



29.mai 2023

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

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) takker for anledningen til å gi sine innspill på NOU 2023:5 *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*.

Rapporten skal belyse utfordringer blant kvinner når det gjelder risiko og forekomst av sykdom, og bruk av helse- og omsorgstjenester, samt hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektivet blir håndtert i arbeidet med folkehelse, i helse- og omsorgstjenestene og i forskning og utdanning.

Rapporten er grundig og omfattende, og NFA benytter anledningen til å berømme utvalget med en spesielt god rapport. Utvalget har møtt et bredt panel av fagfolk, i tillegg til å inneha utvalgsmedlemmer med ulik og relevant bakgrunn.

I rapporten oppsummeres utfordringsbildet med:

- kvinners helse har lav *status*
- mangelfull *samordning* gir dårligere helsetjenester
- en sviktende *kunnskapsbro* er et hinder for at kunnskap når fram til tjenestene.
- *kvinners stemmer* får for lite gjennomslag.

Fibromyalgi, angst, depresjon og overgangsalder trekkes frem som skambelagte diagnoser, som har lav status. Vulvasmerter er en tilstand hvor det nærmest ikke eksisterer behandlingstilbud. Det er ingen insentiv-ordninger som tilsier at disse feltene skal prioriteres. Dette er naturligvis hyppige kontaktårsaker i allmennpraksis, og det ville være nærliggende å

tenke seg at dersom fastleger kunne tilby disse kvinnene bedre oppfølging, utredning og/eller behandling så ville også dette helseaspektet være bedre ivaretatt.

Det er tatt frem som eksempel at det kan ta inntil fem år å få stilt diagnosen endometriose. Det finnes langt bedre eksempler på hvordan helsevesenet raskere og bedre kan ivareta kvinner med tilstander som er mer hyppige blant kvinner. Endometriose er en tilstand som kan bli godt medisinsk behandlet lenge før en kan stille diagnosen, og det er et prioriteringsspørsmål som overgår kjønnsdebatten hvorvidt kvinner skal gjennomgå laparoskopisk undersøkelse for å stille diagnose. Imidlertid går det an å se for seg hvordan økt oppmerksomhet på endometriose og generell oppfølging av smertetilstander kan gjøre at disse kvinnene føler seg bedre ivaretatt uavhengig av diagnosesetting. På samme måte er det vitenskapelig godt belegg for at svangerskapsforgiftning (preeklampsi) er en selvstendig risikofaktor for hjertekarsykdom, som trekkes frem i rapporten. Samtidig er det foreløpig ikke godt nok vitenskapelig belyst hvordan kvinner som er rammet av denne svangerskapskomplikasjonen, og deres barn, bør følges opp. Det er altså ikke bare snakk om å implementere det man har lært – det handler også om å søke ytterligere kunnskap, som på et senere tidspunkt kan danne grunnlag for nye retningslinjer.

Tilstander som medisinsk uforklarte tilstander (MUPS) og lipolymfødem trekkes fram. Disse tilstandene er til dels sammensatte og vanskelige å diagnostisere, og rammer hyppigst kvinner. Det er likevel verdt å spørre seg om vi ikke vet nok om disse tilstandene og sykdommene, nettopp fordi de er sammensatte og komplekse, mer enn at det er kvinner de rammer. NFA er likevel helt enig med utvalget om at det trengs mer kunnskap om disse feltene.

At kvinner oftere enn menn blir uføre er bekymringsfullt for samfunnet som helhet. Å stå i jobb og ha gode økonomiske rammer er av stor betydning for god helse, og vi er svært enige om at dette feltet må belyses bedre, slik at forebyggende tiltak kan settes inn.

Det påpekes at kvinnehelsesatsningen så langt er et politisk initiativ, og ikke reflekteres i helsepolitiske prioriteringer og tildelte ressurser. I allmennmedisinen er barselomsorg og livmorhalsprogrammet kanskje de oppgavene vi har som er mest knyttet til kvinnekjønn. Utover dette kan vi ikke se at det har vært en kvinnehelsesatsning, eller at kvinnehelse er prioritert høyere nå enn før. Vi er derfor enige med utvalget om at satsningen må integreres i helsevesenet i større grad.

Utvalget foreslår en rekke tiltak for å styrke kvinnehelsesatsningen. For å øke status for kvinners helse er det foreslått ni tiltak, og vi vil gjerne kommentere på noen av dem:

Tiltak 4 er «Gjennomgå og endre takster i kommunehelsetjenesten for å sikre at prioritering av kvinnehelse belønnes økonomisk». Takstsystemet i allmennpraksis bør ikke kompliseres mer enn nødvendig. Det bør heller ikke være slik at en for eksempel får egne dedikerte takster og dermed mer uttelling for en kvinne med MUPS på konsultasjon, enn et barn med magesmerter eller en mann med brystsmerter. Det bør heller lages universelle takster som ikke stimulerer til ulikhet, men til at de med størst behov får mest. Takst for samtaleterapi eller tidstakst er eksempler på slike takster, som vi har i dag.

Tiltak 5 er «Innføre krav om kjønnsperspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning». I de situasjonene hvor dette er relevant er det et fornuftig krav. Imidlertid finnes det tilfeller hvor det ikke vil spille noen rolle. Tiltaket kunne derfor ha føyd på, «der hvor relevant» på slutten av setningen. . En annen formulering kunne vært: «Innføre krav om at all medisinsk og helsefaglig forskning skal inkludere både menn og kvinner og inneholde et kjønnsperspektiv, såfremt dette ikke er åpenbart irrelevant.» I 2022 publiserte New England Journal of Medicine en populasjonbasert kardiologisk screening studie, som kun inkluderte menn. Dette ble kritisert med påstand om at studien aldri burde fått godkjenning til gjennomføring eller blitt publisert ettersom halve populasjonen var ekskludert. Kravet bør derfor handle om å inkludere begge kjønn i studier, ikke bare ha et kjønnsperspektiv.¹

Under **tiltak 8** foreslås det utlysning av midler til flere nasjonale senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv. Her kunne det kanskje stått nasjonale og regionale senter.

Tiltak 9 «Øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmennmedisinske forskningsenhetene» støttes helhjertet. Slik rapporten oppgir finnes svært få systematiske oversiktsartikler om behandling av sykdommer hos kvinner. Det gjøres i dag for lite behandlingsforskning i allmennmedisin, til tross for at det er her det aller meste av pasientbehandling skjer. Forskning på overgangsalder bør for eksempel skje i en allmennmedisinsk populasjon, fremfor en selektert sykehuspopulasjon, og er et eksempel på en

¹ Lindholt JS et al. Five-Year Outcomes of the Danish Cardiovascular Screening (DANCAVAS) Trial. N Engl J Med. 2022 Oct 13;387(15):1385-1394. doi: 10.1056/NEJMoa2208681. Epub 2022 Aug 27. PMID: 36027560

tilstand som kan forringe livskvalitet for en stor andel av vår befolkning. Likevel er det nærmest ikke forskning på feltet her i Norge.

Tiltak 17 handler om å styrke kunnskapsfeltet: «*Sikre at oppdatert kunnskap om medisinsk forskning på kjønnsforskjeller i helse og kjønns betydning for helse er et nasjonalt krav i nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)*». Å inkludere dette i grunnutdanningen oppfattes svært fornuftig.

Tiltak 19 handler også om å styrke kunnskapsfeltet: «*Tilrettelegge for bedre utnyttelse av helsedata i arbeidet med kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse*», og fremstår som en lavhengende frukt som bør kunne føre til verdifull kunnskap uten for kostbare eller langvarige investeringer.

Tiltak 20: «*Etablere bedre systemer for kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern*» kunne med fordel også ha inkludert den allmennmedisinske praksisarena. De fleste med psykisk symptomtrykk ivaretas i primærhelsetjenesten og ikke i psykisk helsevern. Dermed vil man kunne nå langt flere pasienter med tiltaket.

Tiltak 23 «*Øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper*» fremstår svært fornuftig, og kan gjerne implementeres på kommunalt nivå (eller bydelsnivå i de største byene).

Tiltak 30 «*Innføre fritak for egenandel ved legebesøk for ungdom mellom 16 og 18 år*» vil sannsynligvis medføre at denne gruppen opplever en lavere terskel for å oppsøke fastlegen, noe vi ønsker velkommen. Det er en gruppe som har vært underrepresentert i konsultasjonsstatistikker, samtidig som de er i en sårbar periode i livet. Det er dessuten en gruppe som er i skjæringspunktet mellom å være økonomisk avhengig av sine foresatte, men i økende grad er selvstendige og kanskje ikke vil informere sine foresatte om at de går til fastlegen eller har behov for helsetjenester. NFA vil dessuten argumentere for at fritak av egenandel bør gjelde til fylte 20 år, nettopp for å stimulere til kontakt med helsevesenet ved behov.

Tiltak 31 om å gjøre prevensjon gratis tilgjengelig for alle under 25 år er også et tilbud som vil styrke kvinners posisjon; både til å leve et sunt seksuelt liv, men også få muligheten til å

gjennomføre utdanning. I internasjonalt perspektiv er betydningen av dette spesielt synlig, men også i Norge spiller det inn på å gi like muligheter til alle kjønn.

Tiltak 36 «*Prioritere forskning på effektiv behandling av psykiske lidelser og sikre at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandling*» bør innholdsmessig knyttes til tiltak 20 og er et godt tiltak.

Tiltak 38 «*Prioritere arbeidet med å sikre gode helsetjenester til pasienter med endometriose og adenomyose*» støttes. Samtidig vil tiltaket ekskludere mange tilstander ved å navngi to sykdomstilstander. Det finnes tilstander hvor pasientforeningene ikke er like fremtredende, og det bør ikke styre de helsepolitiske prioriteringene. For eksempel er behandlingstilbudet til kvinner med lipolymfødem nærmest fraværende på landsbasis, og ved å ikke spesifisere tilstander kan flere inkluderes.

Tiltak 39 «*Styrke vulvapoliklinikker i alle helseregioner*» støttes, men det går også an å se for seg at utredning og behandlingstilbud styrkes i primærhelsetjenesten, uten at det legges til spesialisthelsetjenesten/helseforetakene.

Tiltak 45 «*Bedre oppfølging etter provosert abort og spontanabort*» er noe pasienter har etterlyst. Dette er sannsynligvis også et eksempel på at oppgavefordelingen kan være bedre mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Pasienten bør kunne få oppfølging av sin fastlege, men det fordrer at pasienten er informert om at fastlegen vil være en god samtalepartner i bearbeidelsen av det som for mange er et traume.

Tiltak 46 «*Prioritere elektronisk helsekort for gravide*» er noe vi har etterlyst i lang tid. Det vil sikre pasientsikkerhet og journalopplysninger, og er på høy tid at utvikles og breddes.

Tiltak 50 «*Oppnevne et offentlig utvalg som ser særlig på kvinners arbeidshelse*» er svært interessant. Det vil være av stor verdi for allmennleger dersom det er tiltak legen kan iverksette på et tidlig tidspunkt for å forebygge at kvinner faller ut av arbeidslivet før tiden.

Tiltak 51 «*Etablere et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter*» er også en interessant tilnærming. Mange smertepoliklinikker på sykehus er i dag ledet av anestesileger.

Allmennleger som møter svært mange av disse pasientene i sitt daglige virke bør også

involveres i et slikt nasjonalt kompetansesenter, for å sikre god samhandling mellom nivåene i helsetjenesten.

Tiltak 54 «*Prioritere forebyggende behandling av beinskjørhet*» kan være et tve-egget sverd. Forskning utført av blant annet professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen, Kirsti Malterud, viser at kvinner opplever at de blir skjøre og skrøpelige, og at det begrenser dem i stor grad i hverdagen. Dersom dette skal iverksettes må det også settes av rikelig med *tid* for å kunne kommunisere godt med pasientene, slik at behandlingen ikke sykeliggjør mer enn det forebygger.²

I boks 11.4 og 11.5 gis det rom for «kvinnestemmen». Slike utsagn kan være med å nyansere opplevelsene av overgangsalder, likevel er det to utsagn som her kan skape dissonans. Det første er at symptomene på overgangsalder gikk tilbake i løpet av 20-30 minutter. Det kan skape urealistiske forhåpninger. Det andre er referansen til å ta blodprøver for å avdekke overgangsalder. Dette er primært en klinisk diagnose, noe som også kommer frem i Gjør kloke valg-kampanjen.

En ørliten detalj som kan korrigeres finner vi på side 181. Gjennomsnittsalderen i Women's Health Initiative, og også i studien det refereres til, er 63,3 og ikke 60 år.

Under punkt 11.6.4 (side 182) står det følgende: «*Mulighetene for å få støtte til hormonerstatning er for kjent både blant pasienter og helsepersonell.*» NFA antar det skal stå at det **ikke** er godt nok kjent?

I boks 11.7 er det to overskrifter; menopause før og etter fylte 40 år. Det er da litt forvirrende at tidlig menopause (mellom 40 og 45 år) kommer under den første overskriften.

² Malterud: Reventlow SD, Hvas L, Malterud K. Making the invisible body visible. Bone scans, osteoporosis and women's bodily experiences. Soc Sci Med. 2006 Jun;62(11):2720-31. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.009. Epub 2005 Dec 13. PMID: 16356616.

Det er mulig vi ikke har lest eventuelle begrunnelser for at tiltakene 61 – 75 (i kapittel 13.7 og 14.9) ikke er tatt med i oppsummeringen av tiltak i kapittel 18, men det gjør at disse tiltakene forsvinner for de som leser oppsummering i kapittel 18.

Kapittel 5.6.4 «Skjønnhetstyranniet» beskriver omfanget av kosmetisk og estetisk medisin på et nivå vi ikke tror er representativt for virkelighet i 2023. Kapitlet referer stort sett til tall fra 2017 og tidligere.

NFA støtter tiltakspakkene, og mener mye av utredning, behandling og oppfølging av såkalte kvinnelidelser kan ivaretas i primærhelsetjenesten. Det fordrer dog at rammene tillater det, og den viktigste ressursen i så måte for helsepersonell er sannsynligvis *tid* med pasientene.

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen
leder

Ingvild Vatten Alsnes
styremedlem