Ahus- saken). Se innlegg i Dagens medisin 15.6. 15. http://www.dagensmedisin.no/artiklar/2015/06/15/ogsa-syke-trenger-mat-og-drikke/ Fra 1. januar 2016 innføres nye dokumentasjonskrav om ernæring i IPLUS i omsorgstjenestene deriblant kartlegging av ernæringsstatus og dokumentasjon på ernærings tiltak. Disse dataene kan brukes som grunnlag for kvalitetsindikatorer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kravene bygger på retningslinjer for å forbygge underernæring. Fra 1.1.16 blir det diskrepans mellom anbefalingene på diagnostisering av underernæring i retningslinjene vs kravspes for dokumentasjon i IPLUS.</p> <p>Det er dokumentert at dagens praksis medfører unødig høy liggetid pga flere komplikasjoner, mer sykighet fordi pasientene ikke får tilstrekkelig ernæring (ref...) Manglende diagnostisering av underernæring har helse- og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Dersom underernæring ikke fanges opp, bidrar til dobbelt så lang liggetid (ref). Det er svært viktig at indikasjonen er til stede og energibehovet beregnes før man setter i gang aktiv ernæringsbehandling. Både sonde- og intravenøs ernæring kan øke risikoen for komplikasjoner hvis det for eksempel gis til veldernærte eller pasienten får for mye i forhold til beregnet behov (Nivå 1B) (Fra IS-1580 s. 21).</p> <p>Det er i hovedsak anbefalingene som går på identifisering av underernæring og ernæringsmessig risiko som skal revideres. De andre anbefalingene står seg godt.</p>	<p>JA</p> <p>JA</p> <p>JA</p> <p>NEI</p> <p>JA</p> <p>NEI</p> <p>JA</p> <p>JA</p> <p>JA</p> <p>JA</p> <p>JA</p> <p>Antall problemstillinger: 2</p>

ID		TOTALT SETT: 2 anbefalinger bør revideres fordi...	Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring bør revideres fordi det er behov for en forenkling og standardisering av hvordan man klassifiserer pasienter i ernæringsmessig risiko/underernæring. Det er kommet nye studier som viser at det kan gjøres på en enklere måte og erfaringer fra praksis tilsier at en av barrierene for å identifisere og følge opp pasienter i ernæringsmessig risiko er at det er for mange verktøy å velge mellom og mangelfull kunnskap om hvordan de skal brukes. Det er i tillegg behov for en standardisering slik at man kan klassifisere ernæringsmessig risiko/underernæring på samme måte uavhengig av tjenestenivå (en innbygger - en journal). I dag anbefales det ulike verktøy for hhv spesialist- og primærhelsetjensten som ikke er hensiktsmessig.	KONKLUSJON JA
----	--	--	--	------------------

JA, en nasjonal faglig retningslinje kan bidra til å oppnå de mål som er satt for helse og omsorgstjenesten, gå til skjema 2 (prioritering mellom fagområder)
NEI, en nasjonal faglig retningslinje ansees ikke som egnet virkemiddel. Det er ikke nødvendig å fylle ut skjema 2.

Fra forskningsdokumentasjon til anbefaling

Verdier og preferanser – den relative betydningen av utfall

Kvaliteten på dokumentasjonen?

Hvor gjennomførbart er tiltaket?

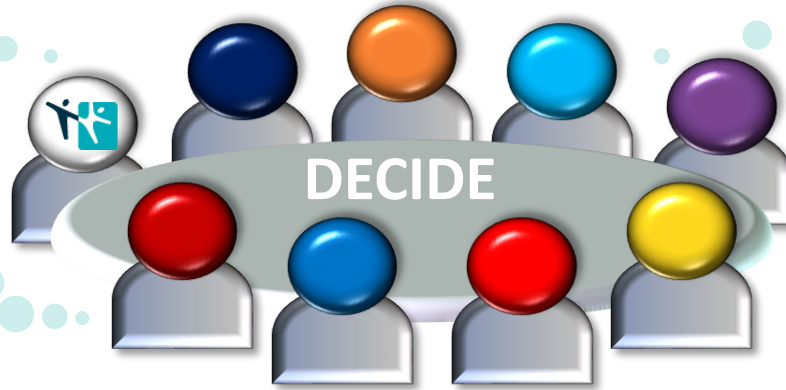
Fordeler og ulemper ved tiltaket

DECIDE

Hvor akseptabelt er tiltaket?

Ressursbruk?

Likhet helsemessig?



07938: Personer med helse- og sosialfaglig utdanning. 4. kvartal, etter fagutdanning, kjønn, statistikkvariabel, år og alder

		Sysselsatte 2021	
		Alle aldre	Andel
Helsesekretær	Menn	128	1,04
	Kvinner	12135	98,96
Hjelpepleier	Menn	2962	7,06
	Kvinner	38969	92,94
Helsefagarbeider	Menn	5978	15,26
	Kvinner	33184	84,74
Omsorgsarbeider	Menn	612	7,02
	Kvinner	8109	92,98
Apotektekniker	Menn	304	5,60
	Kvinner	5124	94,40
Fotterapeut	Menn	41	2,19
	Kvinner	1835	97,81
Barne- og ungdomsarbeidere	Menn	3919	11,10
	Kvinner	31378	88,90
Tannhelsesekretær	Menn	65	1,31
	Kvinner	4899	98,69
Aktivitør	Menn	59	2,24
	Kvinner	2580	97,76
Annen videregående helseutdanning	Menn	5628	29,96
	Kvinner	13159	70,04
Ergoterapeut	Menn	783	14,04
	Kvinner	4792	85,96
Fysioterapeut	Menn	4376	31,98
	Kvinner	9307	68,02
Helsesykepleier og jordmor	Menn	34	0,41
	Kvinner	8337	99,59
Radiograf	Menn	1151	27,68
	Kvinner	3007	72,32
Sykepleier	Menn	12865	11,49
	Kvinner	99107	88,51
Vernepleier	Menn	4013	20,99
	Kvinner	15106	79,01
Tannpleier	Menn	46	2,82

	Kvinner	1583	97,18
Bioingeniør	Menn	983	13,33
	Kvinner	6392	86,67
Barnevernspedagog	Menn	2220	15,14
	Kvinner	12447	84,86
Sosionom	Menn	3227	17,17
	Kvinner	15563	82,83
Øvrig helseutdanning med høgskole	Menn	6216	24,67
	Kvinner	18976	75,33
Reseptarfarmasøyt inkl. reseptar	Menn	428	25,78
	Kvinner	1232	74,22
Provisorfarmasøyt	Menn	947	21,20
	Kvinner	3520	78,80
Lege uten spesialitet	Menn	5992	40,16
	Kvinner	8930	59,84
Lege med spesialitet	Menn	9533	54,93
	Kvinner	7823	45,07
Tannlege	Menn	2325	41,14
	Kvinner	3326	58,86
Psykolog	Menn	2603	28,57
	Kvinner	6508	71,43
Øvrig helseutdanning på universitets	Menn	3392	30,84
	Kvinner	7607	69,16
Totalt	Menn	80830	17,35
	Kvinner	384935	82,65
Sum totalt		465765	

'Psykologer' omfatter fra og med 2011 kun psykologer.

Denne statistikken er oppdatert med ny og bedre metode fagutdanning:

Helsefagarbeider:

Helsefagutdanning er en ny fagutdanning fra 2009.

Sist endret:

Sysselsatte:

20220302 08:00

Kilde:
Statistisk sentralbyrå

Kontakt:
Sysseksatte:
Stine Bakke, Statistisk sentralbyrå
+47 409 02 582
eba@ssb.no

Fredrik Steinrem Edelmann, Statistisk sentralbyrå
+47 4090 2460
fed@ssb.no

Copyright

Måleenhet:
Sysseksatte:
personer
Målemetode:
Sysseksatte:
Situasjon (tidspunkt)

Referansetid:
Sysseksatte
4. kvartal

Database:
Ekstern PRODUKSJON

Intern referansekode:
Sysseksatte