

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202300338

Dato: 07-06-2023

Høring: Kvinnehelseutvalgets NOU 2023: 5 - Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse

Legeforeningen takker for muligheten til å avgi høringsuttalelse til Kvinnehelseutvalgets rapport: "Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse". Legeforeningen setter pris på at våre innspill til utvalget sitt arbeid i sin helhet gjenfinnes i rapporten. En rapport vi i all hovedsak stiller oss bak, både hva gjelder historiefortelling, virkelighetsbeskrivelse, utfordringsbilde og de foreslåtte tiltak.

I Legeforeningens innspill til Kvinnehelseutvalget presiserte vi at tiltak og prioriterte innsatsområder må ha relevans for mange kvinners helse eller utgjøre en stor forskjell for en mindre gruppe kvinner. Dette mener vi må ligge til grunn ved behov for prioritering mellom de ulike tiltakene.

Legeforeningen har valgt å strukturere innspillet med en innledning bestående av generelle bemerkninger, etterfulgt av innspill til noen utvalgte tiltak foreslått i rapporten. Avslutningsvis vil vi løfte fastlegetjenestens særlige rolle i det videre arbeidet med kvinners helse.

Generelle bemerkninger

For det første vil Legeforeningen peke på viktigheten av at denne utredningen ses i sammenheng med øvrige rapporter, utredninger og arbeid på helsefeltet. Her vil vi særlig trekke frem folkehelsemeldingen, opptrappingsplan for psykisk helse, Voldtektutvalget og Abortutvalget, men også Helsepersonellkommisjonens rapport og Sykehusutvalgets utredning. Eksempelvis bør en vurdering av takstsystemet inngå som en del av en helhetlig gjennomgang jf. Helsepersonellkommisjonens forslag til tiltak og Sykehusutvalgets anbefalinger.

Kjønn har betydning for helse, men kunnskapen om dette er for svak i helse- og omsorgstjenesten i dag. Når det ikke tas tilstrekkelig høyde for denne forskjellen, lykkes vi heller ikke med å sikre helse- og omsorgstjenester av god nok kvalitet for alle. Kvinner og menn har ulik biologi, og har dermed ulike symptomer og funn ved sykdom. Forskning på kvinnehelse, og særlig innenfor allmenntilmedisinen, må styrkes betydelig. Vi trenger mer kunnskap om sykdommer og symptomer bare kvinner kan få, sykdommer kvinner får oftere enn menn og om sykdommer hvor kvinner får andre symptomer enn menn.

Utvalget har lagt til grunn at kvinners helse har lav status. Flere steder i rapporten nyanseres dette til at sykdommer som særlig rammer kvinner har lav status. Legeforeningen mener denne nyanseringen burde vært gjennomgående i rapporten. De sykdommer det vises til har i hovedsak lav status, også når de rammer menn. Når det er sagt vil Legeforeningen oppfordre til bevisstgjøring og kunnskapsdeling om de ubevisste prosesser som både i utdanning og prioriteringss spørsmål kan gi seg utslag i nedprioritering av kvinners og andre gruppers helsetilbud.

Det er nødvendig for Legeforeningen å understreke at et kvinnehelseløft må skje gjennom å styrke de eksisterende strukturene i helsetjenesten. En robust fastlegetjeneste og gode, tilgjengelige tilbud for styrking av somatisk og psykisk helse, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, er viktig for kvinners helse i alle livsfaser.

Vurdering av konkrete tiltak

1. Forskning

Tiltak 5: *Innføre krav om kjønnsperspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning.*

Kvinnehelseutvalget fremhever betydningen av kjønnsperspektivet, i forskning og i klinisk praksis. Legeforeningen mener at dette er et fornuftig tiltak i de situasjonene hvor kjønn er relevant. Det er av stor betydning at både menn og kvinner inkluderes i studier, der det er relevant, og det er det svært ofte. I klinisk praksis kan kjønnsperspektivet brukes aktivt såfremt kunnskapen om kjønns betydning for aktuelle sykdom eller sykdomspresentasjon finnes, er kjent og/eller er nedfelt i veiledere og retningslinjer. Det er tilfelle for mange sykdommer, men på langt nær alle.

Tiltak 8: *Etablering av nasjonale senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv.*

Legeforeningen støtter å øremerke forskningsmidler til kvinnehelse gjennom blant annet å opprette et nasjonalt senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Skal de sykdommer som i særlig grad rammer kvinner oppnå høyere status trengs det mer forskning, og forskningen må være av høy kvalitet.

Tiltak 9: *Øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmennt medisinske forskningsenhetene.*

Kvinner får i all hovedsak sin helsehjelp i kommunene, hos fastlege og gjennom kommunale helse- og omsorgstjenester. Legeforeningen er opptatt av at en tilstrekkelig andel av forskningsmidlene må anvendes i allmennt medisin, på den allmennt medisinske pasientpopulasjonen.

Tiltak 25: *Iverksette forskning på hvordan kvinner med kvinnelidelser blir behandlet i tjenestene*

Legeforeningen er også her opptatt av at den allmennt medisinske populasjonen blir godt representert.

Tiltak 57: *Opprette et forskningsprogram om eldre kvinners helse.*

Legeforeningen støtter et forskningsprogram om eldre kvinners helse. De eldre kvinnene skiller seg ut blant annet med tanke på endret kroppssammensetning, og med en metabolisme der både bivirkninger og virkninger av en medisindose skiller seg betydelig fra den populasjonen som det oftest forskes på.

2. Barn

Tiltak 28: *Prioritere arbeidet med å gjøre helse- og omsorgstjenesten bedre i stand til å forebygge, avverge og avdekke vold og overgrep mot barn.*

Vold og overgrep er de barndomserfaringene som i særlig grad gir uhelse gjennom livsløpet.¹ Forebygging, avverging og avdekking er av stor verdi. Legeforeningen mener dette er et godt tiltak i møte med de barna som kommer til helsetjenesten. Svært få barn er jevnlig i kontakt med helsetjenesten. Tiltak for barn må derfor i hovedsak komme på de arenaene barn befinner seg, i barnehage og skole, i nabolag og knyttet til fritidsaktiviteter. Forebyggende innsats i barneår for bedre kvinnehelse handler om langt mer enn vold og overgrep. Det handler om god omsorg, etablering av sunne levevaner, gode barnehager og skoler som legger til rette for utvikling og læring. For kvinnehelse er det vesentlig at det i barnealder er fokus på gode oppvekstvilkår for både gutter og jenter. Dette handler i hovedsak om andre tjenester enn helse- og omsorgstjenestene.

Legeforeningen mener oppvekstvilkårs og livserfaringers betydning for helse, også kvinnehelse i et livsløpsperspektiv må gjenspeiles i tiltakene. Vi foreslår tiltak knyttet til styrking av barnehager og skoler, styrking av laget rundt barna, så de kan få den nødvendige støtte og oppmerksomhet, mest til de som trenger det mest.

3. Ungdom og unge kvinner

Tiltak 29: Styrking av helsestasjon for ungdom og skolehelsetjeneste.

Legeforeningen mener at tilgjengelighet er av stor verdi for at det skal bli et reelt lavterskeltilbud. Slik det er nå er det for lav tilgjengelighet mange steder. For både skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom er det en erfaring at jo flere timer og dager et slikt tilbud er åpent, jo flere er det som benytter seg av det.

Tiltak 30: Fritak for egenandel for ungdom mellom 16 og 18 år.

Legeforeningen mener egenandelene må fjernes for alle til og med 20 år, samt at egenandelssystemet bør evalueres for å se på hvordan egenandelene forsterker sosiale helseforskjeller.

Tiltak 38: Gode helsetjenester til pasienter med endometriose og adenomyose.

Legeforeningen mener det kan være uheldig å trekke frem enkelttilstander. Ved å unngå spesifisering kan flere inkluderes, også de tilstandene hvor det verken finnes sterke pasientforeninger eller mediefokus.

Tiltak 39: Styrke vulvapoliklinikker i alle helseregioner.

Legeforeningen mener dette tilbudet i hovedsak skal ligge i primærhelsetjenesten, samtidig som det ved behov og etter henvisning må prioriteres for behandling i spesialisthelsetjenesten. Kvinner skal ha like gode muligheter for diagnostikk og behandling av helseplager som menn. For å oppnå det må vi tenke helhetlig og ikke etablere egne kvinnehelseklinikker begrenset til sykdommer kun kvinner kan få. Egne kvinnehelseklinikker betinger at kvinner selv tolker symptomer riktig og til en viss grad bedriver selvdagnostisering. Opprettelse av særomsorgstilbud kan også gå på bekostning av

1. ¹Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.



kontinuiteten mellom helsepersonell og pasient/bruker. En slik kontinuitet har i seg selv vist seg å ha effekt på dødelighet og øvrig helsetjenestebruk.

4. Kvinner i etableringsfasen

Tiltak 40: Sikre trygg og god svangerskaps-, fødsels- og barseloppfølging uavhengig av bosted.

Legeforeningen mener fastlegene også må være sentrale i utdypingen av dette tiltaket, i tillegg til jordmødre og gynekologer.

Tiltak 41: Styrke lavterskeltilbudet for mødrehelse i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen er enig i at det er behov for å styrke lavterskeltilbudet for mødrehelse. Vi støtter ikke innkalling til faste tider, bortsett fra eksisterende kontroll etter fødsel. Det handler om å sikre kvinnenes valgfrihet, la de selv velge når de trenger hjelp og fra hvem. Legeforeningen vil spille inn at et alternativt tiltak er fritak for egenandel det første året etter en fødsel.

Tiltak 45: Bedre oppfølging etter provosert abort og spontanabort.

Legeforeningen støtter forslaget og mener denne oppfølgingen bør foregå hos fastlegen. Det må etableres en praksis som tar høyde for at ikke alle vil ønske en innkalling.

5. Kvinner midt i livet

Tiltak 51: Etablere nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter.

Legeforeningen forutsetter at et slikt senter, hvis det opprettes, har kunnskapsdeling som sin fremste oppgave. Et slikt senter må knytte til seg leger fra ulike relevante spesialiteter, inkludert allmenntilleggsmedisin.

6. Eldre kvinner

Tiltak 55: Sikre geriatrisk kompetanse i helse- og omsorgstjenesten.

Legeforeningen mener at geriatrisk kompetanse må styrkes hos alle som behandler eldre pasienter. Dette inkluderer alderspsykiatrisk kompetanse og tilbud. Faglige retningslinjer og veiledere som omhandler eldre må prioriteres for oppdatering. Legeforeningen mener det må vurderes å innføre økonomiske incentiver for behandling av skrøpelige eldre, både kvinner og menn. Det gjøres oppmerksom på at ikke alle sykehus har geriatere eller geriatrike avdelinger.

Tiltak 58: Hyppig, rutinemessig og systematisk medikamentgjennomgang hos eldre.

Legeforeningen foreslår økonomiske incentiver for medikamentgjennomgang for eldre, både på sykehus og i fastlegetjenesten.

Tiltak 59: Nasjonale retningslinjer for å sikre riktig bolig og kosthold for eldre.

Legeforeningen erfarer at kommunene i svært ulik grad har fulgt opp behovet for tilpassede kommunale tjenester for eldre, noe som særlig rammer kvinner, som det er flest av. Legeforeningen mener det trengs en eldresatsing i kommunene.



7. Svangerskaps-, fødsels og barseloppfølging

Kvinnehelseutvalget har i rapporten gitt en grundig redegjørelse for status og utfordringer innen svangerskaps-, fødsels og barseloppfølging. Legeforeningen støtter de tiltakene som foreslås og vil knytte noen kommentarer til noen av tiltakene.

Tiltak 2: Prioritere arbeidet med å innføre ny finansieringsmodell for fødselsomsorgen.

Dette forslaget får drahjelp av Sykehusutvalget som foreslår større grad av rammefinansiering. Legeforeningen mener at de økonomiske incentivene i den offentlige helsetjenesten skal støtte opp under ønsket faglig praksis. Lave DRG-poeng for normal barselomsorg, som ammeveiledning, kan være en driver for rask utskrivning fra sykehus. Landet rundt har barselavdelinger på sykehusene mål om stadig kortere liggetid for kvinner som har født. Legeforeningen mener dette er uheldig.

Uavhengig av finansieringsmodell må vi anta at sykehusene vil ha stramme økonomiske rammer og krav til effektivisering, også i fremtiden. Den aktiviteten som ikke er akutt eller handler om liv og død blir da fort nedprioritert. Det bør vurderes om fødeavdelingene skal defineres og finansieres som akuttavdelinger.

For fødetilbudet finnes oppdaterte nasjonale retningslinjer som forventes publisert i september 2023.² Barselomsorgen vil fortsatt, uavhengig av finansieringsmodell og gode intensjoner risikere å bli nedprioritert. Det haster å få bedre samhandling mellom sykehus og kommuner, og det haster å få mer kunnskap om konsekvensene av en stadig mer marginalisert barselomsorg.

Legeforeningen er opptatt av god ivaretagelse av kvinnene som nettopp har født, og mener at man også i barselomsorgen er forpliktet til å ta hensyn til hva som er til barnets beste.³

Tiltak 41: Styrke lavterskeltilbudet for mødrehelse i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen støtter intensjonen i dette tiltaket, men er usikker på om det er hensiktsmessig å innføre flere faste kontroller. Et fritak for egenandel det første året etter en fødsel vil gi et signal om at kvinner som har født prioriteres for helsehjelp. Kvinnene vil selv kunne bestemme hvem de vil oppsøke og gjøre det når de selv har behov.

Tiltak 42: Sikre systematikk i arbeidet med å kartlegge og følge opp psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel.

Utvalgets rapport beskriver godt hvor vanlig det er med psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel. I motsetning til somatiske komplikasjoner som for eksempel diabetes i svangerskap er det i dag ingen systematikk i hvordan psykisk helse kartlegges og følges opp i denne fasen av kvinners liv. Legeforeningen støtter og er glad for at utvalget peker på fastlegene som sentrale fagpersoner for oppfølging av psykisk helse i denne sårbare livsfasen. Flere av Legeforeningens fagmedisinske foreninger planlegger et samarbeid på tvers av spesialiteter med fokus på bedre ivaretagelse av perinatal psykisk helse. De bidrar gjerne i et nasjonalt arbeid for å sikre systematikk på feltet.

Tiltak 43: Styrke tilbudet om flerkulturell doula for gravide

² <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-faglig-retningslinje-for-fodselsomsorgen>

³ <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/>

Legeforeningen støtter tiltaket. Legeforeningen mener at helsepersonells kultursensitivitet og kompetanse om graviditet, fødsel og barseltid i ulike befolkningsgrupper må styrkes parallelt med dette tiltaket.

8. Kvinner i arbeidslivet

Kvinnens deltakelse i arbeidslivet omtales i kapittel 5, "Kvinneliv og kvinnehelse". Det er ikke det fylldigste kapittelet og Legeforeningen ønsker å utdype noen tema. I tillegg til tiltak direkte relatert til kvinner i arbeidslivet er det to tiltak (70 og 73) knyttet til rollen som pårørende som vi også omtaler her.

Tiltak 50: *Oppnevne et offentlig utvalg som skal se særlig på kvinners arbeidshelse.*

Legeforeningen stiller seg bak utvalgets beskrivelse av dagens situasjon i arbeidslivet, og de kjønnsforskjeller som påpekes, blant annet med hensyn til sykefravær og yrkesrelaterte helseplager. Kvinner har høyere sykefravær enn menn, og kvinner utgjør flertallet blant uføre og arbeidstakere på arbeidsavklaringspenger. Legeforeningen støtter oppnevning av et utvalg som skal se nærmere på årsakene til forskjellene i sykefravær.

Legeforeningen vil fremme viktigheten av god livsfasepolitikk for alle arbeidstakere med særlig fokus på gravide arbeidstakere og kvinnelige arbeidstakere i tiden etter en fødselspermisjon. Kvinner kan fortsatt oppleve diskriminering på arbeidsplassen.

Det er langt flere menn enn kvinner som får godkjent yrkessykdom/yrkesskade med de økonomiske rettighetene som følger av det. Det slås i rapporten fast at det ser ut til at kriteriene for å få yrkesskadeerstatning favoriserer ansatte i mannsdominerte yrker. Det pågår et arbeid med revisjon av forskrift om yrkessykdom (NOU 2008:11). Legeforeningen ber om at det gjøres en ny vurdering av hvilke diagnoser som kan godkjennes som yrkessykdom.

Rapporten slår fast at retningslinjer for helse, miljø og sikkerhet (HMS) tradisjonelt har vært rettet mot utfordringer på mannsdominerte arbeidsplasser, hvor det fysiske miljøet og risikoen for skader har fått mest oppmerksomhet. De typiske kvinneyrkene har annen type belastning og større sjanse for slitasje enn for skader. I forlengelsen av dette vil Legeforeningen peke på virksomhetens krav til å ha bedriftshelsetjeneste. Også her er det risiko basert på fysiske og kjemiske arbeidsmiljøfaktorer som vektlegges. Det gjør at kvinnedominerte arbeidsplasser sjeldnere er tilknyttet en bedriftshelsetjeneste. Kvinner har derfor i mindre grad tilgang til helsefremmende, forebyggende og gjenopprettende bistand fra et tverrfaglig team tilknyttet arbeidsplassen.

Tiltak 53: *Øke kunnskapen om overgangsalder og arbeidsliv.*

Legeforeningen støtter at det legges til rette for mer forskning på sammenhengen mellom overgangsalder og arbeidsliv, som del av et nasjonalt forskningsløft på kvinnehelse.

Tiltak 70 og 73: *Utrede behov for endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene for pårørende, og Styrke tilskuddsordningen om helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver.*

Legeforeningen mener det er vesentlig at pårørendeomsorg omtales i rapporten om kvinnehelse. Dette er et av de områdene hvor likestillingen mellom kjønnene ikke har kommet særlig langt. Pårørendeomsorg har for mange kvinner konsekvenser for deltakelse i arbeidslivet. Det har også konsekvenser for deres egen helse, inkludert mulighet for å ivareta egen helse. Legeforeningen

støtter tiltakenes intensjon om økonomisk kompensasjon og ryddige fraværsbestemmelser knyttet til arbeidstakeres pårørendeomsorg.

I en familie tjener ofte kvinnen mindre enn mannen med de følger det har for hvem som skal ta seg av alt som foregår på hjemmebane. Disse forhold har stor betydning for kvinnehelse. Det er fortsatt slik at kvinner tjener mindre enn menn i sammenlignbare stillinger. Legeforeningen foreslår å legge til et tiltak som retter seg mot lønnsgapet mellom kvinner og menn i sammenlignbare stillinger.

Avsluttende bemerkning: Fastlegetjenestens rolle for kvinnehelse

I Legeforeningens innspill til Kvinnehelseutvalget ble samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten beskrevet, slik den fungerer for de fleste pasienter. For voksne kvinner representerer spesialisthelsetjenesten sjelden en kontinuitet som ivaretar både sykdom, livserfaringer og livssituasjon i oppfølging over tid. Det gjelder for både akutt og kronisk sykdom. Spesialisthelsetjenesten melder tilbake til fastlegen hva den har gjort og hvilken videre oppfølging den anser som hensiktsmessig innen en avgrenset problematikk. Fastlegen tar opp tråden, inkluderer den nye kunnskapen i helhetsbildet og følger pasienten videre i livet.

Fastlegene skal finnes i alle kommuner. Betydningen av kontinuitet i helseoppfølging og fastlegens viktige rolle for befolkningens helse finnes det kunnskap om. Det å ha hatt samme fastlege over år bidrar til færre innleggelse på sykehus og flere leveår⁴. Sykdommer kvinner får hyppigere enn menn behandles også som oftest kun på fastlegekontoret. En robust fastlegetjeneste og gode, tilgjengelige tilbud for styrking av somatisk og psykisk helse, er viktig for kvinners helse i alle livsfaser.

Legeforeningen har i sitt høringsvar gjentatte ganger presisert fastlegetjenestens sentrale rolle for gjennomføring av kvinnehelseutvalgets tiltakspakke. Mye av utredning, behandling og oppfølging av de sykdommer og tilstander som rapporten omtaler kan og skal ivaretas i primærhelsetjenesten. Det forutsetter at rammene tillater det, og den viktigste ressursen for helsepersonell er sannsynligvis tid sammen med pasientene.

Legeforeningen er opptatt av å sikre gode og likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. En styrking av fastlegetjenesten over hele landet vil komme alle kvinner til gode, og bidra til å utjevne geografisk og sosial ulikhet.

Med hilsen

Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Johan Torgersen
Direktør, medisinsk fagavdeling

Elisabeth Selvaag
spesialrådgiver/lege

⁴ <https://bjgp.org/content/72/715/e84.long>



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Dokumentet er godkjent elektronisk