



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

Kvinnehelseutvalget  
[kvinnehelseutvalget@hod.dep.no](mailto:kvinnehelseutvalget@hod.dep.no)

Til Akademikerne v/Øystein Holm-Haagensen

Sendt kun per epost til [oystein@akademikerne.no](mailto:oystein@akademikerne.no)

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202200209

Dato: 06-02-2022

### **Høring: Høring – Innspill til Kvinnehelseutvalget**

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

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

#### **Kunnskapsoversikt**

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

#### **Kvinnehelse / kjønnsperspektiv**

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

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

### **Ivaretagelse av kvinners helse**

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

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

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

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

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

---

<sup>1</sup> 3 <https://bjgp.org/content/bjgp/early/2021/10/04/BJGP.2021.0340.full.pdf>

## **Kjønnsperspektivet i folkehelsearbeidet**

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

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

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

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

## **Kjønnsperspektivet i helse- og omsorgstjenesten**

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

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

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

---

<sup>2</sup> <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>

<sup>3</sup> <https://www.ntnu.no/hunt/hunt4>

<sup>4</sup> [https://www.legeforeningen.no/contentassets/8d8421aa7b294e3a9928d8c908923e8b/ferdig-utkast-resolusjon\\_med-innspill.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/8d8421aa7b294e3a9928d8c908923e8b/ferdig-utkast-resolusjon_med-innspill.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.ssb.no/statbank/table/10141/tableViewLayout1/>

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

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

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

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

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

### **Kjønnspektivet i forskning og utdanning**

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

Angående utdanning:

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

Angående forskning:

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

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

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

- Forskning i allmennpraksis! De fleste legekonsultasjoner foregår hos fastlegen. Med 1 million diagnoser knyttet til psykisk sykdom og 2,8 millioner knyttet til “andre diagnoser” er det av stor interesse å se nærmere på hva som skjuler seg bak tallene.
- Forske på fødselsomsorgen. Hvilke konsekvenser har kortere liggetid på barselavdelinger?
- Mer forskning på kvinnesykdommer, sykdommer med lav dødelighet og stor sykdomsbyrde.
- Forske på arbeidsrelatert sykdom og skade hos kvinner. Slik forskning vil kunne få direkte praktisk konsekvens for listen over sykdommer som klassifiseres som yrkessykdommer. Mer kunnskap om belastningsskader vil være viktig.
- Forske på underkjente risikofaktorer av psykososial og sosioøkonomisk art ved hjerte-karsykdom hos kvinner (og ved annen kronisk sykdom hos kvinner).
- Forske på tiltak av typen “tidlig intervensjon”. Følge grupper over tid.
- Forske/kartlegge overdiagnostikk og overbehandling som kan medføre skade og/eller kan påføre unødvendig engstelse og uro

## **Prioriterte innsatsområder og tiltak**

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

### **Fastlegens rolle for kvinners helse**

Legeforeningen har flere steder i høringsuttalelsen trukket frem fastlegen som en betydningsfull aktør for kvinners helse. 76% av alle kvinner har minst en konsultasjon hos fastlegen sin hvert år. I gjennomsnitt møter en kvinne fastlegen 3,2 ganger hvert år.<sup>6</sup>

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

### **Styrke forskning i allmennmedisin**

---

<sup>6</sup> <https://www.ssb.no/statbank/table/10141/tableViewLayout1/>

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

### **Kvinner med kronisk sykdom**

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

### **Økonomiske virkemidler**

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

### **Sosial ulikhet i kvinnehelse**

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

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

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

Med hilsen  
Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Kari-Jussie Lønning  
Fagdirektør/lege

Elisabeth Selvaag  
Spesialrådgiver/lege



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

Dokumentet er godkjent elektronisk