



Helse- og omsorgsdepartementet

Strategi

Regjeringens kvinnehelsestrategi

- betydningen av kjønn for helse

Innhold

Forord	4
Innledning	6
Bakgrunn for strategien for kvinners helse	7
Tiltak for kvinnehelse som regjeringen er i gang med	8
Oppsummering av høringsinnspillene til kvinnehelseutvalgets utredning	10
Definisjon av kvinnehelse i denne strategien	10
Forståelsen av kjønnsbegrepet	11
Kvinner og jenter i Norge i dag	12
Gjennomgående prinsipper i strategien	13
Strategiens mål og tiltak	13
Mål 1: God kvinnehelse hele livet	15
Kvinnehelse i et livsperspektiv	15
Helsekompetanse blant kvinner	22
Kvinnernes helse, levevaner og livskvalitet	24
Mål 2: Likeverdige helse- og omsorgstjenester og utjevning av sosiale helseforskjeller	29
Likeverdige tjenester	29
Bedre utnyttelse av helsedatakilder	30
Ivareta kjønns- og kvinneperspektivet i folkehelsearbeidet	31
Ivareta kjønns- og kvinneperspektivet i helse- og omsorgstjenesten	32
Mål 3: Bedre kvalitet gjennom økt kunnskap om kvinners helse	34
Hvordan finansierer regjeringen forskning på helse og kvinnehelse spesielt? ...	34
Inkludering av kjønnsperspektivet i forskning og prioritering av forskningsmidler til kvinners helse	37
Innovasjon og digitalisering innenfor kvinnehelse	40
System for nasjonale tjenester og kvinnehelse	41
Forebygging, utredning, behandling og oppfølging av kvinners helse i helse- og omsorgstjenesten er kunnskapsbasert	42
Kvinnehelseutvalgets forslag til tiltak med kommentarer	43
Oversikt over sentrale dokumenter	54

Forord

Alle norske innbyggere, uavhengig av kjønn, skal ha likeverdige muligheter til god helse og livskvalitet. Vår felles helse- og omsorgstjeneste skal ha høy kvalitet og være for alle.

Når det er godt dokumentert at det fortsatt mangler kunnskap om kvinnehelse og betydningen av kjønn for helse, krever det erkjennelse, handling og endring. Mye av den medisinske forskningen og behandlingen har tradisjonelt vært tilpasset menn, selv om kvinne- og mannskroppen er biologisk forskjellige.

Et kvinnehjerte kan være inntil 30 prosent mindre enn mannehjertet.

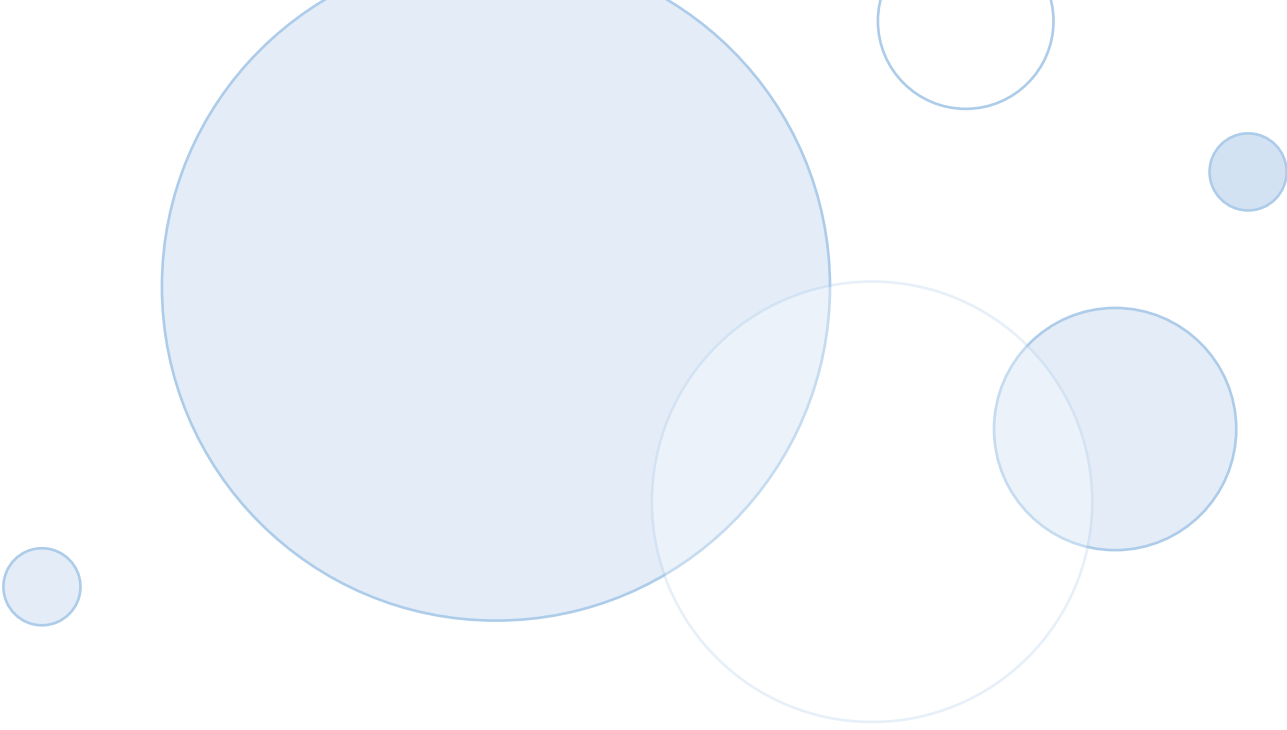
Høyt blodtrykk utvikles forskjellig hos kvinner og menn, og har ulik betydning for risiko for organskade og hjertesykdom.

Kvinner kan ha andre symptomer på hjerneslag enn menn. Slike eksempler finnes det mange av. Derfor er det så viktig med en egen kvinnehelsestrategi.

La meg slå ettertrykkelig fast – kvinner har krav på like god og tilpasset behandling som menn. Derfor er det en selvfølge at medisinsk forskning, behandling og oppfølging må ta hensyn til betydningen av kjønn. Det var på høy tid med en ny NOU om kvinnehelse. Da kvinnehelseutvalgets NOU «Den store forskjellen» ble lagt fram i fjor, var det 25 år siden sist. Denne strategien følger opp både NOUen og Hurdalsplattformen og blir førende for utviklingen av vår felles helsetjeneste i årene som kommer. Vi viser blant annet hvordan vi følger opp kvinnehelseutvalgets forslag punkt for punkt, og vi presenterer nye grep.

Strategien om kvinnehelse skal gi mer kunnskap om og bedre utredning, behandling og oppfølging av kvinnehelse i det forebyggende arbeidet og i helse- og omsorgstjenesten.

Kvinner er ulike, og kvinners helsetjenestebehov endrer seg gjennom livet. God helse krever ulik tilrettelegging avhengig av livsfase. Unge jenter og kvinner har naturligvis et annet behov enn eldre kvinner.



Denne strategiens overordnede mål er å bidra til at betydningen av kjønn blir vektlagt i politikktutforming, og hvordan kvinners helse og kjønnsperspektivet i helse blir ivaretatt av helsemyndighetene og i helse- og omsorgstjenesten.

I denne strategien har regjeringen prioritert helsekompetanse, hvordan kjønnsperspektivet skal innlemmes i helsefremmende og forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesten og i politikktutforming, og bedre kvalitet gjennom ny kunnskap.

Frivilligheten spiller en viktig rolle for både utvikling og tilgang til ulike helsetilbud. Også på området kvinnehelse ser vi at kvinnebevegelsen har gått foran, som de ofte har gjort med andre viktige samfunnsendringer. Det er på høy tid at hele helsetjenesten inntar kvinnehelseperspektivet.

For å sikre et likeverdig helsetilbud til kvinner og menn, kreves det en ekstra innsats innen disse områdene i årene som kommer. Dette skal bidra til bedre helse – for hele befolkningen.

Det er mange som har vært med på utarbeidelsen av denne strategien: Fagfolk i tjenestene, akademia og pasientorganisasjoner. Takk til alle som har bidratt med kunnskap, ideer og forslag.

La oss sammen få til et løft for kvinnehelse i Norge!



Jan Christian Vestre
Helse- og omsorgsminister



Innledning

Målet med regjeringens helse- og omsorgspolitik er å skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helse- og omsorgstjeneste som yter gode, trygge og likeverdige tjenester i hele landet. Alle innbyggerne har rett til likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, kjønn, etnisitet, seksuell orientering, alder, funksjonsevne og hvor de bor i landet. Vår felles helse- og omsorgstjeneste skal være for alle. Den er avgjørende for å redusere sosiale helseforskjeller og for å opprettholde et godt tjenestetilbud til folk i hele landet. Økt helsekompetanse i befolkningen og tilrettelegging i tjenestene er viktig for at pasienter og brukere skal få den hjelpen de trenger på rett sted til rett tid.

Regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er:

- God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
- Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
- Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
- Bærekraftig og rettferdig ressursbruk
- Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer

Regjeringens overordnede mål for kvinnehelsestrategien er å bidra til at betydningen av kjønn blir vektlagt i politikktutforming, og i hvordan helsemyndighetene og vår felles helsetjeneste arbeider med kvinners helse og kjønnsperspektivet i helse.

I vår felles helsetjeneste må vi prioritere slik at vi bruker ressursene på best mulig måte. Dette betyr at vi må se tiltakene som settes i verk, i en helhet. Kvinnehelsestrategien bygger blant annet på Folkehelsemeldinga (2023), helseberedskapsmeldingen (2023), eldrereformen Bo trygt hjemme (2023), Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027, Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)

og Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028). Regjeringen vil at tiltakene i kvinnehelsestrategien skal være kunnskapsbaserte og bygge opp under en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i kontinuerlig utvikling. Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste* slo fast at det skal stilles krav om at utredning av personellkonsekvenser alltid skal være en del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar. Departementet har i 2024 stilt krav til underliggende etater, virksomheter og Kommunesektorens organisasjon (KS) om at personellkonsekvenser skal utredes som en del av kunnskapsgrunnlaget for alle tiltak innenfor departementets sektoransvar. Utredning av personellkonsekvenser er en viktig føring også for denne strategien.

Av Hurdalsplattformen framgår det at strategien skal gi mer kunnskap om og bedre utredning, behandling og oppfølging av kvinnehelse i helsetjenesten. Strategien tar utgangspunkt i vår felles helse- og omsorgstjeneste og i folkehelsearbeidet.

Bakgrunn for strategien for kvinners helse

NOU 2023: 5 *Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse* er den første offentlige utredningen om kvinners helse siden 1999. Mye har skjedd på disse 25 årene, både i samfunnet som helhet og i teknologisk og helsefaglig utvikling innen helse- og omsorgstjenesten. De siste tiårene har det kommet ny kunnskap om kvinners helse gjennom internasjonal og nasjonal forskning, og tiden var moden for en ny gjennomgang. Utredningen fra kvinnehelseutvalget inngår i kunnskapsgrunnlaget for regjeringens arbeid med kvinnehelse og kjønns-perspektivet i helse.

Kjønn har betydning for helsen vår. Utvalget mener at kvinnehelse har lav status hos forskere, i utdanningsinstitusjoner og i helse- og omsorgstjenesten, og at det er manglende kunnskap om kjønn og kvinnehelse i tjenestene. Ifølge utvalget står dette i veien for likeverdige helse- og omsorgstjenester og får konsekvenser for kvinners helse.

Utvalget foreslår tiltak for å øke statusen til kvinners helse, styrke samordningen innad i tjenestene, forbedre overgangen fra forskning til praksis og sikre at kvinners stemmer får gjennomslag i helse- og omsorgstjenestene og i folkehelsearbeidet. Utvalget legger vekt på at kvinners helseutfordringer må forstås i lys av ulike roller som arbeidstaker, partner, mor, datter og omsorgsgiver.

Kvinnehelseutvalget foreslo 75 tiltak. Som det framgår av Nasjonal helse- og samhandlingsplan, prioriterer regjeringen kvinnehelse for å sikre likeverdig tilgang til helsetjenester. Stortingsmeldingen omtaler de områdene hvor tiltak fra kvinnehelseutvalget allerede i gang. Dette gjelder for eksempel tiltak innenfor svangerskap, fødsel og barsel, endometriose, utvalg om kvinners arbeidshelse og finansieringsordninger for samhandling. Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen påvirker kvinners liv, og for mange har det store konsekvenser hvis ikke helsetilbudet er tilgjengelig og av høy kvalitet i hele landet. Dette er en viktig satsing i Nasjonal

helse- og samhandlingsplan. Regjeringen vil opprettholde dagens fødetilbud, innenfor planperioden for Nasjonal helse- og samhandlingsplan, gitt forsvarlig drift.

I kvinnehelsestrategien har regjeringen valgt å prioritere: helsekompetanse, innlemming av kjønnsperspektivet i helsefremmende og forebyggende arbeid, i helse- og omsorgstjenesten og i politikktutforming, og bedre kvalitet gjennom ny kunnskap. Disse områdene vil kreve ekstra innsats i årene som kommer, og det vil også ha varig effekt om målene nås.

Tiltak for kvinnehelse som regjeringen er i gang med

Det har vært arbeidet systematisk over tid med å styrke kvinners helse. Hvordan regjeringen planlegger å følge opp kvinnehelseutvalgets forslag, er omtalt i kapittel 5.

Videreførte budsjettmessige satsinger:

- Strategisk satsing på kvinnehelseforskning i Norges forskningsråd: 20 millioner kroner
- Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning: 15,4 millioner kroner

Regjeringen har prioritert følgende satsinger over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett i denne regjeringsperioden. Disse midlene kommer i tillegg til finansiering av ordinære helse- og omsorgstjenester til kvinner:

Fra 2022:

- NIPT for gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk: innført i alle helseregioner i 2021 og dekkes innenfor bevilgningen til regionale helseforetak
- Tidlig ultralydundersøkelse for alle gravide: 25,6 millioner kroner
- Hjemmetest for livmorhalskreft: 29 millioner kroner
- Flerkulturell doula: 2 millioner kroner
- Styrking av kommunenes rammetilskudd til styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 40 millioner kroner. Styrking av det øremerkede tilskuddet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 45 millioner kroner. Kommuner som har jordmødre i delte stillinger, prioriteres innenfor det øremerkede tilskuddet.
- 15 millioner kroner til et nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- 200 nye utdanningsstillinger for spesialsykepleiere og jordmødre: 64 millioner kroner. Satsingen fortsatte i 2023 med bevilgninger til oppstart av 200 nye stillinger. Samlet ble det bevilget 224 millioner kroner til formålet i 2023, som er videreført i 2024.

Fra 2023:

- Pasienttilpasset basistilskudd til fastleger (pasienter med forventet høyere bruk av fastlegetjenester utløser høyere basistilskudd, blant annet kvinner i fertil alder): 720 millioner kroner
- Elektronisk helsekort for gravide: 26 millioner kroner
- Nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose: 4 millioner kroner
- Opphevet den nedre aldersgrensen på 16 år for bidrag til prevensjon: 7 millioner kroner
- Nasjonal forsterket fellesskapsavdeling ved Skien fengsel 15 millioner kroner (i tillegg til bevilgning over Justis- og beredskapsdepartementets budsjett)

Fra 2024:

- Kikhostevaksinasjon til gravide: 17 millioner kroner

Kvinner bruker fastleger mer enn menn og lever i større grad enn menn med ulike sykdommer som for eksempel plager og sykdommer i muskel- og skjelettsystemet. Videre har kvinner høyere forventet levealder, og det er flere kvinner enn menn blant mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Kvinner er også i større grad enn menn i kontakt med helsetjenesten på grunn av psykiske plager og lidelser. Flere av satsingene under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder i statsbudsjettet som gjelder tjenester (som fastlege eller omsorgstjenesten) eller målgrupper, som personer med psykiske plager og lidelser, treffer derfor i stor grad kvinner. For eksempel la regjeringen i statsbudsjettet i 2024 fram følgende satsinger som i stor grad gir tjenester til kvinner:

- Bo trygt hjemme-reformen: 375 millioner kroner
- Allmennlegetjenester: 310 millioner kroner
- Opptrappingsplan for psykisk helse, og forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet: 250 millioner kroner. I tillegg ble det bevilget 110 millioner kroner til døgntilbudet innen psykisk helsevern, med særlig vekt på barn og unge og de med alvorlige lidelser.

Ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for budsjettåret 2024 vedtok Stortinget å bevilge 5,3 millioner kroner til å oppdatere nåværende og gi ny kjønns-spesifikk informasjon på helsenorge.no og å etablere en digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap om kvinnehelse, slik kvinnehelseutvalget hadde forslått. Tildelingen er fordelt slik:

- 300 000 kroner til helsenorge.no
- 5 millioner kroner til digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap

Oppsummering av høringsinnspillene til kvinnehelseutvalgets utredning

Utredningen (NOU 2023: 5 *Den store forskjellen*) ble godt mottatt av høringsinstansene som var bruker- og pasientorganisasjoner, kommuner, spesialisthelsetjenesten, offentlige etater, forskningsmiljøer, ideell sektor, enkeltpersoner mv. Det kom gode innspill til de 75 tiltakene. Mange påpekte likheten mellom flere av forslagene og at det burde samordnes og prioriteres hvilke tiltak som var viktigst å følge opp. Flere av høringsinstansene påpekte at det bør vurderes hvilke konsekvenser tiltakene vil ha for personellsituasjonen, med henvisning til Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*). Utvalget har lagt vekt på å bekjempe sosial ulikhet i helse, og dette støttes av flere. Det samme gjelder hensynet til minoritetsperspektivet for å redusere sosial ulikhet. Både kommuner og spesialisthelsetjenesten har trukket fram betydningen av å styrke tilbudet til kvinner med minoritetsbakgrunn. Enkelte høringsinstanser utfordret utvalgets analyse av helsetilbudet til kvinner sammenliknet med tilbudet til menn, og mente at kvinner og menn i dag har helsetilbud på samme faglige nivå. Noen mente at utfordringen var mer knyttet til geografisk tilgjengelighet, og flere brukte tilgjengelighet til vulvaklinikker som eksempel på dette.

Utvalget legger også vekt på behovet for mer kunnskap og forskning på en rekke områder. De foreslår fem konkrete tiltak i et strategisk forskningsløft: 1) Krav om å inkludere kjønnsperspektivet i all medisinsk og helsefaglig forskning, 2) økt finansiering av forskning knyttet til kvinners helse, 3) styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, 4) midler til etablering av forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv, og 5) økning i midler til forskning i allmennpraksis. Utvalget peker på utfordringer med å spre og ta i bruk forskning og foreslår en rekke andre tiltak knyttet til forskning, men uten å prioritere mellom disse. Flere høringsinnspill støtter et strategisk forskningsløft, og inkluderer flere områder enn de fem som er nevnt over.

Definisjon av kvinnehelse i denne strategien

Mange tenker på kvinnehelse som reproduktiv helse, det vil si helse knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid. Plager og sykdom relatert til reproduktive organer, som overgangsalder, livmorhalskreft og endometriose, er også kvinnehelse. Kvinnehelse omfatter også sykdommer som rammer begge kjønn, men hvor det er viktige kjønnsforskjeller, som hjerte- og karlidelser, psykiske plager og lidelser, beinskjørhet og muskel- og skjelettlidelser. Medisinsk uforklarte plager og symptomer er også inkludert i kvinnehelsebegrepet. Det samme gjelder måten kvinner bruker og blir møtt i helse- og omsorgstjenesten. Kvinnehelse er ikke minst opplevd helse og mestring. Denne brede definisjonen av kvinnehelse legges til grunn i kvinnehelsestrategien. Enkeltilstander/sykdommer vil bli brukt som eksempler for å understreke poenger, men det er viktig å understreke at de ikke vurderes som viktigere enn andre plager, lidelser og sykdommer.

Forståelsen av kjønnsbegrepet

Strategien legger til grunn at sykdommer kan ramme kjønnene ulikt, og at det er kjønnsforskjeller i helse. Det er vanlig å forklare kjønn ved bruk av biologiske og sosiale forståelsesmodeller.¹ De anatomiske og fysiologiske forskjellene i gener og hormonnivå, kroppsstørrelse, hjernestruktur og de reproduktive kjønnsorganene er biologiske forhold som gir et bilde av at det finnes to kjønn – kvinne og mann. I samspillet mellom mennesker skapes samtidig strukturer for hvordan vi ser oss og ter oss. Holdninger og handlinger baserer seg på kulturelle og sosiale normer, verdier og forventninger til hva som er kvinnelig og mannlig, eller feminint og maskulint. Holdningene og handlingene kommer til uttrykk som kjønnsroller som ofte er ubevisste, og som varierer med tid og i ulike kulturer. For det enkelte mennesket er opplevelsen av kjønnstilhørighet eller forventninger til et kjønns atferd allikevel ikke alltid knyttet til biologiske kjennetegn eller samfunnets normative holdninger til kjønn. Begreper som kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, kjønnskarakteristika og seksuell orientering kan oppleves som inkluderende for noen, men virke fremmedgjørende for andre. Slik vil alltid de biologiske og sosiale forklaringsmodellene være gjenstand for utfordring og utvikling.²

Selv om en stor del av helse- og omsorgstjenestenes forebyggende innsats, diagnostisering, behandling og oppfølging av ulike helsetilstander ikke avhenger av kjønn, er det likevel deler av medisinen som i stor grad må være tilpasset kroppens biologi. For levevaner og tilstander som kan ramme alle mennesker, slik som ulike former for kreft, peker strategien på behovet for å sikre at tiltakene som blir satt i verk, ivaretar betydningen av kjønn i tilstrekkelig grad.

Transmenn eller andre personer som ble tildelt det kvinnelige kjønn ved fødselen, men identifiserer seg som noe annet enn kvinne, kan fortsatt være utsatt for noen helsetilstander som tradisjonelt forbindes med kvinner. Dette gjelder spesielt hvis de fortsatt har livmor, eggstokker eller brystvev. Disse gruppene er derfor inkludert i strategiens kjønnsbegrep om jenter og kvinner.

¹ Rieker, P. & Bird, C.E. (2005) Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives. *The Journals of Gerontology: Series B*, 60(2), 40–47.

² Poeschl, G. (2021) A hundred years of debates on sex differences: developing research for social change. *Journal of Social and Political Psychology*, 9(1), 221–235.

Kvinner og jenter i Norge i dag

Kvinner i Norge har høyere forventet levealder enn de fleste kvinner i verden, og kvinner i Norge lever i gjennomsnitt lenger enn menn, henholdsvis 84 år og 81 år.³ Det har vært en positiv utvikling i levealder for begge kjønn. Det har skjedd en utjevning de siste 30 år, slik at det nå er mindre geografiske forskjeller i levealder i landet.⁴ Sosiale forskjeller som ulik helse, utdanning og inntekt har allikevel stor betydning for forventet levealder. Dette gjelder både for kvinner og menn.

Statistikk viser at selv om kvinner lever lenger enn menn, har de færre friske leveår enn menn. Sykelighet og bruk av helsetjenester er høyere hos kvinner enn hos menn. Forskjellene ses for eksempel i psykiske plager og lidelser og i smertetilstander og muskel- og skjelettlidelser. Disse sykdomsgruppene er de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet. Kvinner har høyere sykefravær enn menn. Svangerskap, fødsler og overgangsalder kan også gi somatiske og psykiske helseproblemer.

I løpet av en generasjon har mange flere kvinner tatt høyere utdanning, og flere kvinner er yrkesaktive. Flere arbeider heltid i dag, men mange jobber fortsatt deltid. Andelen kvinner med innvandrerbakgrunn har økt betraktelig de siste 30 årene. En større andel av innvandrerkvinner har lav utdanning og yrkesaktivitet og lever i lavinntektsfamilier. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) sier i en fersk rapport om integrering (2024) at særlig kvinner med fluktbakgrunn og kort botid i Norge kommer dårligere ut enn andre grupper på en rekke indikatorer. Norskfødte med innvandrerforeldre, og særlig jenter, kommer bedre ut enn jevnaldrende innvandrere på flere områder. Funnene i rapporten viser en positiv utvikling på mange av indikatorene. Dette gjelder blant annet for barnehagedeltakelse, fullført videregående opplæring, deltakelse i høyere utdanning, sysselsetting og boforhold.

Sosiodemografiske forhold gir også i dag ulikheter i levevaner, sykelighet og helseutfall hos kvinner i Norge. Kvinner med høy utdanning og god økonomi lever lenger og har færre helseproblemer enn grupper med lavere utdanning og dårligere økonomi.

³ Døde – SSB

⁴ dødelighet – Store norske leksikon (snl.no.)

Gjennomgående prinsipper i strategien

Kvinnens helsetjenestebehov endrer seg naturlig gjennom ulike livsfaser, og god helse krever ulik tilrettelegging avhengig av livsfase. Tilgang til gode helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel er viktig for å forebygge helse-relaterte utfordringer både for mor og barn.

Det finnes vedvarende sosiale forskjeller i helse blant jenter og kvinner i Norge på tvers av livsfasene. Dette ble fremhevet av kvinnehelseutvalget. Forskjellene kommer til syne i faktorer som inntekt, utdanning og minoritetsbakgrunn. Også andre dimensjoner som seksuell orientering og funksjonsevne vil påvirke helse i samspill med kjønn. Kvinnens helse må forstås i lys av slike ulikheter. Et livsfaseperspektiv på helse er viktig for å fremme god folkehelse og å forebygge og behandle sykdom. Både livsfaseperspektivet og å utjevne sosial ulikhet i helse er derfor gjennomgående prinsipper i kvinnehelsestrategien.

Strategiens mål og tiltak

● Mål 1: God kvinnehelse hele livet

Tiltak:

- Øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene om forebygging, avdekking og oppfølging av ulike former for vold, overgrep og seksuelle krenkelser, samt omsorgssvikt, gjennom tiltakene i opptrappingsplanen mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner
- Øke kunnskap blant helsepersonell om vanlige helseutfordringer blant kvinner før, i og etter reproduktiv alder
- Gi et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra støtte og oppfølging gjennom tiltakene presentert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan
- Økt kunnskap om overgangsalder, herunder oppdatere kunnskapsgrunnlaget om overgangsalder og vurdere tiltak som gir bedre tilgang til hormonbehandling
- Sikre at ulike helsepolitiske tiltak rettet mot pårørende ivaretar forhold som særlig berører kvinnelige pårørende
- Legge til grunn i gjennomføringen av Bo trygt hjemme-reformen, at eldre kvinner kan ha behov som skiller seg fra eldre menns behov
- Styrke befolkningens evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse
- Ved revidering av forskrift om felles rammeplan og ved revidering av relevante utdanninger i RETHOS skal det vurderes om helsekompetanse, kjønnsforskjeller i helse og kjønns betydning for helse er tilstrekkelig ivare tatt

● **Mål 2: Likeverdige helse- og omsorgstjenester og utjevning av sosiale helseforskjeller**

Tiltak:

- Legge til rette for at kjønns- og kvinneperspektivet er ivaretatt både ved utvikling av og i tilbud om ulike helse- og omsorgstjenester
- Følge opp og vurdere aktivitet og kvalitet i tjenester rettet mot kvinner og kvinners helse, gjennom bedre kjønns spesifikke analyser av helsedata
- Innarbeide data om kvinners helse og livskvalitet som grunnlag for befolkningsrettede kampanjer
- Synliggjøre kjønnsforskjeller i informasjon om sykkelighet, funksjonshemming, risikofaktorer og dødelighet (sykdomsbyrde) i befolkningen
- Vurdere kjønnsperspektivet i utarbeidelse av politiske dokumenter og styringsdokumenter
- Inkludere en kvinnehelserepresentant i Kontaktforum for brukere

● **Mål 3: Bedre kvalitet gjennom økt kunnskap om kvinners helse**

Tiltak:

- Bidra til at forebygging, utredning, behandling og oppfølging av kvinners helse i helse- og omsorgstjenesten er kunnskapsbasert
- Videreføre prioriteringen av kvinnehelse og ivaretagelsen av kjønnsperspektivet i Forskningsrådet
- Stimulere til at kunnskap om kvinnehelse tas i bruk gjennom bedre tilrettelegging for implementering av forskningsresultater i praksis
- Innarbeide kjønnsperspektivet ved revisjon og utvikling av nye nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp



Mål 1: God kvinnehelse hele livet

Kvinnehelse i et livsperspektiv

God helse er en viktig forutsetning for å leve et godt liv. Det er et politisk mål at hele befolkningen skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, uavhengig av kjønn og kjønnsidentitet, seksuell orientering, funksjonsevne, bosted, alder og etnisitet. Kjønn som dimensjon i helse er viktig av flere årsaker. Som omtalt i kapittel 1 vil biologiske og fysiologiske forskjeller mellom kvinner og menn, rollemønstre, sosial ulikhet og forbruk av helse- og omsorgstjenester påvirke kvinners og menns helse og atferd på ulik måte. Det er dermed ikke et mål at alle skal behandles likt, men at alle skal tilbys gode, tilpassede og likeverdige helse-tjenester, uavhengig av kjønn. Denne strategiens perspektiv er å peke ut retning for forhold som har betydning for kvinners helse.

Unge kvinner

En trygg oppvekst og omsorgssituasjon har stor betydning for barns og unge kvinners helse i voksen alder. Både gutter og jenter kan utsettes for vold i oppveksten, men jenter rapporterer i større grad å ha blitt utsatt for flere typer vold enn hva gutter gjør.⁵ Å bli utsatt for vold og overgrep kan gi alvorlige og langvarige konsekvenser, både for fysisk og psykisk helse. Barn som utsettes for vold, har også økt sannsynlighet for å bli utsatt for ny vold i voksen alder.⁶ Jenter er også i langt større grad enn gutter utsatt for seksuelle overgrep og krenkelser (ibid).

⁵ Hafstad, G.S. & Augusti, E.M. (Red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Rapport 4/2019. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

⁶ Aakvaag, H.F. & Strøm, I.F. (Red.) (2019). *Vold i oppveksten: Varige spor? En longitudinell undersøkelse av reviktimisering, helse, rus og sosiale relasjoner hos unge utsatt for vold i barndommen*. Rapport 1/2019. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 1/2019).

I patriarkalsk orienterte familier der familiens ære er sterkt knyttet til kvinnenes seksualitet, kan jenter og kvinner være særlig sårbare for å bli utsatt for negativ sosial kontroll og æresrelatert vold.⁷ Noen jenter står også i fare for å utsettes for kjønnslemlestelse, og noen lever med ulik grad av senskader etter dette. Det er anslått at det per 2013 var om lag 17 300 jenter og kvinner i Norge som kan ha blitt utsatt for kjønnslemlestelse.⁸ Vold kan ta mange former og være fysisk, psykisk, seksuell, digital og økonomisk. Negativ sosial kontroll, æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse er også vold og kan påvirke helsen til dem som rammes. Kvinner utsettes i langt større grad for alvorlig og gjentakende partnervold.⁹

Psykiske og fysiske helseutfordringer i befolkningen kan forebygges ved å rette innsats mot å forhindre og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn. Regjeringen lanserte i 2023 en opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Planen legger til rette for mer målrettet forebygging, bedre hjelp til og beskyttelse av utsatte og mer effektiv straffeforfølgning og oppfølging av voldsutøvere. I planen inngår også tiltak for å forebygge og videreutvikle behandlingstilbudet til jenter og kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse. Regjeringen skal også legge fram en ny handlingsplan mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold.

Mange unge kvinner oppgir å ha psykiske helseproblemer. Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten oppgir at antallet unge kvinnelige pasienter og brukere er økende. Det er ulike forklaringer på denne utviklingen. Blant annet er det vist at sosiale medier sammen med store prestasjonskrav i samfunnet skaper et krysspress som påvirker selvbildet og mestringsfølelsen hos unge kvinner negativt.¹⁰

Psykisk helse er et av regjeringens viktigste satsingsområder. I Meld. St. 23 (2023–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse* peker regjeringen ut en retning for utvikling av politikken på hele psykisk helsefeltet. Den viser til at det må settes inn sterkere innsats for å forebygge psykiske plager og lidelser. Samtidig må terskelen for å få hjelp bli lavere, og de med alvorlige psykiske lidelser må få mer helhetlig behandling og oppfølging.

Skeive skårer vesentlig dårligere enn resten av befolkningen på livskvalitetsvariabler (SSB). I livskvalitetsundersøkelsen fra 2022 oppgir 48 prosent av ikke-heterofile at de har lav tilfredshet med sin egen psykiske helse, mens 25 prosent av heterofile svarer det samme (SSB).¹¹ Levekårsundersøkelsen blant skeive viser betydelige

⁷ https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/kunnskapsoversikt/negativ-sosial-kontroll-og-tvangsekteskap/#title_6

⁸ <https://www.nkvt.no/aktuelt/fortsatt-fokus-pa-kjonnslemlestelse>

⁹ Dale, M.T.G., Aakvaag, H.F., Strøm, I.F., Augusti, E.M. & Skauge, A.D. (2023). *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen*. Rapport 1/2023. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress..

¹⁰ Bakken, A. (2023). *Ung i Oslo 2023. Ungdomsskolen og videregående skole*. NOVA Rapport 6/2023. Oslo: NOVA, OsloMet

¹¹ Statistisk sentralbyrå (2022). Tabell 13769: *Andel personer, etter seksuell orientering, statistikkvariabel, år og tilfredshet* (Statistikkbanken). Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

levetårutfordringer i disse gruppene, særlig blant bifile og transpersoner.¹² Mange i gruppen unge mennesker med kjønnsdysfori eller kjønnsinkongruens forteller at de møter minoritetsstress i hverdagen, har tung symptombelastning og opplever sin kjønnsidentitet som en betydelig utfordring.¹³ Regjeringen lanserte våren 2023 en handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold. Handlingsplanen skal vare fram til 2026. Innsatsen er særlig rettet mot å bedre livskvaliteten til LHBTIQ+-personer, sikre deres rettigheter og bidra til større aksept for kjønns- og seksualitetsmangfold. I Folkehelsemeldinga (2023–2026) og i statsbudsjettet for 2024 er det varslet at det tas sikte på å legge fram en ny strategi for seksuell helse. I strategien blir det blant annet viktig å legge vekt på de positive sidene ved seksualitet.

Like muligheter for alle barn og unge har svært høy prioritet i regjeringen. Et nytt langsiktig arbeid for å redusere økonomiske forskjeller og øke sosial mobilitet er satt i gang, og arbeidet skal omtales i en ny stortingsmelding som kommer i 2025.

Voksne kvinner

Kvinnehelseutvalget løfter fram behovet for å prioritere arbeidet med å sørge for gode helsetjenester til pasienter med endometriose og adenomyose og å utvikle tilbud i vulvapoliklinikker i hele landet. En nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose er etablert ved Oslo universitetssykehus. Regionale helseforetak utreder også om det er behov for å sentralisere behandlingen av de mest avanserte tilfellene, eventuelt om det bør opprettes regionale tverrfaglige behandlingstjenester for endometriose og adenomyose.

Endometrioselegemiddel

Ryeqo er et legemiddel til behandling av voksne kvinner med endometriose som har mottatt medisinsk eller kirurgisk behandling for sykdommen. Fra 1. september 2014 ble dette medikamentet gjort tilgjengelig på blå resept. Legemiddelet inneholder virkestoffer som opprettholder en hormonell tilstand som likner på begynnelsen av menstruasjonssyklusen. Dermed lindres symptomene på endometriose. Det antas at behandlingen kan være aktuell for om lag 900 pasienter i året. Det forventes at Ryeqo vil brukes i kortere perioder for å slå ned symptomer. Ryeqo tas i tablettform og er et alternativ til andre legemidler (GnRH-analoger) som gis som injeksjon, implantat eller nesespray med lavdose østrogen-gestagen i tablettform i tillegg. Siden det i stor grad er individuelt hva som gir effekt hos ulike pasienter i ulike perioder i livet, er det en fordel å ha flere behandlingsoalternativer.

¹² Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. & Holmelid, Ø. (2021). *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Bergen: Universitetet i Bergen.

¹³ Malterud, K. (2023). Hva er faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp til barn og unge med kjønnsdysfori? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. doi: 10.4045/tidsskr.23.0181

Det pågår et arbeid med å forbedre behandlingen av kvinner med lipødem. Norske fagmiljøer har uttalt at det er mangelfullt kunnskapsgrunnlag om hvem som bør tilbys kirurgisk behandling. I 2022 startet et nasjonalt forskningsprosjekt i regi av Haraldsplass diakonale sykehus. Flere hundre pasienter har vært med i prosjektet, og over 100 pasienter skal følges i fem år fram til 2027. De fleste med lipødem bør få fysioterapi, trening, kompresjonstøy, hjelp til livsmestring og hjelp til å oppnå vektstabilitet, men noen pasienter trenger operasjon for plagene. Resultatene av den store studien kan gi grunnlag for bedre behandlingstilbud til kvinner med lipødem.

Diabetes type 2 og svangerskapsdiabetes rammer skjevt, og rammer oftere personer som kommer fra sosioøkonomisk vanskelige kår, og i større grad minoritetsgrupper. Helse- og omsorgsdepartementet jobber sammen med Helsedirektoratet om fornyelse av nasjonal diabetesplan.

Migrene rammer særlig kvinner. Det har de senere årene kommet flere nye legemidler mot migrene, både til akutt og forebyggende behandling. De regionale helseforetakene har, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, fått i oppdrag å utrede behovet for et spesialisert regionalt eller nasjonalt tilbud til pasienter med hodepine, herunder organisering, kapasitet, kompetanse og lokalisering.

Regjeringens folkehelsemelding tar opp muskel- og skjelettlidelser og viser til at disse lidelsene er vanligste årsaker til sykefravær. For kvinner er de også vanligste årsak til uføretrygd. Flere kvinner enn menn har smerte-, og muskel- og skjelettlidelser. Om lag 30 prosent av kvinner har til enhver tid langvarige plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Kvinner er spesielt utsatt for beinskjørhet (osteoporose) og hoftebrudd samt inflammatoriske lidelser som rammer muskel- og skjelettsystemet. I forbindelse med behandlingen av Nasjonal helse- og samhandlingsplan vedtok Stortinget bl.a. at de faglige retningslinjene for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd skal oppdateres. Regjeringen vil følge opp anmodningsvedtaket.

Tilbudet til ufrivillig barnløse er oftest inseminasjon av sæd fra kvinnens partner eller en donor, eller in vitro-fertilisering (IVF) av eggcelle utenfor livmoren med sæd fra mannlig partner eller fra donor. Fra 2021 er også eggdonasjon tillatt i Norge. Om lag 3000 barn blir født årlig ved hjelp av assistert befruktning. Flere kvinner og par lever likevel som ufrivillig barnløse. Regjeringen vil derfor øke kunnskapen blant helsepersonell om vanlige helseutfordringer blant kvinner før, i og etter reproduktiv alder.

En god svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg er viktig for kvinners helse, for familien og for å gi barn en god start på livet. Svangerskaps-, føde- og barseltilbudet skal gi den enkelte kvinne god oppfølging, en trygg fødsel og et godt fødetilbud. Kvinnehelseutvalget peker på at kvinner med innvandrerbakgrunn er en særlig sårbar gruppe i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. Regjeringen støtter Norske kvinners sanitetsforenings tilbud om flerkulturell fødselsstøtte til gravide innvandrerkvinner i en sårbar livssituasjon (flerkulturell doula), og siden 2023 er det blitt bevilget to millioner kroner årlig til tiltaket. Regjeringen er opptatt

av at foreldrestøttende tiltak og tidlig innsats fra de kommunale tjenestene. En god start for barnet forutsetter at foreldrene får støtte og kjenner trygghet.

Helsedirektoratet publiserte i 2023 en revidert nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Retningslinjen anbefaler mer veiledning og oppfølging i svangerskapet til dem som trenger det. Helsedirektoratet har i 2024 publisert revidert nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027) er svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen et prioritert område. Det er et mål i planen å gi et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra støtte og oppfølging. Helsedirektoratet har i tillegg fått i oppdrag å gjøre regelverket om ammefri bedre kjent og praktisert.

Kvinner når overgangsalderen i 40–50-årsalderen, og et anslag er at tre av fire kvinner opplever fysiske, psykiske og kognitive endringer i denne perioden.¹⁴ For mange skjer dette i en tid i livet der omsorgsoppgavene fremdeles er mange, og der arbeidslivet også kan kreve mye av den enkelte. Kvinnehelseutvalget påpeker at det er behov for mer åpenhet om kvinners helse i overgangsalderen. De understreker behovet for at kvinner får god tilgang til oppdatert kunnskap om ulike plager som følger av overgangsalderen, og hvilke tiltak og livsstilsvalg kvinner kan gjøre for å ivareta god helse, oppleve mestring og forebygge sykdomsutvikling og sykefravær. Overgangsalder hos kvinner bør inngå som del av den målrettede kunnskapsformidlingen til tjenesteytere både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Vi får stadig mer kunnskap om overgangsalderen. Regjeringen vil derfor også be Helsedirektoratet om å oppdatere kunnskapsgrunnlaget og sikre at informasjon om overgangsalder når kvinner, herunder nytten av hormonbehandling. I tillegg er det behov for å vurdere tiltak som gir bedre tilgang til hormonbehandling for kvinner som ønsker og vil ha nytte av slik behandling.

Voksne kvinner står oftere i et press mellom krav i arbeidslivet, omsorg for barn og familie og som pårørende til aldrende foreldre. Rollen som pårørende til mennesker med ulike hjelpebehov har fått økt oppmerksomhet i politisk sammenheng, og det kommer særlig til uttrykk i Helsepersonellkomisjonens rapport fra 2023.¹⁵ Samfunnet er i stor grad avhengig av pårørendes innsats for mennesker som har behov for hjelp og støtte. Store omsorgsoppgaver bidrar til at noen pårørende selv får behov for helse- og omsorgstjenester som følge av belastningen, eller at de faller ut av arbeidslivet. Sentralt her er at kvinner i tillegg til å yte pårørendeinnsats samtidig utgjør majoriteten av de ansatte i helse- og omsorgstjenesten, som står overfor betydelig knapphet på personell, ifølge Helsepersonellkomisjonen. Tiltak for å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse er fulgt opp i Nasjonal helse- og samhandlingsplan og opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten. Regjeringen har lagt fram en stortingsmelding om arbeidsmarkedspolitikken (2024). Den peker på sentrale trekk ved samspillet mellom helsepolitikk og arbeidsmarkedspolitikken. Regjeringen har, i tråd med kvinnehelseutvalgets forslag, nedsatt et utvalg som skal utrede kvinners vilkår for deltakelse

¹⁴ [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

¹⁵ NOU 2023: 4 (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse og omsorgsdepartementet.

i arbeidslivet, arbeidshelse og sykefravær. Forholdet mellom ansvaret for å gi omsorg til pårørende og arbeidsdeltakelse inngår i mandatet. Mandatet omfatter også betydningen av arbeidsforhold og arbeidsmiljø for helse gjennom kvinners livsfaser, med særlig blikk på reproduktiv helse, overgangsalder og sykdommer og helseutfordringer som i større grad rammer kvinner, som muskel- og skjelettplager og migrene.

Pårørende utgjør en ressurs som tjenestene må støtte og spille på lag med. Mange pårørende står i krevende situasjoner over tid, noe som kan gå ut over deres egen helse og livskvalitet. Regjeringen følger derfor opp Pårørendestrategien og handlingsplanen (2021–2025). Pårørendestrategien har tre mål: 1) Å anerkjenne pårørende som en ressurs, 2) god og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid, 3) at ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre. Handlingsplanen inneholder seks innsatsområder med tilhørende tiltak som i sum skal bidra til å løfte pårørendes situasjon, og oppnå strategiens hovedmål for å bidra til å ivareta og inkludere pårørende. Helsedirektoratet har i 2024 fått i oppdrag å oppsummere og vurdere erfaringene med strategien og handlingsplanen, samt å komme med forslag til om og eventuelt hvordan feltet bør følges opp etter endt planperiode. Regjeringen lanserte samarbeidsverktøyet Pårørendeavtaler i september 2024. Verktøyet skal bidra til pårørendemedvirkning, bedre informasjon og mer forutsigbarhet for pårørende. Helsedirektoratet har innarbeidet samarbeidsverktøyet som en del av Pårørendeveilederen.

Kvinnehelseutvalget peker på at eldre kvinner lever lenger, men har færre friske leveår enn menn. Mange av de typiske lidelsene eldre kvinner utvikler, kan forebygges eller utsettes ved at kvinnene selv tidlig setter i gang med helsefremmende aktiviteter. Kunnskap om kosthold og ernæring, daglig fysisk aktivitet, styrke- og balansetrening og andre helsefremmende levevaner kan bedre voksne kvinners mulighet til å opprettholde god helse og fysisk funksjon og å forebygge sykdomsutvikling i alderdommen. I denne sammenheng understreker kvinnehelseutvalget viktigheten av at også de eldste får mulighet til økt digital kompetanse, både for å ha tilgang til viktig helseinformasjon og for å forhindre eller avhjelpe kommunikasjonssvikt. Regjeringen har satt i gang arbeidet med oppfølgingen av Bo trygt hjemme-reformen (Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring. Bu trygt heime*). Reformen skal sørge for en mer helhetlig eldrepolitikk og peker i retning av at fellesskapet skal stille opp når eldre trenger det, og at eldre som har behov for det, får tilbud om støtte til å håndtere digitale tjenester. Program for et aldersvennlig Norge¹⁶ har satt i verk en rekke tiltak som blant annet vil legge forholdene til rette for at man selv starter tidligere med å planlegge bedre for egen alderdom for å opprettholde egenmestring lenger. Det kan være sosial og fysisk aktivitet, kompetanse og digitale ferdigheter og å tilpasse bolig og økonomi. Programmet skal bidra til at kommunene i samarbeid med andre aktører skaper mer aldersvennlige omgivelser, og redusere barrierer for deltakelse. Eldre

¹⁶ Ressurser - Aldersvennlig

mennesker skal oppleve trygghet og sosial inkludering som bidrar til økt livskvalitet, fysisk og sosial aktivitet og bedre helse.

Funksjonsnedsettelse har innvirkning på opplevd helse. I 2020 oppga 37 pst. av kvinner med funksjonsnedsettelse at de hadde dårlig helse, mot 10 pst. av kvinner i befolkningen generelt. Samtidig bruker personer med funksjonsnedsettelse vesentlig mer av nesten alle typer helsetjenester enn befolkningen generelt. Kvinner med funksjonsnedsettelse benytter helsetjenester i større grad enn menn med funksjonsnedsettelse. Dette stemmer overens med en europeisk rapport som finner at kun 20 pst. av kvinner med funksjonshemming oppgir å ha god eller svært god helse (sammenlignet med 23 pst. av menn med funksjonshemming), og så mange som 7 pst. av kvinnene og 6 pst. av mennene med nedsatt funksjonsevne opplevd et udekket behov for medisinsk behandling.¹⁷ Personer med funksjonsnedsettelse har opp mot tre ganger så høy risiko for å bli utsatt for vold og overgrep, sammenlignet med den øvrige befolkningen. Kvinner med funksjonsnedsettelse er mer utsatt enn menn med funksjonsnedsettelse. Noe som gjør kvinnenes situasjon ekstra vanskelig, er at flertallet av overgriperne er personer som de har et fortrolig forhold til, eller står i et avhengighetsforhold til, som partnere, foreldre og søsken, samt pleie- og omsorgspersonell.

Samiske kvinners levekår og helse

I Folkehelse rapporten¹⁸ oppsummerer Folkehelseinstituttet (FHI) at samiske kvinner og menn rapporterer om generelt dårligere helse enn den øvrige befolkningen. Flere samiske enn ikke-samiske kvinner har livsstilssykdommer som overvekt og diabetes, mens risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer er på samme nivå som for befolkningen ellers. Samiske kvinner rapporterer også om økt forekomst av psykiske plager og sykdommer sammenliknet med øvrig befolkning, og antall selvmord har vært signifikant høyere i den samiske populasjonen (ibid). SAMINOR er en helse- og levekårsundersøkelse i områder med samisk, norsk og kvensk bosetting. Det er en av de viktigste kildene til kunnskap om helse og levekår i den samiske og nordnorske befolkningen. Målet er å fremme god helse, bidra til å forebygge lidelser, og forbedre helsetjenestetilbudet for alle. Befolkningsundersøkelsen SAMINOR 2¹⁹ viste at samer i større grad enn ikke-samer rapporterer å ha vært utsatt for vold, og at samiske kvinner er langt mer utsatt for seksuell vold som barn og voksne enn menn. Sametinget vedtok i 2023 en egen handlingsplan mot vold. Sametinget har også bidratt i arbeidet med Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. I innspillene pekte Sametinget på behovet for mer forskning, manglende kompetanse i hjelpeapparatet, holdningsendringer og voldsforebyggende arbeid i skole og barnehage. Utfordringene og tiltak er nærmere omtalt i Sametingets melding om likestilling, «Sábme jállu». Senter

¹⁷ European Institute for Gender Equality (2020). Disability and education significantly affect health and access to healthcare, Gender Equality Index 2020: Digitalisation and the future of work, Disability and education significantly affect health and access to healthcare | European Institute for Gender Equality (europa.eu)

¹⁸ Folkehelseinstituttet (2024). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge, Helse i den samiske befolkningen*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

¹⁹ Informasjon om SAMINOR finnes på UiT Norges arktiske universitet sine nettsider: https://uit.no/research/saminor_no?p_document_id=745315&BaseUrl=/research/

for samisk helseforskning ved UiT Norges arktiske universitet har ansvaret for datainnsamlingen til SAMINOR 3. Innsamlingsperioden pågår i perioden 2023 til desember 2025. Formålet med Saminor 3 er blant annet å få kunnskap om utbredelsen av og risikofaktorer for sykdom, bidra til å forebygge lidelser og forbedre helsetjenestetilbudet for alle samer. Regjeringen bidrar i finansieringen av Saminor 3.

Den samiske befolkningen har helseutfordringer som til dels skiller seg fra den øvrige befolkningen. Forhold som fornorskingspolitikk, samehets og disponering av areal (beitekrisen) blir pekt på som årsaker til helseutfordringer. I 2023 leverte Sannhets- og forsoningskommisjonen sin rapport²⁰ om fornorskingspolitikken mot samene. Kommisjonen kartla at vold har vært brukt mot den samiske befolkningen, over lang tid og på flere samfunnsarenaer. Dette har vært med på å prege det samiske samfunnet både på individuelt og kollektivt nivå. Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet la i mars 2024 fram Meld. St. 12 (2023–2024) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv – Folkehelse og levekår i den samiske befolkningen*. Stortingsmeldingen omtaler blant annet hvordan folkehelsepolitikken bedre kan ivareta den samiske befolkningens, herunder samiske kvinners, helse og livskvalitet og tilpasse tilbudet bedre til deres behov. Meldingen framhever en større erkjennelse av betydningen av samisk kultur og språk for samers helse og deltakelse. Regjeringen er i gang med å utarbeide en nasjonal handlingsplan mot samehets.

Helsekompetanse blant kvinner

Regjeringen mener det er viktig med økt oppmerksomhet om helsekompetanse, fordi det skaper forutsetninger for god helse både for hvert enkelt menneske og på befolkningsnivå. Helsekompetanse innebærer menneskers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger om egen helse. Det kan være beslutninger om levevaner og sykdomsforebyggende tiltak og om å mestre sykdom og være en aktiv deltaker i behandling og oppfølging i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil fortsette arbeidet med å øke helsekompetansen i befolkningen. Helse- og omsorgstjenestens innsats for å øke helsekompetansen i befolkningen vil være viktig i det videre arbeidet.

Kvinnehelseutvalget uttrykte bekymring for at kvinner med samisk bakgrunn, kvinner med minoritetsbakgrunn samt papirløse innvandrere og flyktninger, opplever særlige utfordringer i møte med helse- og omsorgstjenestene. Dette kan ha sammensatte årsaker, men dreier seg ofte om lav helsekompetanse, språkbarrierer, fordommer og stereotype forestillinger som kan stå i veien for tilgang til og samarbeid med helse- og omsorgstjenestene. For kvinner med minoritetsbakgrunn og papirløse innvandrere og flyktninger kan også lave eller manglende lese- og skriveferdigheter være en relevant årsak. Utvalget understreker viktigheten av å gjennomføre spissede tiltak for å øke helsekompetansen i

²⁰ Sannhets- og forsoningskommisjonen (2023). *Sannhet og forsoning – grunnlag for et oppgjør med fornorskingspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner*. Dokument 19 (2022–2023). Rapport til Stortinget. Sannhets- og forsoningskommisjonen - sluttrapport (stortinget.no)

ulike befolkningsgrupper. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019–2023) peker for eksempel på at helse- og omsorgstjenestene skal sørge for å tilpasse muntlig og skriftlig kommunikasjon til brukernes helsekompetanse, og drive opplæring av ansatte til å fremme helsekompetanse og kulturkompetanse. Et godt eksempel er nettstedet Zanzu som gir informasjon om graviditet, fødsel og barseltid på arabisk, engelsk, farsi, fransk, norsk, polsk, somali, tigrinja og tyrkisk rettet mot innvandrere og andre med kort botid (Zanzu.no).

Helsepersonell må ha kulturforståelse og kunnskap om behovene til samiske kvinner og minoriteter og kvinner med innvandrerbakgrunn. De må også ha praktiske ferdigheter om brukerne og pasientenes helsekompetanse. Blant annet har både masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie og helsesykepleierutdanningen allerede formulert læringsutbytte om helsekompetanse.

Ved revidering av forskrift om felles rammeplan og ved revidering av relevante utdanninger i RETHOS skal det vurderes om helsekompetanse, kjønnsforskjeller i helse og kjønns betydning for helse er tilstrekkelig ivaretatt.

Å styrke helsekompetansen i befolkningen vil også gi gode betingelser for at flere kritisk kan vurdere helseinformasjon som spres, for eksempel i sosiale medier. Å utvikle digitale og tilgjengelige plattformer og digitale helsetjenester som er kunnskapsbasert og kvalitetssikret, er tiltak som bidrar til å løfte helsekompetansen i befolkningen som helhet.

Deltakelse i frivilligheten har stor verdi for enkeltmennesker, både de som er med som frivillige, og de som bruker frivillige tilbud og aktiviteter. Hele tiden møtes mennesker til aktivitet og felleskap. Dette er for mange viktige arenaer for sosialisering og kunnskapsutvikling. Her kan blant annet verdien av å gjøre noe nyttig og verdien av bedre fysisk og psykisk helse fremmes for alle aldersgrupper. Den frivillige innsatsen er avgjørende for å skape gode og levende lokalsamfunn. Regjeringen anerkjenner frivillige organisasjoners viktige samfunnsrolle og ønsker å skape gode rammevilkår for at frivilligheten skal oppleves som inkluderende, representativ og med like muligheter for deltakelse. Årlig fordeler staten rundt 11 milliarder kroner i tilskudd til frivillig sektor, som grunn- eller driftsstøtte over ulike tilskuddsordninger eller som enkeltstående tilskudd til øremerkede mottakere. Regjeringen vil organisere de offentlige støtteordningene på en måte som gjør frivilliges drift så enkel og forutsigbar som mulig. Regjeringen har derfor samlet statlige tilskudd til frivillige organisasjoner i en ny portal på nett, «tilskudd.no», som skal gjøre det lett for alle å finne fram til aktuelle tilskudd på de fleste samfunnsområder. Det er 136 tilskudd på ett sted med informasjon om søknadsfrister, hva man kan søke om støtte til mm. Regjeringen vil vurdere videre samordning og forenkling av statlige tilskudd til frivillige organisasjoner.

Det er ulik tilgang til gode helsetilbud, aktiviteter og informasjon om rettigheter og muligheter i befolkningen. Frivilligheten spiller en viktig rolle for å bedre tilgangen til helsetilbud. Pasient- og brukerorganisasjoner sitter på mye kunnskap, de har brede nettverk og bidrar til folkeopplysning, normalisering og økt helsekompetanse.

Organisasjonene er viktige bidragsyttere i folkehelsearbeidet, også gjennom offentlige prosesser. På denne bakgrunnen vil frivillige lag og organisasjoner lokalt og nasjonalt ha en viktig rolle i å nå fram med helsefremmende informasjon til ulike grupper av kvinner. Tiltakene kan bli mer treffsikre og nye målgrupper kan nås ved å involvere pasientorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner i den videre innsatsen på helsekompetanse. Frivillige organisasjoners stemme er viktig i politikkkutformingene, og de kan bidra til å formidle kjønnspektivet på en god måte.

Kvinnens helse, levevaner og livskvalitet

Levekårsundersøkelsen om helse fra 2019²¹ viste at omtrent 80 prosent i alderen 16 år og eldre vurderer egen helse som god. Undersøkelsen viste at det var liten forskjell mellom kvinner og menn i opplevd helse. Forventninger til egen helse varierer imidlertid med alder og kjønn. Med økende alder justeres krav og forventninger til egen helse og kapasitet, men samtidig øker forekomsten av helseproblemer.²²

Generelt sett har det vært liten endring i kvinners egenvurderte helse fra 2002 og fram til i dag (ibid.). Andelen med dårlig helse ser imidlertid ut til å ha økt noe blant kvinner, men ikke blant menn. Andelen med dårlig helse øker mest blant yngre kvinner, mens andelen med dårlig helse er redusert over tid for eldre kvinner.²³

Det er flere kvinner enn menn som er lite fornøyd med sin fysiske og psykiske helse. Det er rapportert om økning i psykiske helseplager hos både unge kvinner og unge menn de siste tiårene, men økningen er mest uttalt for unge kvinner, og ensomhet er mer utbredt. Det viser datainnsamlinger fram til 2019.^{24 25} Det er behov for mer kunnskap om årsaker til økningen, inkludert kunnskap om hvordan økningen henger sammen med for eksempel skolestress, skjermbruk og bruk av sosiale medier, søvnproblemer, ensomhet og så videre.

Forskjeller i søvn mellom kjønnene begynner tidlig i livet, og kvinner rapporterer dårligere søvnkvalitet og har høyere risiko for insomni/søvnløshet og rastløse bein enn menn.²⁶ Søvn kan påvirkes av variasjoner i reproduktive hormoner, stress, depresjon, aldring, livsendringer og andre faktorer. I en stor amerikansk undersøkelse rapporterte 30 prosent av gravide kvinner og 42 prosent av kvinner etter fødsel at de sjelden får en god natts søvn, sammenliknet med 15 prosent blant alle

²¹ <https://bmjopen.bmj.com/content/12/5/e057654>

²² Helseforhold, levekårsundersøkelsen – SSB

²³ Lunde, E.S., Skoglund Ramm, J. & Syse, A. (2022). *Kvinnens liv og helse siste 20 år*. Rapport 2022/14. Oslo: Statistisk sentralbyrå. *Kvinnens liv og helse siste 20 år* (ssb.no)

²⁴ <https://bmjopen.bmj.com/content/12/5/e057654>

²⁵ Secular trends in mental health problems among young people in Norway: a review and meta-analysis - PubMed (nih.gov)

²⁶ Nowakowski, S., Meers, J. & Heimbach, E. (2013). Sleep and women's health. *Sleep Medicine Research*, 4(1), 1.

kvinner generelt.²⁷ Kvinner opplever flere søvnproblemer i overgangsalderen og i årene etter.²⁸

I utredningen fra kvinnehelseutvalget (NOU 2023: 5) framkommer det at kvinner har nesten dobbelt så stor hoftebruddrisiko som menn, og at sju av ti brudd rammer kvinner. Det er om lag 9000 hoftebrudd i året. Hoftebrudd har sammenheng med muskel- og skjeletthelse, herunder osteoporose, fysisk funksjon og risiko for fall. Fallskader og medfølgende brudd er en større bidragsfaktor til helsetap enn kreft og hjerte- og karsykdommer. Kostnader ved hoftebrudd hos eldre utgjør ni milliarder kroner årlig.²⁹ Blant de nasjonale rådene om fysisk aktivitet er styrke- og balansetrening anbefalt minst to ganger i uken for voksne over 65 år. Det er dokumentert at slik trening reduserer risikoen for fall. Det vises til regjeringens arbeid med forebygging av alvorlige fallulykker i nærmiljøet og i hjemmet, både som ledd i det helhetlige folkehelsearbeidet og i forebyggingsarbeid i helse- og omsorgstjenestene. Det pågår et arbeid med å videreutvikle nullvisjonsarbeidet om fallforebygging, blant annet skal Helsedirektoratet utrede hva kommunene trenger av kunnskapsstøtte for å jobbe med fallforebygging. Tiltaket ses i sammenheng med oppfølging av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 og nullvisjon for fallulykker i og ved hjemmet. Tiltaket inngår også i Bo trygt hjemme-reformen.

Under halvparten av 15-årige jenter er tilstrekkelig fysisk aktive, og jenter er gjennomgående mindre fysisk aktive enn gutter i samme alder.^{30 31} Det er også en tendens til at godt voksne og eldre kvinner er mindre fysisk aktive enn menn i samme alder.³² For begge kjønn er aktivitetsnivået for lavt, og for barn og unge kan det se ut til at utviklingen går i feil retning. Både barn, unge, voksne og eldre tilbringer mye av våken tid i ro, viser landsomfattende kartlegginger av fysisk aktivitet og tid til ro. Dette er urovekkende i lys av kunnskapen vi har om betydningen av regelmessig fysisk aktivitet for å fremme fysisk og psykisk helse, styrke muskel- og skjeletthelse, samt beskytte mot sykdom, herunder ikke-smittsomme sykdommer og for tidlig død. Det er et stort potensial for en friskere befolkning gjennom blant annet daglig fysisk aktivitet og ved å redusere tid i ro og stillesitting. Helsedirektoratet la i april 2024 fram en rapport³³ om nye helseeffekter av fysisk aktivitet. Rapporten presenterer gevinstene i estimerte leveår og helsetapsjusterte leveår (DALYs) ved ulike nivåer av fysisk aktivitet. Den viser at det er betydelige gevinster å hente både

²⁷ Baker, F.C., Wolfson, A.R. & Lee, K.A. (2009). Association of sociodemographic, lifestyle, and health factors with sleep quality and daytime sleepiness in women: findings from the 2007 National Sleep Foundation "Sleep in America Poll". *Journal of Women's Health*, 18(6), 841–849.

²⁸ El Khoudary, S.R., Greendale, G., Crawford, S.L., Avis, N. E., Brooks, M.M., Thurston, R.C. ... & Matthews, K. (2019). The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*, 26(10), 1213–1227.

²⁹ Hektoen, L.F. (2014). *Kostnader ved hoftebrudd hos eldre*. Rapport 2014/3. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus

³⁰ [Temporal trends in physical activity levels across more than a decade – a national physical activity surveillance system among Norwegian children and adolescents | International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

³¹ [ungkan3_rapport_final_27.02.19.pdf \(fhi.no\)](#)

³² [kan3_rapport_final_25.04.23.pdf \(fhi.no\)](#)

³³ Helsedirektoratet (2023). *Vunne leveår og helsetapsjusterte leveår (DALYs) ved fysisk aktivitet..* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/vunne-levear-og-helsetapsjusterte-levear-dalys-ved-fysisk-aktivitet>

på samfunns- og individnivå, dersom flere er fysisk aktive i tråd med nasjonale råd om fysisk aktivitet. Gevinsten oppnås for begge kjønn i alle aldersgrupper. For eksempel kan personer i 60-årene vinne 9,9 friske leveår ved å andre atferd fra fysisk inaktiv til fysisk aktiv.

Stortinget har i anmodningsvedtak 687 bedt regjeringen «om at det før sommeren 2025, i forbindelse med en folkehelseundersøkelse i Oslo, gjennomføres oppsøkende arbeid i Groruddalen for å sikre deltagelse fra minoritetsbefolkningen og en særlig kartlegging av minoritets helse». Folkehelseinstituttet har fått midler til å gjennomføre datainnsamlingen med styrket innsats for å rekruttere godt blant minoritetsbefolkningen. Undersøkelsen vil også bidra til bedre kunnskapsgrunnlag om minoritetskvinner helse.

På andre områder har kvinner mer gunstige forhold som påvirker helsen, og oppgir oftere høyere skår for opplevelse av støttende relasjoner enn det menn gjør. Bruk av tobakk, alkohol og narkotika har nær sammenheng med utvikling av ikke-smittsomme sykdommer, og er blant de viktigste modifierbare risikofaktorene for tidlig død og for tap av friske leveår globalt.³⁴

I Norge er daglig røyking like utbredt blant kvinner som blant menn. Daglig røyking er mest utbredt blant voksne over 50 år og blant personer med kort utdanning, lav inntekt og blant dem som står utenfor arbeidslivet.³⁵ Røyking av og til og snusbruk daglig eller av og til er mest utbredt blant personer under 50 år, og er mer utbredt blant menn enn blant kvinner. Imidlertid har det vært en økning i både av og til-røyking og snusbruk blant kvinner i senere år (ibid).

Menn drikker oftere enn kvinner, og de drikker mer per drikkesituasjon. I gjennomsnitt drikker menn om lag dobbelt så mye alkohol som kvinner.³⁶ I alle aldersgrupper har menn to til tre ganger så høy risiko som kvinner for å utvikle alkoholbrukslidelser.³⁷ Andelen eldre som oppgir å drikke alkohol og som oppgir å drikke ofte (2 ganger per uke eller oftere), har økt betydelig de siste tiårene.³⁸ Dette skyldes i hovedsak at flere eldre kvinner drikker alkohol. Kvinner tåler ikke like mye alkohol som menn, og eldre mennesker har lavere toleranse for alkohol enn yngre, blant annet på grunn av redusert muskelmasse og lavere metabolisme. Bruk av vane-dannende legemidler er utbredt blant eldre og er mer utbredt blant kvinner enn menn.³⁹ Kombinert bruk av alkohol og legemidler kan føre til økt risiko for skader og ulykker.⁴⁰

³⁴ Murray, C.J.L. et al. (2020). GBD 2019. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396 (10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

³⁵ Lund, I.O. (2023). *Tobakk i Norge*. Tobakk i Norge - FHI

³⁶ Lund, I.O. (2022). *Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Norge*. *Alkohol og andre rusmiddel - FHI*

³⁷ <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=>

³⁸ Bye, E.K. & Moan, I.S. (2020). Trends in older adults' alcohol use in Norway 1985–2019. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs (NAD)*, s. 444–458.

³⁹ Moan I.S., Halkjelsvik, T. & Bye, E.K. (2024). *Bruk av alkohol, vane-dannende legemidler og illegale rusmidler blant sysselsatte i Norge (2013–2022)*. Rapport 2024. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2024.

⁴⁰ *Alkohol i Norge oppdatert med nye tall - FHI*

Hyppig og langvarig narkotikabruk medfører risiko for både akutte og kroniske helseskader. Den mest alvorlige konsekvensen er tidlig død. Antall narkotikautløste dødsfall har vært forholdsvis stabil i Norge i årene 2002–2022, og andelen kvinner som har dødd på grunn av narkotikabruk har variert omkring 30 prosent. De fleste dødsfallene er knyttet til bruk av opioider som morfin, kodein og heroin (Narkotika i Norge, 2023).

Unge menn er tydelig overrepresentert ved rusproblemer og dødsfall som følge av narkotikabruk. Det er imidlertid observert en økning i cannabisbruk og kokainbruk blant unge kvinner de siste par årene. I tillegg til konsekvenser for den fysiske og psykiske helsen kan cannabisbruk og bruk av sentralstimulerende stoffer som kokain øke risikoen for ulykker, kriminalitet samt for frafall fra skole/arbeidsliv.

Det har vært et økende antall kvinner som dør av narkotikautløste dødsfall siden 2013. I 2013 døde 58 kvinner, og i 2023 døde 115 kvinner. Dette gjenspeiler aldringstrenden blant høyrisikobrukere av rusmidler og ofte blant kvinner er dette knyttet til bruk av høye doser av reseptbelagte opioider ved kroniske smertetilstander. Hovedandelen er kvinner rundt 50 år, og de har oftere høyere utdanning. De har i mindre grad fengselsdommer eller mottatt rusbehandling siste år før dødsfallet sammenliknet med de som dør av heroin. De har oftere hentet ut opioider på resept. En betydelig andel av disse er i kontakt med helsetjenesten og apotek i forkant av overdosedødsfallet. Det kan tyde på at noen av de som dør i overdoser av reseptbelagte opioider, utgjør en annen gruppe enn gruppen som det overdosearbeidet hittil har rettet seg mot.⁴¹ På bakgrunn av økning i overdosedødsfall knyttet til reseptbelagte, avhengighetsskapende legemidler fikk Helsedirektoratet i 2023 i oppdrag å legge særlig vekt på tiltak for å forebygge overdoser der reseptbelagte legemiddel er primærårsak, i tillegg til fortsatt innsats mot overdoser av ulovlige rusmidler.

Flere kvinner enn menn har et sunt kosthold, men unge jenter er mer misfornøyde med kroppen, noe som blant annet er koblet til trening og mat.⁴² Middelaldrende menn har høyere forekomst av overvekt og fedme enn kvinner, og overvekt og fedme er viktige risikofaktorer for diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer og andre kroniske sykdommer. Selv om det totalt sett er en større andel menn enn kvinner som har fedme, er andelen med grad 2 eller grad 3 fedme (BMI \geq 35 og 40 kg/m²) litt høyere blant kvinner enn blant menn. Målrettede tiltak, blant annet kommunikasjon av kostholdsråd, er viktig for å nå fram til de gruppene som trenger det mest. Utbredelsen av overvekt øker også blant kvinner, og andelen med overvekt øker med alderen. Dette kan ofte henge sammen med psykisk helse og muskel- og skjelettlidelser. I et livsløpsperspektiv kan dette innebære økte helseutfordringer som middelaldrende og yngre eldre.

⁴¹ <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/3058493>

⁴² Rapport-digital2.pdf (press.no)

Kjønnsperspektiv i folkehelsepolitikken

Folkehelsemeldinga løfter fram kvinnehelseperspektivet gjennom å legge vekt på folkehelseutfordringer som særlig rammer kvinner. Dette gjelder for eksempel psykiske plager og lidelser, muskel- og skjelettlidelser og fallulykker i nærmiljø og i hjemmet. Kvinner rammes også av store folkehelseutfordringer som begge kjønn deler, som kreft og hjerte- og karsykdom. Begge disse sykdomsgruppene er blant de viktigste årsakene til sykdomsbyrde blant kvinner i Norge.⁴³ Ofte vil politikk utenfor helsesektoren være avgjørende for kvinners muligheter til gode levevaner og livskvalitet. Innsats for å bedre helse gjennom livet er viktig for å oppnå friskere aldring og minske sykkelighet hos eldre kvinner, og forebygging bør starte allerede i barne- og ungdomsårene. Kvinner i fruktbar alder er også en viktig målgruppe i denne sammenhengen. Innsats må dreies enda mer mot forebygging og folkehelse.

Folkehelseinstituttet bidrar med å innhente og tilgjengeliggjøre data om kvinners helse, livskvalitet og levevaner. Videre skal de sammenstille og analysere helsedata for å framskaffe ny kunnskap som gjøres tilgjengelig som grunnlag for beslutninger i helsetjenesten og i andre sektorer.

Mål 1: God kvinnehelse hele livet

Tiltak:

- Øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene om forebygging, avdekking og oppfølging av ulike former for vold, overgrep og seksuelle krenkelser, samt omsorgssvikt gjennom tiltakene i opptrappingsplanen mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner
- Øke kunnskap blant helsepersonell om vanlige helseutfordringer blant kvinner før, i og etter reproduktiv alder
- Gi et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra støtte og oppfølging gjennom tiltakene presentert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan
- Øke kunnskap om overgangsalder, herunder oppdatere kunnskapsgrunnlaget om overgangsalder og vurdere tiltak som gir bedre tilgang til hormonbehandling
- Sikre at ulike helsepolitiske tiltak rettet mot pårørende ivaretar forhold som særlig berører kvinnelige pårørende
- Legge til grunn i gjennomføringen av Bo trygt hjemme-reformen at eldre kvinner kan ha behov som skiller seg fra eldre menns behov
- Styrke befolkningens evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse
- Ved revidering av forskrift om felles rammeplan og ved revidering av relevante utdanninger i RETHOS skal det vurderes om helsekompetanse, kjønnsforskjeller i helse og kjønns betydning for helse er tilstrekkelig ivare tatt

⁴³ VizHub - GBD Compare ([healthdata.org](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare))



Mål 2: Likeverdige helse- og omsorgstjenester og utjevning av sosiale helseforskjeller

Likeverdige tjenester

Likeverd er nært knyttet til rettferdighet og innebærer at alle mennesker stiller likt, har lik rett på samfunnets goder, fortjener respekt og skal bli tatt på alvor. Det handler om å se ressursene i hvert enkelt menneske og prioritere disse, uavhengig av om det finnes begrensninger. Likeverdige helse- og omsorgstjenestetilbud betyr samtidig at noen må behandles forskjellig ut fra individuelle behov. Kvinnehelseutvalget viser til at muligheten til god helse og likeverdige tjenester forutsetter at man anerkjenner betydningen av kjønn for helse og at kvinners helse også må ses i lys av kunnskapsgrunnlag og tjenestetilgang. Selv om kvinner i Norge lever lengst, opplever menn seg som friskere en større del av livet (SSB, 2018). Helt unge og middelaldrende kvinner oppgir å ha flere helseutfordringer enn menn i samme alder, og de bruker helsetjenestene mer. Eldre kvinner har flere biologisk betingede sykdommer, slik som tap av beinmasse i overgangsalderen som lettere gir brudd ved fall. SSB poengterer at diffuse, kroniske lidelser som oftest rammer kvinner, fremdeles får mindre oppmerksomhet i helsevesenet enn såkalte «blålys-sykdommer».

En målrettet tilnærming til kjønnsperspektiv i helse skal synliggjøre skjevheter mellom kvinners og menns tilgang til tilpassede tjenester. Større bevissthet om kvinners og menns ulike behov og utvikling av mer kjønnsspesifikk behandling kan bidra til bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Det kan også bidra til å nå det overordnede målet om å utjevne forskjeller og sikre mer likeverdige behandlingstilbud for kvinner og menn. En slik tilnærming vil også gi et bedre grunnlag for å avdekke og utlikne geografiske forskjeller i behandlingstilbud på landsbasis.

Det er vesentlig at det biologiske og sosiokulturelle kjønnsperspektivet innen helse og omsorg blir bedre integrert i alle deler av tjenestene. Det er fortsatt et mål å sørge for systemer som gjør at oppdatert kunnskap om kvinners og menns særlige behov tas i bruk. Dette krever bevissthet og forankring hos myndighetene, blant ledere på alle nivå i tjenestene og utvikling av en kultur som evner å endre praksis i tråd med oppdatert kunnskap.

Bedre utnyttelse av helsedatakilder

Regjeringen vil tilrettelegge for bedre utnyttelse av helsedata i arbeidet med kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse, blant annet for å nå målet om likeverdighet i tjenestetilgang og i folkehelsearbeidet. Selv om kjønnsvariabelen og kjønns-spesifikk informasjon er tatt inn i helseregistrene, blir ikke dataene i tilstrekkelig grad analysert eller presentert kjønns-spesifikt. Det er behov for retningslinjer for innsamling av kjønns-spesifikke helsedata, og det bør vurderes om det skal stilles krav om å rapportere kjønns-spesifikke resultater fra sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre der det er relevant.

Det jobbes kontinuerlig med å bedre tilgangen til helsedata. I dag er det ofte komplekse søknadsskjemaer og prosesser på tvers av ulike registre og lang behandlingstid. Dette er en generell utfordring, og regjeringen har fra 2024 samlet alle de sentrale helseregistrene i Folkehelseinstituttet. Dette skal gi bedre utnyttelse, bedre infrastruktur for helseregistre og forskning, og større utviklingsmuligheter. Etablering av Helsedataservice, med felles søknadsskjemaer og andre tjenester som skal gjøre det enklere å søke om tilgang til helsedata, er også viktig for forskning om kvinners helse og kjønnsperspektivet.

Helsedirektoratet definerer kvalitet i tjenestene som at de er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne, er samordnet og preget av kontinuitet, at de utnytter sine ressurser godt, og at de er tilgjengelige og rettfærdig fordelte. Kvalitetsindikatorer som gir kunnskap om kvinners helse, kan ta utgangspunkt i en eller flere av dimensjonene av god kvalitet. De kan for eksempel avdekke hvorvidt det er ulikhet i helsetjenestens tilbud ved ulike diagnoser og hvilken effekt helsehjelpen har for tilstander som særlig rammer kvinner. Det har over år vært arbeidet med å utvikle bedre systemer for registrering, utveksling og bruk av helsedata både i sykehusene og i kommunesektoren til kvalitetsforbedring, planlegging og for forskning. I tillegg til de lovbestemte helseregistrene har vi lokale og nasjonale medisinske kvalitetsregistre i spesialisthelsetjenesten som viser behandlingsresultater for ulike diagnoser.

En planmessig, kjønnsfokusert tilnærming til analyse av helsedata kan bidra til viktig kunnskap som er nødvendig for å planlegge, dimensjonere, evaluere og korrigere folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestene på nasjonalt nivå. Regjeringen vil ta initiativ for å få til et samarbeid om dette mellom relevante fagmyndigheter, tjenester og forskningsmiljø.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Det finnes 60 nasjonale medisinske kvalitetsregistre som har kvalitetsforbedring av helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten som formål, og som presenterer resultater på www.kvalitetsregistre.no. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i Senter for klinisk dokumentasjon og analyse (SKDE) i Helse Nord RHF samarbeider med utvalgte kvalitetsregistre om en publikasjon om kvinnehelse. Kjønnsspesifikke data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal analyseres for å belyse hvilken betydning kjønn har på sykdomsforløp og behandlingskvalitet. SKDE ønsker på denne måten å bidra til at helseregisterdataene kan gi grunnlag for å avdekke variasjon i behandlingskvalitet på tvers av kjønn, som grunnlag for kvalitetsforbedring.

Ivareta kjønns- og kvinneperspektivet i folkehelsearbeidet

Helseatferd og vaner knyttet til røyking, fysisk aktivitet, kosthold og alkohol, har stor innvirkning på ikke-smittsomme sykdommer. Levevaner handler ikke bare om individuelle valg, men blir i stor grad påvirket av samfunnsforhold og hvordan lokalsamfunn, nærmiljø og nabolag er innrettet og utformet. Det er sosiale forskjeller i sykdomsforekomst og i risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer. Derfor er det sentralt å rette innsatsen mot de bakenforliggende faktorene, legge til rette for sunne og helsefremmende valg og sikre god oppfølging i helse- og omsorgstjenestene.

Et sentralt grep for å ivareta kjønns- og kvinneperspektivet i folkehelsearbeidet er å innhente, analysere, sammenstille og tilgjengeliggjøre data på kvinners helse, livskvalitet og levevaner som grunnlag for beslutninger i helsesektoren, og synliggjøre disse for andre sektorer. Folkehelseinstituttet kan bidra i dette arbeidet. Her inngår kunnskap og forståelse for kjønn i utformingen av befolkningsrettede kampanjer og normerende produkter på folkehelseområdet, som anbefalinger og veiledninger.

En lang rekke nasjonale helsedata fra befolkningsundersøkelser er organisatorisk samlet under Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten og Helsedirektoratets sektorrapport legger deler av grunnlaget for regjeringens folkehelsemelding som legges fram hvert fjerde år.

Kunnskap og forståelse for kjønn bør ligge til grunn i utformingen av befolkningsrettede kampanjer, anbefalinger og veiledninger på folkehelseområdet. I folkehelsepolitikken vil Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet bidra til at ulike satsinger, blant annet Folkehelseprogrammet, Handlingsplan for fysisk aktivitet, Program for et aldersvennlig Norge samt folkehelsekampanjer tar hensyn til utfordringer som kvinner i alle aldre har, og innretter satsinger for å ivareta kjønnsperspektivet. Dette skal bidra til bedre måloppnåelse i folkehelsearbeidet.

Ivareta kjønns- og kvinneperspektivet i helse- og omsorgstjenesten

Helselovgivningens slår fast at likeverd i helse- og omsorgstjenesten, uansett kjønn, er en lovfestet rett. Likeverdige helsetjenester er et uttalt mål i helse- og omsorgstjenesten. Det er likevel ulikheter i helse som delvis kan forklares med utdanning, inntekt og arbeid, og det er viktig å innlemme kjønns- og kvinneperspektivet i helse- og omsorgstjenesten. Folkehelsemeldinga (Meld. St. 15 (2022–2023)), Helseberedskapsmeldinga (Meld. St. 5 (2023–2024)) og Nasjonal helse- og samhandlingsplan (Meld. St. 9 (2024–2027)) danner rammen for regjeringens helse- og omsorgspolitik og er viktige virkemidler for å innlemme kjønns- og kvinneperspektivet i tjenesten. Å synliggjøre kjønn i den overordnede helse- og omsorgspolitikken bidrar til at konsekvenser av kjønn innlemmes, når nye planer, strategier og praksis utformes i tjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har oppnevnt Kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenesten. Forumet er en sentral arena for brukermedvirkning på systemnivå. Departementet har startet prosess med å utvide forumet med en kvinnehelserepresentant.

Hovedtrekk fra kvinnehelseutvalgets utredning er lagt til grunn for arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan, blant annet i kapittelet om svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet. Kvinnehelseutvalgets forslag til tiltak om organisering av vår felles helsetjeneste, digitalt helsekort for gravide og styrket samhandling og finansiering er lagt til grunn for omtalen i planen. Nasjonal helse- og samhandlingsplan gjennomgår områder hvor tiltak for bedre kvinnehelse allerede er i gang, og den peker på meldingsarbeid i andre departementer som har relevans for kvinnehelse, blant annet stortingsmelding om sosial utjevning og sosial mobilitet som etter planen skal legges fram i 2025, og opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (Justis- og beredskapsdepartementet, 2023).

Regjeringen har lagt fram en opptrappingsplan for psykisk helse hvor kjønnsforskjeller i forekomst av psykiske lidelser er omtalt. I meldingen framgår det at sosiale kategorier, som blant annet kjønn, kan virke sammen og påvirke levekår og enkeltmenneskers psykiske helse. Meldingen belyser økningen i andelen unge jenter som blir behandlet for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten, og den betydelige økningen i selvrapporterte psykiske plager blant barn og unge, særlig blant jenter. Opptrappingsplanen for psykisk helse følger også opp behovet for å styrke forebygging og behandling av spiseforstyrrelser som kvinnehelseutvalget tar opp. I den kommende forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet vil kjønnsforskjeller i forekomst av rusmiddelbruk bli omtalt. Også i Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* er kvinnehelseutvalgets utredning lagt til grunn i arbeidet, og betydningen av kjønn og kvinners rolle i pårørendeomsorgen er omtalt.

Bedre kvinnehelse er viktig for likestilling. Generelle likestillingspolitiske tiltak omtales i Strategi for likestilling mellom kvinner og menn som legges fram høsten 2024. Strategien skal vise retning for kjønnslikestillingsfeltet og gi en oversikt over regjeringens prioriterte likestillings saker. Den skal bidra til økt samordning. Aktivitets- og redegjørelsesplikten er fundamentet for likestillingsarbeidet i Norge. Plikten innebærer at alle offentlige myndigheter og alle arbeidsgivere både i offentlig og privat sektor skal arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre at diskriminering skjer i deres virksomhet. Plikten til å utføre dette arbeidet er forankret i likestillings- og diskrimineringsloven. Kvinnehelsestrategien avgrenses mot likestillingsstrategien gjennom å vektlegge helsesektorens virkemidler for å bedre kvinners helse.

● **Mål 2: Likeverdige helse- og omsorgstjenester og utjevning av sosiale helseforskjeller**

Tiltak:

- Legge til rette for at kjønns- og kvinneperspektivet er ivaretatt både ved utvikling av og i tilbud om ulike helse- og omsorgstjenester
- Følge opp og vurdere aktivitet og kvalitet i tjenester rettet mot kvinner og kvinners helse, gjennom bedre kjønns spesifikke analyser av helsedata
- Innarbeide data om kvinners helse og livskvalitet som grunnlag for befolkningsrettede kampanjer
- Synliggjøre kjønnsforskjeller i informasjon om sykkelighet, funksjonshemming, risikofaktorer og dødelighet (sykdomsbyrde) i befolkningen
- Vurdere kjønnsperspektivet i utarbeidelse av politiske dokumenter og styringsdokumenter
- Inkludere en kvinnehelserepresentant i Kontaktforum for brukere



Mål 3: Bedre kvalitet gjennom økt kunnskap om kvinners helse

For regjeringen er det viktig at helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet er kjennetegnet av god kvalitet, ved at arbeidet som gjøres er kunnskapsbasert. I regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning er derfor helse ett av seks prioriterte tematiske områder. Under helseprioriteringen løftes forskning om kjønnsforskjeller i helse og kvinnehelse fram. Det gjør også bærekraftige helsetjenester, tverrsektoriell forskning som belyser aldring og forskning i, om og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I kapittelet om et velfungerende kunnskapssystem understrekes betydningen av at kunnskapen tas i bruk.

Hvordan finansierer regjeringen forskning på helse og kvinnehelse spesielt?

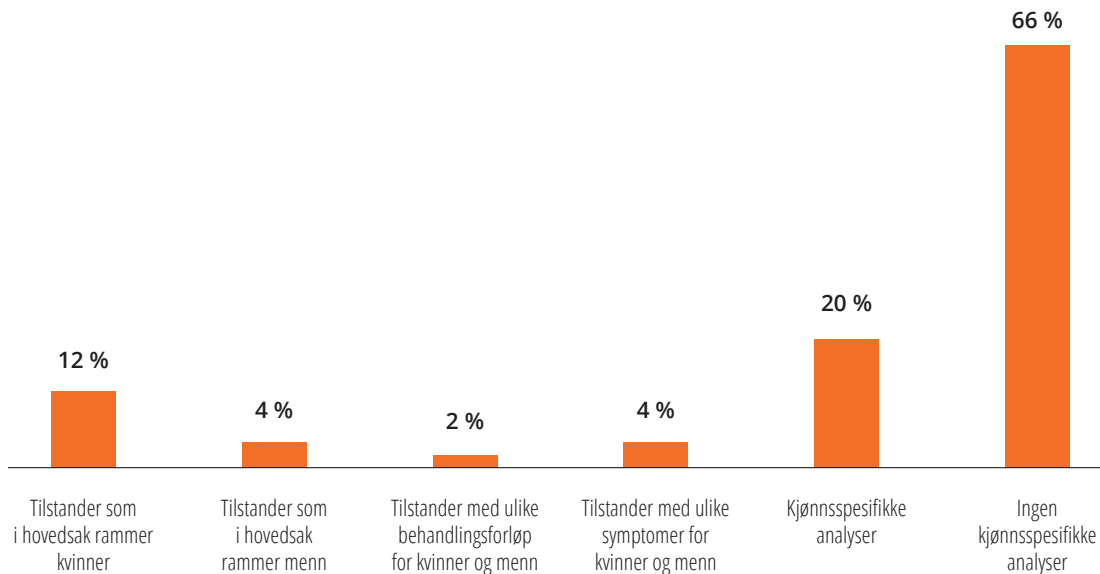
Regjeringen allokere årlig midler til helseforskning gjennom Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene. Fra 2024 har Folkehelseinstituttet, som følge av en omorganisering av den sentrale helseforvaltningen, fått en tydeligere oppgave i å produsere kunnskap, med særskilt ansvar for forskning, analyser, forskningsbaserte evalueringer og kunnskapsoppsummeringer på en rekke sentrale områder. Folkehelseinstituttets kjerneoppgaver vil også innebære drift av de nasjonale helseregistre og biobankene. I tillegg deltar Norge i verdens største forsknings- og innovasjonsprogram, Horisont Europa, gjennom EU. Norske forskere kan søke om forskningsmidler på aktuelle utlysninger på lik linje som europeiske kolleger.

Gjennom Forskningsrådet finansierer Helse- og omsorgsdepartementet helseforskning og innovasjon. I Forskningsrådet er det en egen helseportefølje som skal dekke hele bredden fra helsefremmende tiltak og forebygging, via diagnostikk, behandling og rehabilitering, til organisering og effektivisering av helse- og omsorgstjenestene. God folkehelse, trygge helsetjenester av høy kvalitet og en konkurransedyktig helsenæring er mål for Forskningsrådets innsats. Siden 2004 er midler til forskning på kvinners helse og kjønnsperspektivet øremerket i Forskningsrådet. I 2024 er bevilgningen på om lag 20 millioner kroner. Ifølge kvinnehelseutvalget utgjør dette 5,5 prosent av midlene departementet allokerte til Forskningsrådet. Samtidig er det viktig å understreke at det i de øvrige midlene fra Helse- og omsorgsdepartementet er prosjekter som er relevante og viktige i et kjønnsperspektiv.

Kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten har som en av sine kjerneoppgaver å frambringe kunnskap og bidra til implementering av kunnskap. Nasjonal kompetansetjeneste for vold og traumatisk stress (NKVTS) er et av sentrene som mottar midler over statsbudsjettet. Senteret forsker blant annet på helsekonsekvensene av vold, overgrep og traumatiske hendelser.

Helseforetakene har forskning som en av fire lovpålagte oppgaver. Denne forskningen skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet i diagnostikk, behandling og rehabilitering, bedre organisering av tjenestetilbudet og bruk av ressurser, inkludert personell, og økt bærekraft. Klinisk forskning skal være en integrert del av all pasientbehandling og klinisk praksis (jf. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025). Det pågår et arbeid for å evaluere status for oppfølging av handlingsplanen, med sikte på en eventuell videreføring og justering av denne. De øremerkede midlene til forskning i helseforetakene er et viktig økonomisk bidrag og insentiv for forskning i helseforetakene og private ideelle sykehus. Midlene dekker også program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten og NorTrials, som er et partnerskap mellom spesialisthelsetjenesten og helsenæringen om kliniske studier. Departementet gir ikke særskilte føringer om forskning på kvinners helse, men forskningen som finansieres av de regionale helseforetakene, er også relevant for bedre forståelse av, og utvikling av kunnskap om behandlingstilbud for sykdommer som særlig rammer kvinner. Som en oppfølging av kvinnehelseutvalgets utredning ble prosjekter med finansiering fra de regionale helseforetakene for 2023 bedt om å rapportere hvorvidt prosjektet omfatter kjønnsspesifikk forskning, se figur 1.

Figur 1 Kjønnsspesifikk forskning



Kilde: Forskning og innovasjon til pasientens beste, nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten (2023)

- Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse ble etablert i 2006. Tjenesten fikk fra 2020 status som et Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning ved Oslo universitetssykehus.
- Helse Sør-Øst RHF skal innenfor rammen for 2024 styrke forskning på gravide med innvandrerbakgrunn ved Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning.
- Gjennom behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2024 ble det videre bevilget 5 millioner kroner til etablering av en digital portal for formidling av kunnskap om kvinnehelse. Midlene er tildelt Helse Sør-Øst RHF.

Fra 2024 er det etablert en forskningsstruktur for de kommunale helse- og omsorgstjenestene (KSF), forankret i KS. For å styrke forsknings- og innovasjonsinnsatsen for bærekraftige kommunale helse- og omsorgstjenester, er det satt av i overkant av 100 millioner kroner på statsbudsjettet til en ny FoU-satsing som forvaltes av Forskningsrådet. Kommunene vil ha en sentral rolle gjennom KSF-strukturen til å definere forskningsbehov samt å bidra i spredning og implementering av forsknings- og innovasjonsresultatene.

Regjeringen ønsker å stimulere til at kunnskapen fra forskning tas i bruk gjennom bedre tilrettelegging for implementering av forskningsresultater i praksis. I statsbudsjettet for 2024 er det satt av 10 millioner kroner til implementeringsforskning gjennom Forskningsrådet. Forskningen skal legge til rette for systematisk spredning og innføring av resultater fra forskning til praksis. Satsingen gjelder ikke bare forskning og innovasjon om kvinners helse, men all helseforskning som finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet. Satsingen skal bidra til å nå regjeringens mål om at forskningsresultater i større grad blir tatt i bruk (jf. Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032). Implementeringskompetanse og implementeringsforskning er omtalt nærmere i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Inkludering av kjønnsperspektivet i forskning og prioritering av forskningsmidler til kvinners helse

Det er viktig å anerkjenne at kjønnene er forskjellige når det gjelder flere biologiske variabler, fordi kjønn kan påvirke hvordan sykdommer manifesterer seg og utvikler seg. Derfor er det avgjørende å inkludere både kvinner og menn i forskning for å få et helhetlig bilde av helse og sykdom. Retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning ble utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) i 2001. Disse retningslinjene tar sikte på å fremme inkludering av begge kjønn i medisinsk forskning, med spesiell vekt på kvinner i fruktbar alder og gravide. I retningslinjene står det at det er nødvendig med kjønnssensitive variabler, og at analyser av kjønnforskjeller blir foretatt når det er mulig. Formålet er å sikre at forskningen tar hensyn til kjønnsspesifikke forskjeller og utfall. Kvinnehelseutvalget problematiserte at de etiske komiteene sjelden spør om det gjøres kjønnsspesifikke analyser eller vurdering av kjønnssensitive variabler når søknader om etisk godkjenning vurderes. Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at NEMs retningslinjer anvendes i vurderingen av nye forskningsprosjekter, og at kravet om redegjørelse for kjønnsperspektivet følges opp gjennom de etiske komiteers rutiner og praksis. Regjeringen støtter forslaget fra utvalget om betydningen av at det gjøres flere kjønnsspesifikke analyser, og viser til mulighetene for dette.

NEM har også koordineringsansvar for de fem regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Representativ deltakelse i studiene med hensyn til kjønn, men også alder og etnisitet, bidrar til at resultatene fra forskning er overførbare til en sammensatt befolkning, og gir tjenestene sikrere kunnskap om hvordan en behandling virker for den pasientgruppen tiltaket gjelder. Bedre ivaretagelse av underrepresenterte grupper i forskningen og i studier er vist til i regelverk og etiske retningslinjer nasjonalt og internasjonalt.⁴⁴

Hvordan kjønnsperspektivet ivaretas i forskning kan presenteres som en del av statistikk for nasjonal helseforskning, slik det er vist for de regionale helseforetakene i figur 1. Det skal vurderes om HelseOmsorg21-monitor også bør innarbeide kjønn som en variabel der det er relevant og praktisk gjennomførbart. HelseOmsorg21-monitor (HO21-monitor) viser statistikk om blant annet befolkningens sykdomsbyrde, ressurser til forskning og innovasjon og resultater fra aktivitetene. Monitoren skal bidra til et godt kunnskapsgrunnlag for beslutninger på alle nivåer. Gjennom monitoren finner man statistikk om blant annet økonomiske og personalmessige ressurser, hvilke sykdommer det forskes på, forskningsresultater og hvilke sykdommer som er utbredt i befolkningen (sykdomsbyrde). På <https://www.helseomsorg21monitor.no/> kan man lese mer om monitoren, som stadig er under utvikling. Forskningsrådet kan også vurdere å sette særskilte krav om å innarbeide kjønn som variabel for forskning som finansieres fra Helse- og omsorgsdepartementet, der dette er relevant og gjennomførbart.

⁴⁴ Helsinkideklarasjonen viser til at grupper som er underrepresenterte i forskning skal gis tilfredsstillende muligheter for deltakelse i kliniske studier:
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of->

I mai 2024 ble Driv – senter for kvinnehelseforskning ved Universitetet i Bergen åpnet. Trond Mohn forskningsstiftelse og næringslivet i Bergen bidrar i finansieringen av senteret. Forskningen ved senteret skal bidra til at alle aspekter av kvinnehelse blir forstått, behandlet og prioritert på lik linje med andre helseområder. Dette er viktige områder for regjeringen.

Flere plager og lidelser rammer i særlig grad kvinner og krever tverrfaglig samarbeid og at tjenesteleverandører samarbeider. Medisinsk uforklarte plager og symptomer trekkes fram som eksempel på dette. Det er fortsatt behov for mer forskning på sykdommer og helseplager som bare rammer kvinner, og på sykdommer som rammer begge kjønn, men der behandling, forebygging og diagnostikk er forskjellig mellom kjønnene. Det samme gjelder også sykdommer og helseplager som rammer begge kjønn, men som i særlig grad rammer kvinner og har uklar årsak, og hvor det er faglig usikkerhet om hvordan vi kan forebygge, finne korrekt diagnose og behandle tilstandene.

Forskningsrådet har kartlagt kvinnehelseforskningen som de selv finansierer.⁴⁵ Flere av prosjektene om kvinners helse som finansieres av Forskningsrådet, har vunnet fram i tematiske åpne utlysninger.

REMEDY

Mer enn dobbelt så mange kvinner som menn har muskel- og skjelettlidelser som hoveddiagnose. I tillegg er mange kvinner berørt av kombinasjoner av muskel- og skjelettsykdommer, revmatiske sykdommer og psykiske plager. REMEDY er et forskningssenter for klinisk behandling med langsiktig finansiering fra Forskningsrådet. Senterets formål er å utvikle fremragende behandling og behandlingsstrategier innenfor revmatologi og muskel- og skjelettsykdommer. Senteret har som ambisjon å gjennomføre kliniske behandlingsstudier som kan endre klinisk praksis. REMEDY er etablert ved Diakonhjemmet sykehus, med Oslo universitetssykehus, Universitetet i Oslo, Norsk revmatikerforbund og stiftelsen MAGIC som partnere. Mer informasjon finnes på www.diakonhjemmetsykehus.no

⁴⁵ Kartlegging av kvinnehelseforskning finansiert av Norges forskningsråd, Karolina Szokol, Frode Hovland Søreide og Ole Johan Borge 2022

Noen forskningsgrupper har også fått status som senter for fremragende forskning (SFF). Dette er krevende konkurransearenaer og viser at Norge har gode forskningsmiljøer på kvinnehelse. I 2020 finansierte Forskningsrådet 15 prosent av all helseforskning i Norge. Forskningsrådet har ikke vurdert andre forskningskilder, men skriver at det ikke er grunn til å forvente at de har en vesentlig annen andel av kvinnehelserelaterte forskningsprosjekter. 79 aktive prosjekter er identifisert, og samlet har Forskningsrådet finansiert kvinnehelseprosjekter for omlag 413 millioner kroner i perioden 2018–2021, med et gjennomsnitt per år på 102 millioner kroner. Kartleggingen viser at Norge har faglig sterke forskningsmiljøer innenfor kvinnehelseforskning.

I arbeidet med Folkehelsemeldinga ble det foretatt en analyse av forskning på folkehelse, også opp mot sykdomsbyrde i befolkningen. Her framkom det at forskning på folkehelse tiltak og kvinner med minoritetsbakgrunn, samt folkehelse tiltak innen muskel- og skjelettsykdommer ikke gjenspeilte sykdomsbyrden. Folkehelseinstituttet har, basert på oversiktsstudier, vurdert at det er for liten kunnskap og forskning på folkehelse tiltak om ensomhet, som rammer flere kvinner enn menn i yngre år og over 75 år.

Det er behov for mer kunnskap om tilstander hvor det ikke er avdekket sikre sykdomsmekanismer, diagnose spesifikk tester eller virksom behandling. Det er behov for forskning som vurderer mulige kurative behandlinger og forskning om symptomreduserende tiltak. I NOU 2023: 5 vises det til litteratur om at pasienter med uforklarte plager og symptomer har økt forekomst av depresjon og angst. I tillegg er gruppen assosiert med redusert livskvalitet, høy bruk av helsetjenester og kostnader forbundet med tapt produktivitet. Helseplagene påvirker ofte pasientens funksjonsnivå med tilbaketrekning fra sosialt liv og/eller yrkesdeltakelse. Regjeringen vil, innenfor eksisterende ramme, prioritere at de øremerkede midlene til kvinnehelse og kjønnsperspektiver i Forskningsrådet benyttes til forskning på lidelser, plager og sykdommer som i særlig grad rammer kvinner, slik som eksempelvis medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS).

Det kan være en utfordring at det er få miljøer som forsker særskilt på slike lidelser og plager. I stedet for at den strategiske satsingen lyser ut midler på prosjektnivå, kan det for en begrenset periode på eksempelvis ti år være aktuelt å benytte de aktuelle midlene til å bygge opp forskningsmiljøer innenfor slike lidelser og plager. Forskningsrådet kan få ansvaret for å definere, konkretisere og utforme forskningsområdet, herunder å vurdere om muskel- og skjelettlidelser også skal inngå.

Innovasjon og digitalisering innenfor kvinnehelse

Regjeringen er opptatt av at det legges til rette for utvikling av ny teknologi og innovasjon som kan gi bedre helsetjenester for alle. Da er det mye å lære av den raske utviklingen innenfor kvinnehelseteknologi.

De generelle virkemidlene som Helse- og omsorgsdepartementet forvalter, har ingen konkrete føringer om kvinnehelse, og gjelder for begge kjønn. Det skjer et betydelig arbeid med digitalisering og utvikling av teknologiske løsninger innenfor helse- og omsorgstjenesten, både i offentlig regi og finansiert av private tjenestetilbydere. Et godt innovasjonseksempel er digitalt helsekort for gravide som er et verktøy for informasjonsformidling i svangerskapsomsorgen:

<https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/helsekort-for-gravide>

Velkommen til Mamma Mia!

Mamma Mia er et unikt forskningsbasert selvhjelpsprogram som fremmer helse og trivsel for mor, barn og partner under graviditeten og etter fødsel. Både når alt går som en drøm, og når livet er litt vanskelig. Programmet er gratis.

Mamma Mia er brukt av over 8000 kvinner, og studier viser at brukerne opplever økt velvære i hverdagen og får redusert risiko for fødselsdepresjon. Nå er Mamma Mia tilgjengelig som app.

Mamma Mia leveres av Changetech for Norske Kvinners Sanitetsforening og Helsedirektoratet <https://www.mammamia.app>

Det utvikles stadig nye teknologiske løsninger og innovasjoner som kan bidra til å avlaste personellet, og bidra til økt produktivitet i vår felles helse- og omsorgstjeneste. Dette arbeidet er viktig også fordi tilgangen til arbeidskraft i sektoren vil bli en flaskehals fremover, ifølge Helsepersonellkommisjonen. Andelen sysselsatte kvinner med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og sosialtjenester var 82,5 prosent i 2022 (SSB). NOU 2023: 4 *Tid for handling* viser til at andre løsninger må vurderes, slik som personellbesparende teknologier og innovasjoner som kan sikre gode helse- og omsorgstjenester framover. Både kommuner og spesialisthelsetjenesten må sette i verk tiltak som reduserer veksten i personellbehovet.

Helse er et stort område innenfor femtech. Femtech er et relativt nytt begrep som omhandler varer og tjenester som bruker teknologi på områder som er særlig viktige for kvinner. Det inkluderer en rekke digitale verktøy og enheter, avanserte materialer, mobilapplikasjoner, hygieneprodukter og annet. I Norge finnes virksomheter innenfor femtech som bidrar til at næringslivet i enda større grad enn tidligere løser utfordringer som er viktige for kvinner. Ifølge «Global femtech

startups 2024 list» er det på globalt nivå mange initiativer innenfor femtech. Her nevnes kroniske lidelser, reproduktiv helse, onkologi, ernæring og helse mm.⁴⁶

Gjennom statsbudsjettet er det i 2024 satt av 150 millioner kroner til etablering av en helseteknologiordning. Ordningen skal tilrettelegge for innføring av teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2024 vil tilskudd gis til områdene velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging og journalløsninger. Ordningen, som i sin utforming er kjønnsnøytral, vil kunne bygges ut over tid, og skal på sikt kunne omfatte alle typer helseteknologi.

System for nasjonale tjenester og kvinnehelse

I spesialisthelsetjenesten er det etablert et system for nasjonale tjenester. Nasjonale tjenester er en fellesbetegnelse for nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. De nasjonale og flerregionale behandlingstjenestene tilbyr utredning og behandling for i hovedsak en liten gruppe pasienter som har behov for høyspesialisert kompetanse, eller bruk av spesialisert medisinsk utstyr.

Disse tjenestene skal være likeverdig tilgjengelig uansett hvor i landet en pasient bor. Det er flere nasjonale behandlingstjenester som er rettet mot kvinner, som for eksempel Nasjonal behandlingstjeneste for kvinner med malign trofoblastsykdom⁴⁷ og Nasjonal behandlingstjeneste for fertilitetsbevarende behandling av eggstokkvev. De nasjonale kompetansetjenestene skal sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning innenfor sitt spesifiserte fagområde til en definert målgruppe i helsetjenesten. De nasjonale kompetansetjenestene skal ikke drive pasientbehandling, men kan enten ha funksjon «opplæring» med en virketid på fem år eller funksjon «kompetanseoppbygging» med en virketid på ti år. Hensikten med avgrenset funksjonstid er å ha et dynamisk system som setter krav til spredning av kompetanse innenfor funksjonstiden, og som åpner opp for etablering av nye kompetansetjenester på områder med behov for kompetansespredning. Etter endt funksjonstid kan tjenestene videreføres som kvalitets- og kompetansenettverk eller i annen form i regi av de regionale helseforetakene. I 2023 ble en tjeneste for endometriose og adenomyose godkjent som nasjonal kompetansetjeneste ved Oslo universitetssykehus HF. I tillegg finnes en tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdommer. Tjenesten drifter blant annet Norsk kvinnelig inkontinensregister. Virksomheten Nasjonal kompetansetjeneste for amming ble overført til Folkehelseinstituttet i 2022. Etter omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen som trådte i kraft i januar 2024, er miljøet delt mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Den nasjonale kompetansetjenesten for gynekologisk onkologi ble i januar i 2024 omorganisert til nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk. De nasjonale kompetansetjenestene kan ha forskningsprosjekter innenfor sykdommer som rammer både menn og kvinner, men der den største andelen er kvinner.

⁴⁶ Global femtech startups 2024 list | Dealroom.co

⁴⁷ Malign trofoblast er en kreftsvulst utgående fra morkakens celler under graviditet

Oversikt over de godkjente nasjonale tjenestene finnes på Helsedirektoratets nettsider: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten/oversikt-over-nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten>

Forebygging, utredning, behandling og oppfølging av kvinners helse i helse- og omsorgstjenesten er kunnskapsbasert

Når myndighetene gir råd til befolkningen og når fagpersoner diagnostiserer, behandler og gir veiledning om kvinners helse, blir det tatt faglige avgjørelser om medisinske forhold og lagt vekt på kvinnenenes eget ansvar og mulighet for å følge opp og mestre ulike tilstander. En fortsatt prioritering av helseforskning og oppmerksomhet på kunnskapsbasert praksis (KBP) er viktig. Det innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.

Det er også viktig at fagfolk har muligheter for å utvikle ferdigheter til å finne, analysere og implementere relevant forskning i arbeidshverdagen. Arbeidsmiljøet må være mottakelige for å endre praksis. Støtte fra ledere på alle nivå er avgjørende for å lykkes med kvalitetsutviklingen.

● Mål 3: Bedre kvalitet gjennom økt kunnskap om kvinners helse

Tiltak:

- Bidra til at forebygging, utredning, behandling og oppfølging av kvinners helse i helse- og omsorgstjenesten er kunnskapsbasert
- Videreføre prioriteringen av kvinnehelse og ivaretagelsen av kjønnsperspektivet i Forskningsrådet
- Stimulere til at kunnskap om kvinnehelse tas i bruk gjennom bedre tilrettelegging for implementering av forskningsresultater i praksis
- Innarbeide kjønnsperspektivet ved revisjon og utvikling av nye nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp



Kvinnehelseutvalgets forslag til tiltak med kommentarer

Her vises en oversikt over kvinnehelseutvalgets 75 tiltak og hvordan forslagene til tiltak allerede er fulgt opp eller planlegges fulgt opp. Som det framgår er noen av tiltakene allerede fulgt opp eller de vil bli fulgt opp som ledd i andre prosesser. Andre tiltak vil måtte utredes og noen igjen følges ikke opp.

Tiltakene i strategien må konkretiseres og gjennomføres av helsemyndighetene og helse- og omsorgstjenesten innenfor deres ansvarsområder og økonomiske rammer. Det vil også være behov for å samarbeide med andre departementer. På enkelte områder kan det være aktuelt å vurdere omdisponering av ressurser og budsjettmessig styrking av kvinnehelsefeltet, men dette må håndteres i framtidige budsjettprosesser.

TILTAK	KOMMENTAR
Tiltak 1: Etablere en nasjonal komité for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv	Regjeringen støtter det innholdsmessige i tiltakene som foreslås, og Folkehelseinstituttet skal utarbeide kunnskapsoversikter og Senter for klinisk dokumentasjon (SKDE) skal kartlegge kjønnsforskjeller i bruk av helsetjenester i spesialisthelsetjenester (se omtale i kap. 4)
Tiltak 2: Prioritere arbeidet med å innføre ny finansieringsmodell for fødselsomsorgen	Tiltaket er omtalt og fulgt opp i Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste</i>
Tiltak 3: Gjennomgå dagens diagnoserelaterte grupper (DRG) for å sikre at finanseringsystemet i spesialisthelsetjenesten legger til rette for prioritering av kvinnehelse	Tiltaket er omtalt og fulgt opp i Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste</i>
Tiltak 4: Gjennomgå og endre takster i kommunehelsetjenesten for å sikre at prioritering av kvinnehelse belønnes økonomisk	Pasienttilpasset basistilskudd - fastleger (pasienter med forventet høyere bruk av fastlegetjenester utløser høyere basistilskudd, blant annet kvinner i fertil alder)
Tiltak 5: Innføre krav om kjønnsperspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning	Kvinnehelsestrategien
Tiltak 6: Øke finansiering av forskning knyttet til kvinners helse	Kvinnehelsestrategien omtaler hvordan regjeringen finansierer forskning knyttet til kvinners helse. Med forbehold om prioritering i framtidige budsjettprosesser
Tiltak 7: Styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning	Kvinnehelsestrategien. Jf. vedtak i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett og tildeling på kroner 5 millioner kroner til kvinnehelseportal. Oppdraget er tildelt Helse Sør-Øst v/Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning. Etableringen skal skje i samarbeid med Kilden og andre relevante forskningsmiljøer.
Tiltak 8: Lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv	Kvinnehelsestrategien. Eventuelle budsjettøkninger inngår i de ordinære budsjettprosessene

TILTAK	KOMMENTAR
Tiltak 9: Øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmennmedisinske forskningsenhetene	Del av prosess med utredning av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Med forbehold om prioritering i framtidige budsjettprosesser
Tiltak 10: Etablere en tverr-departemental arbeidsgruppe for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv	Tiltaket ses i sammenheng med kommende strategi for likestilling mellom kvinner og menn og NOU 2024: 8 <i>Likestillingens neste steg</i>
Tiltak 11: Opprette en sentral fagenhet for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv	Se omtale tiltak 1
Tiltak 12: Sikre befolkningen tilgang til gode helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi	Kvinnehelsestrategien og Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 — Vår felles helsetjeneste</i>
Tiltak 13: Utrede nye finansieringsordninger for samhandling	Tiltaket er omtalt og fulgt opp i Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 — Vår felles helsetjeneste</i> . Samhandlingsmidler er lagt inn i budsjettet for 2024 og styrket i RNB
Tiltak 14: Etablere systemer for å ivareta et kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet	Kvinnehelsestrategien
Tiltak 15: Gjennomgå og oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer og helsetilstander som rammer kvinner	Kvinnehelsestrategien
Tiltak 16: Innlemme kjønn og hvordan kjønn påvirker helse, sykdom og behandling i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger	Kvinnehelsestrategien. Ved revidering av forskrift om felles rammeplan og ved revidering av relevante utdanninger i RETHOS skal det vurderes om helsekompetanse, kjønnsforskjeller i helse og kjønns betydning for helse er tilstrekkelig ivaretatt
Tiltak 17: 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)	Se over

TILTAK	KOMMENTAR
Tiltak 18: Etablere et samarbeidsnettverk for kjønn, helse og teknologi	Tiltaket utredes nærmere. Direktoratet for e-helse er nå en del av Helsedirektoratet og et ev. oppdrag må gis til Hdir. Tiltaket ses i sammenheng med tiltak 20 og 21
Tiltak 19: Tilrettelegge for bedre utnyttelse av helsedata i arbeidet med kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse	Kvinnehelsestrategien
Tiltak 20: Etablere bedre systemer for kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern	Omtalt i Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste</i> og følges opp som ledd i oppfølging av Meld. St. 23 (2022–2023) <i>Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)</i> . Vi viser også til rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern (2023)
Tiltak 21: Oppdatere nåværende og gi ny kjønnsesifikk informasjon på helsenorge.no	Ved behandling av revidert nasjonalbudsjett for budsjettåret 2024 vedtok Stortinget å tildele 0,3 millioner kroner til formålet
Tiltak 22: Etablere en digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap om kvinnehelse	Ved behandling av revidert nasjonalbudsjett for budsjettåret 2024 vedtok Stortinget å tildele 5 millioner kroner til formålet
Tiltak 23: Øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper	Kvinnehelsestrategien. Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste</i> . Jf. tiltak 21 og 22
Tiltak 24: Etablere et brukerutvalg for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv	Helse- og omsorgsdepartementet har startet prosess med å utvide Kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenesten med en kvinnehelserepresentant
Tiltak 25: Iverksette forskning på hvordan kvinner med kvinnelidelser blir behandlet i tjenestene	Temaet kan dekkes gjennom forskningsrådets utlysninger
Tiltak 26: Utrede muligheten for et nasjonalt kvalitetsregister for kvinnehelselidelser	Det er opp til tjenestene selv, jf. at det er de regionale helseforetakene som vurderer og søker om godkjenning av kvalitetsregister

TILTAK	KOMMENTAR
Tiltak 27: Nasjonal brukerundersøkelse om kjønnsforskjeller i pasienters møte med helse-tjenesten	Nasjonale brukerundersøkelser omtalt i Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 — Vår felles helsetjeneste</i>
Tiltak 28: Prioritere arbeidet med å gjøre helse- og omsorgstjenesten bedre i stand til å forebygge, avverge og avdekke vold og overgrep mot barn	Følges opp i Prop. 36 S (2023–2024) <i>Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner</i> og i Folkehelsemeldinga og budsjetter
Tiltak 29: Styrke helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten	Omtalt i Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste</i> . Vi viser også til nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og den budsjettmessige styrkingen til tjenestene foregående år
Tiltak 30: Innføre fritak for egenandel ved legebesøk for ungdom mellom 16 og 18 år	Tiltaket må utredes nærmere i forbindelse med kommende stortingsmelding om allmennlegetjenesten
Tiltak 31: Gjøre prevensjon gratis for alle under 25 år	Nedre aldersgrense på 16 år for bidrag til prevensjon er opphevet. Aldersgrensen går opp til 22 år og videre utvidelse må utredes nærmere
Tiltak 32: Styrke tilbudet til barn og unge med spiseforstyrrelser	Omtalt i Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 — Vår felles helsetjeneste</i> og følges opp som ledd i oppfølging av Meld. St. 23 (2022–2023) <i>Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)</i> . I statsbudsjettet for 2022 ble det bevilget 15 millioner kroner til styrket arbeid med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser. Helsedirektoratet skal utvikle program for styrket kunnskap og kompetanse om spiseforstyrrelser, samt utvikle modeller for kommunale tilbud og samhandlingstiltak for personer med spiseproblemer og spiseforstyrrelser
Tiltak 33: Styrke seksualundervisningen på barne- og ungdomsskolen	Tiltaket må utredes nærmere og vurderes ifm strategi for seksuell helse

TILTAK	KOMMENTAR
Tiltak 34: Heve kompetansen om kjønn og helse blant lærere og barnehagelærere	Tiltaket må utredes nærmere
Tiltak 35: Prioritere forskning på psykiske lidelser	Meld. St. 23 (2022–2023) <i>Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)</i>
Tiltak 36: Prioritere forskning på effektiv behandling av psykiske lidelser og sikre at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandling	Som over
Tiltak 37: Sikre effektive tiltak mot seksuell trakassering i skolen	Følges opp i kommende stortingsmelding om seksuell trakassering (KUD)
Tiltak 38: Prioritere arbeidet med å sikre gode helsetjenester til pasienter med endometriose og adenomyose	Kvinnehelsestrategien
Tiltak 39: Styrke vulvapoliklinikker i alle helseregioner	Tiltaket må blant annet utredes for helsepersonellkonsekvenser, men vurderes i forbindelse med arbeid med oppdragsdokument til de regionale helseforetakene
Tiltak 40: Sikre trygg og god svangerskaps-, fødsels- og barseloppfølging uavhengig av bosted	Fulgt opp i Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste</i>
Tiltak 41: Styrke lavterskeltilbudet for mødre helse i kommune- og spesialisthelsetjenesten	Kvinnehelsestrategien
Tiltak 42: Sikre systematikk i arbeidet med å kartlegge og følge opp psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel	Fulgt opp i Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste</i> . I tillegg vil foreldrestøtte og barnets første 1000 dager inngå i kommende stortingsmelding om sosial utjevning og mobilitet
Tiltak 43: Styrke tilbudet om flerkulturell doula for gravide	Kvinnehelsestrategien
Tiltak 44: Sikre papirløse gravide rett til helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel	Tiltaket må utredes nærmere

TILTAK	KOMMENTAR
<p>Tiltak 45: Bedre oppfølging etter provosert abort og spontanabort</p>	<p>Oppfølging etter provosert abort følges opp i forslag til ny abortlov.</p> <p>Når det gjelder spontanabort vises det til styrking av fastlegeordningen og til at helseregionene har fått i oppdrag å sørge for at kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort skal få tilbud om oppfølging fra helsepersonell. Vi viser også til tiltak 21 om styrking av helsenorge.no. Ung.no har også informasjon om abort</p>
<p>Tiltak 46: Prioritere elektronisk helsekort for gravide</p>	<p>Fulgt opp Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste</i>. Jf. bevilgning til formålet i 2024 og oppdrag til Norsk helsenett SF og Helsedirektoratet</p>
<p>Tiltak 47: Etablere kjønnsesifikke behandlingstilbud for kvinner og menn innen rusomsorg</p>	<p>Helseforetakene tar i stor grad allerede i dag særlige hensyn til kjønn innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tiltaket er også videre fulgt opp gjennom nytt oppdrag til de regionale helseforetakene om å sørge for at det bygges opp kapasitet i behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner med ruslidelse. Voldsutsatte kvinner med ruslidelse er blant de mest sårbare pasientene med behov for de mest spesialiserte tjenestene</p>
<p>Tiltak 48: Sikre et likeverdig helsetilbud for de mest sårbare kvinnene i norske fengsel</p>	<p>HOD bevilget 15 millioner kroner til nasjonal forsterket fellesskapsavdeling i Skien fengsel i 2023. Justis- og beredskapsdepartementets bevilgning til samme formål kommer i tillegg</p>
<p>Tiltak 49: Øke forskning på helsekonsekvenser av vold mot kvinner i tilknytning til samlivsbrudd</p>	<p>Problemstillingen kan dekkes gjennom Forskningsrådets utlysninger. Regjeringen bevilger også midler til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Med forbehold om prioritering i framtidige budsjettprosesser</p>
<p>Tiltak 50: Oppnevne et offentlig utvalg som ser særlig på kvinners arbeidshelse</p>	<p>Offentlig utvalg er nedsatt</p>

TILTAK	KOMMENTAR
Tiltak 51: Etablere et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter	Forslag om nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten foreslås av tjenestene selv
Tiltak 52: Utvide muligheten for blå resept eller individuell refusjon i forbindelse med hormonbehandling i overgangsalderen	Kvinnehelsestrategien omtaler at det skal vurderes tiltak som gir bedre tilgang til hormonbehandling for kvinner som ønsker og vil ha nytte av slik behandling
Tiltak 53: Øke kunnskapen om overgangsalder og arbeidsliv	Utvalg som skal se på kvinners arbeidshelse, jf. tiltak 50
Tiltak 54: Prioritere forebyggende behandling av beinskjørhet	I forbindelse med behandlingen av Nasjonal helse- og samhandlingsplan vedtok Stortinget følgende anmodningsvedtak (4. juni 2024): Vedtak 687: <i>Stortinget ber regjeringen om å sikre at kjønnsperspektivet blir ivaretatt i behandlingsretningslinjene når de oppdateres, og ber regjeringen foreta en særskilt oppdatering av retningslinjene for typiske kvinnesykdommer der de starter med å oppdatere Nasjonal prioriteringsveileder for kvinnesykdommer, retningslinjer for angst og depresjon og de faglige retningslinjene for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd</i>
Tiltak 55: Sikre geriatrisk kompetanse i helse- og omsorgstjenesten	Følges opp som del av oppfølgingen av Meld. St. 24 (2022–2023) <i>Fellesskap og meistring — Bu trygt heime</i> . Jf. Nasjonal helse- og samhandlingsplan hvor det framgår at det skal utredes en egen legespesialitet i alders- og sykehjemsmedisin
Tiltak 56: Innføre retningslinjer for helse- og omsorgspersonell som sikrer at alle eldre pasienter blir spurt om de har erfaring med vold eller overgrep	Retningslinje er utarbeidet av Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Temaet vold og overgrep mot eldre er omtalt her
Tiltak 57: Opprette et forskningsprogram for eldre kvinners helse	Eldre kvinners helse kan dekkes gjennom Forskningsrådets utlysninger

TILTAK	KOMMENTAR
Tiltak 58: Hyppig, rutinemessig og systematisk medikamentgjennomgang hos eldre	Del av det generelle kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Pasientens legemiddelliste innføres også som en del av digital samhandling
Tiltak 59: Nasjonale retningslinjer for å sikre riktig bolig og kosthold for eldre	Følges opp som del av oppfølgingen av Meld. St. 24 (2022–2023) <i>Felleskap og meistring — Bu trygt heime</i>
Tiltak 60: Kvalitetsutviklingsprosjekt for å sikre verdighetsbevarende omsorg ved livets slutt	Omtalt i ulike Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp utarbeidet av Helsedirektoratet, som skal ligge til grunn for kvalitetsutviklingsarbeid i tjenestene
Tiltak 61: Stimulere til mer forskning om samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønns-perspektiv	Kvinnehelsestrategien
Tiltak 62: Sørge for systematikk i arbeidet med å sikre samisk språk- og kulturkompetanse i helse- og omsorgstjenestene	Kvinnehelsestrategien
Tiltak 63: Styrke tilskuddsordningen for fagutvikling og kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene til samiske brukere	Tiltaket må utredes nærmere
Tiltak 64: Utarbeide en nasjonal handlingsplan mot samehets og styrke den nasjonale innsatsen mot samehets	Regjeringen har startet arbeidet med en handlingsplan
Tiltak 65: Sikre et likeverdig og kultursensitivt behandlingstilbud for samiske pasienter som har vært utsatt for vold og overgrep	Følges opp i Prop. 36 S (2023–2024) <i>Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner</i>
Tiltak 66: Styrke krisesentertilbudet i det samiske bosettingsområdet	Barne- og familiedepartementet har sendt forslag til endringer i lov om krisesenter på høring
Tiltak 67: Etablere fagnettverk for samordning av selvmordsforebygging i den samiske befolkningen	Ses i sammenheng med øvrig arbeid innenfor helsetjenester til den samiske befolkningen

TILTAK	KOMMENTAR
<p>Tiltak 68: Sikre at seksualundervisning tilbys på samiske språk</p>	<p>Tiltaket må utredes nærmere og vurderes ifm strategi for seksuell helse</p>
<p>Tiltak 69: Styrke kunnskapsgrunnlaget om pårørende og utarbeide ny pårørendestrategi og handlingsplan 2025–2030</p>	<p>Kvinnehelsestrategi. Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 — Vår felles helsetjeneste</i>. Vi viser også til utvalget som skal se på kvinners arbeidshelse</p>
<p>Tiltak 70: Utrede behov for endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene for pårørende</p>	<p>Anmodningsvedtak 147 i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 24 (2022–2023) <i>Fellesskap og meistring — Bu trygt heime</i> jf. Innst. 112 S (2023–2024). <i>Stortinget har bedt regjeringen å gjennomgå og forbedre regelverket for pårørendes permisjonsmuligheter i arbeidslivet for å sikre likestilling og bedre mulighetene til å kombinere arbeid og omsorg uten å pådra seg økonomiske problemer eller falle ut av arbeidslivet.</i> Det er nedsatt en arbeidsgruppe bestående av Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet</p>
<p>Tiltak 71: Øke kompetanse om pårørendesamarbeid blant helsepersonell</p>	<p>Regjeringen har lansert samarbeidsverktøyet Pårørendeavtaler. Verktøyet skal bidra til pårørendemedvirkning, bedre informasjon og mer forutsigbarhet for pårørende. Helsedirektoratet har innarbeidet samarbeidsverktøyet som en del av Pårørendeveilederen. Helsedirektoratet har utarbeidet verktøyet i samarbeid med representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, KS, kommuner og utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester og det er utarbeidet materiell som kan brukes i opplæringen av ansatte i kommunen</p>

TILTAK	KOMMENTAR
<p>Tiltak 72: Prioritere arbeidet med å implementere pårørendeavtaler i helse- og omsorgstjenesten</p>	<p>Regjeringen har lansert samarbeidsverktøyet Pårørendeavtaler. Verktøyet skal bidra til pårørendemedvirkning, bedre informasjon og mer forutsigbarhet for pårørende. Helsedirektoratet har innarbeidet samarbeidsverktøyet som en del av Pårørendeveilederen</p>
<p>Tiltak 73: Styrke tilskuddsordningen om helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver</p>	<p>Se også tiltak 69–72</p>
<p>Tiltak 74: Styrke og videreutvikle informasjon til pårørende på helsenorge.no</p>	<p>Tiltak i Meld. St. 24 (2022-2023) Felleskap og meistring - Bu trygt heime. Se også tiltak 70, 71 og 72. Pårørendeinvolvering kan også gjøres gjennom digihelse på helsenorge: https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/meldinger-og-kalender-pa-helsenorge.no-digihelse/</p>
<p>Tiltak 75: Styrke frivillighetens rolle i pårørendearbeid</p>	<p>Pårørendestrategien. Pårørende eget innsatsområde i Bo trygt heime. Meld. St. 9 (2023–2024) <i>Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 — Vår felles helsetjeneste</i></p>



Oversikt over sentrale dokumenter

Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*

Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*

Meld. St. 24 (2022–2023) *Felleskap og meistring — Bu trygt heime*

Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap — Fra pandemi til krig i Europa*

Prop. 36 S (2023–2024) *Opptappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner*

Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 - Vår felles helsetjeneste*

Meld. St. 12 (2023–2024) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv. Folkehelse og levkår i den samiske befolkningen*

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00
Publikasjoner er også tilgjengelige på:
www.regjeringen.no
Publikasjonskode: I-1220 B

Design og illustrasjon: Melkeveien Designkontor AS
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
10/2024 – opplag 500

