



God kvinnehelse for alle kvinner i alle livets faser

Vedtatt av Nmf's Landsstyre 15. mars 2026, Asker

I flere år har media florert av historier av kvinner som opplever å ikke bli tatt på alvor eller få tilstrekkelig informasjon om kvinnesykdommer. Kvinner får sjeldnere riktig diagnose ved hjerteinfarkt, flere kvinner er uføre og gjennomsnittlig tid for diagnostisering av endometriose er på 5 år, et tall som tross økende grad av kunnskap om tilstanden, ikke har vist tegn til forbedring de siste 23 årene (1).

Det første offentlige utvalget for kvinnehelse kom med sin rapport i 1999 (2). Over tjue år senere ble et nytt kvinnehelseutvalg oppnevnt og utvalget la frem sin utredning "Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse" i mars 2023 (1). Rapporten dokumenterer systematiske kunnskapshull og forskjeller i hvordan kvinners helse håndteres i det norske helsevesenet (1). Blant hovedutfordringene som kartlegges er den lave andelen kvinner i kliniske studier på behandling, et problem som allerede ble påpekt av 1999-utvalget (1,2). I 2022 publiserte Folkehelseinstituttet (FHI) en kartlegging av forskning på kvinnehelse, der et sentralt resultat er at det spesielt er mangel på forskning på jenter og eldre kvinner (3). Til tross for tydelige anbefalinger, ser vi at arbeidet med å tette disse gapene går for sakte.

I et internasjonalt perspektiv er kvinners helse underprioritert, med store konsekvenser. Mødremortaliteten er høy i mange land, spesielt i utviklingsland (4). Mesteparten av tilfellene kan unngås ved bedre helsehjelp, og økonomiske forskjeller gir kvinner ulike forutsetninger. 45% av alle aborter gjennomføres ikke på en trygg måte (5). Utrygge aborter er grunnen til 8% av den totale mødremortalitet i verden, men blir ofte underrapportert på grunn av skam knyttet til abort. Menstruasjon er fremdeles tabu i mange land, og det rår alvorlige misforståelser og stigmatisering knyttet til dette (6). Også i Norge er det fortsatt skam knyttet til menstruasjon og bruk av sanitærprodukter (1).



Sammensetningen av norske kvinner har endret seg de siste tiårene. Flere kvinner med minoritetsbakgrunn opplever å ikke få tilfredsstillende helsehjelp (1). Det kan blant annet skyldes utfordringer knyttet til kommunikasjon, minoritetsstress eller mangel på kunnskap. En studie fra 2022 viser at kvinner som ikke snakker norsk, har dårligere kunnskap om svangerskapsdiabetes enn norsktalende kvinner (7). Når det gjelder brystkreft, får kvinner med innvandrerbakgrunn sjeldnere påvist sykdommen, men når den først oppdages har de ofte en mer alvorlig form (8). Generelt er kunnskapen om helsen til kvinner med innvandrerbakgrunn mangelfull (1).

Samtidig er fødetilbudet i landet under press. Siden 1970 har antall fødeinstitusjoner i Norge blitt redusert med 75% (9). Selv om en studie fra UiO viser at nedleggelsen av fødetilbud ikke har påvirket helsen til mor eller barn, understreker forskerne viktigheten av en sterk primærhelsetjeneste og behovet for lokale nødsystemer for å redusere risikoene ved slike nedleggelse (9,10). I tillegg er ventetiden for behandling innen kvinnehelse lang; for eksempel er ventetiden ved vulvapoliklinikken i Oslo hele seks måneder (1). Alle disse faktorene spiller inn til å ha negative implikasjoner for kvinnehelsen i helhet.

Det anerkjennes at kvinner verden over har høyere forventet levealder enn menn, og at det også er store utfordringer knyttet til menns helse som skal ha fokus. Likevel er det på kvinnehelse det store forskningsgapet ligger. Det mangler kunnskap både på sykdommer som bare rammer kvinner, men også på sykdommer som rammer alle, og der man har mer kunnskap om hvordan menn blir rammet enn kvinner. At man vet mindre om medikamenter sin effekt hos kvinner gir potensielt dårligere behandling og flere bivirkninger til kvinner for en rekke mer eller mindre alvorlige tilstander. Dårlig kvinnehelse har stor innvirkning på likestilling, kvinners økonomi, levekår, selvstendighet og livskvalitet.



Norsk medisinstudentforening mener at:

- kunnskap om kvinnehelse og kjønns betydning for helse må styrkes i medisnutdanningen. Dette inkluderer forskjeller i diagnostikk og behandling mellom kvinner og menn.
- helsetilbudet for kvinner og personer med livmor må styrkes. Norge må investere mer ressurser i forskning på kvinnehelse og kjønn sin betydning for helse, samt styrke behandlingstilbudet innenfor kvinnetypiske lidelser.
- norske myndigheter må jobbe målrettet for å utføre tiltak som foreslått av Kvinnehelsekommisjonens arbeid publisert mars 2023.
- norske myndigheter må sikre kvinners rett til god fødselsomsorg over hele landet.
- det må opprettes kompetansesentre for kvinnesykdommer med høy prevalens.
- undervisningen om prevensjon, menstruasjon og kvinnehelse i skolen må få rom slik at jenter har kunnskap om egen helse tidlig.
- tiltak for å bedre kvinnehelsen må fokusere på å utbedre sosiale ulikheter i helse hos kvinner, og kompetansen på kvinnehelseutfordringer for kvinner med innvandringsbakgrunn må bedres.
- kvinners rett til seksuell og reprodutiv helse må sikres globalt.
- norsk bistand må prioritere tiltak for bedre kvinnehelse som et tiltak for likestilling og for å nå FNs bærekraftsmål.



Bibliografi:

1. NOU 2023: 5. Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse [Internett]. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2023 [hentet 03.02.2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>.
2. NOU 1999: 13. Kvinners helse i Norge [Internett]. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 1999 [hentet 03.02.2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-13/id141704/>.
3. Vist GE, Hestevik CH, Forsetlund L, Hval G, Underland V, Kucuk B, Kirkehei I. Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; publisert mai 2022 [hentet 03.02.2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2022/forskningskart-om-behandling-av-sykdommer-hos-kvinner/>.
4. World Health Organization. Maternal mortality [Internett]. Genève: WHO; Publisert 07.04.2025 [hentet 10.02.2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
5. World Health Organization. Abortion [Internett]. Genève: WHO; Publisert 08.12.2025 [hentet 10.02.2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
6. United Nations. Period Poverty – why millions of girls and women cannot afford their periods [Internett]. New York: UN; Publisert 28.07.2025 [hentet 12.02.2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.unwomen.org/en/articles/explainer/period-poverty-why-millions-of-girls-and-women-cannot-afford-their-periods>.
7. Borgen I, Garnweidner-Holme LM, Jacobsen AF, Fayyad S, Cvancarova Småstuen M, Lukasse M. Knowledge of gestational diabetes mellitus at first consultation in a multi-ethnic pregnant population in the Oslo region, Norway - a cross-sectional study. *Ethn Health*. 2022 Jan;27(1):209-222. doi: 10.1080/13557858.2019.1655530. Epub 2019 Aug 16. PMID: 31416352. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31416352/>.
8. Bhargava S, Akslén LA, Bukholm IRK, Hofvind S. Performance measures among non-immigrants and immigrants attending BreastScreen Norway: a population-based screening programme. *Eur Radiol*. 2019 Sep;29(9):4833-4842. doi: 10.1007/s00330-019-6009-2. Epub 2019 Feb 14. PMID: 30762109. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30762109/>.
9. Engelsen TC. Nedleggelse av fødetilbud har ikke påvirket mor og barns helse [Internett]. Oslo: UiO; Publisert 06.01.2026 [oppdatert 26.01.2026; hentet 12.02.2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/forskning/forskningsnytt/artikler/2026/nedleggelse-fodetilbud-har-ikke-pavirket-helse.html>.
10. de Linde A, Grytten J, Skau I, Kinge JM. Maternity Ward Closures and Infant Health Outcomes, Maternal Health Outcomes, and Birth Procedures. *Health Econ*. 2026 Feb;35(2):360-376. doi: 10.1002/hec.70053. Epub 2025 Nov 20. PMID: 41261950. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.70053>.