



NORSK  
SYKEPLEIERFORBUND

## Innspill til Kvinnehelseutvalget

Norsk Sykepleierforbund (NSF) takker for muligheten til å gi innspill til Kvinnehelseutvalget.

Det er behov for en kjønns sensitiv politikkutforming i Norge. Med kjønns sensitiv mener vi at man tar hensyn til kjønn og kjønnsforskjeller i forskning på helse og ved utvikling av helsetjenestetilbud<sup>1</sup>. Kvinnehelse er en særlig aktuell tematikk for oss som organisasjon og for våre medlemmer, der en stor andel er kvinner. Kvinnelige sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre sin arbeidshelse er av avgjørende betydning for å opprettholde og utvikle en kompetent, tilgjengelig og faglig forsvarlig helsetjeneste – som i sin tur bidrar til bedre helse for alle kvinner. Kvinnehelsen angår imidlertid alle våre medlemmer uavhengig av kjønn, både personlig og profesjonelt – vi møter kvinner gjennom hele livsløpet og i ulike stadier av helse og sykdom.

I arbeidet med dette innspillet har vi i tillegg til fagavdelingene involvert representanter for våre faggrupper og rådet for sykepleieetik. Vi svarer opp utvalgets spørsmål vedr. tiltak og belyser i tillegg noen tema vi mener er særlig relevante. Vi har tidligere pekt på at utredningen spesifikt må omhandle tjenesteutvikling - dette berører i stor grad våre profesjonsgrupper og tjenesteområdene de jobber i. Vi opplever å ha blitt hørt på dette. Det vi savner fra utvalgets side er tema arbeidshelse. Vi belyser derfor dette spesielt.

### Våre viktigste innspill og forslag til tiltak:

- **Kvinner må aktivt involveres i utvikling av tjenestetilbudene- lokalt og nasjonalt, og vi må innhente mer kunnskap om hvilke tilgjengelige tjenester kvinner i ulike livssituasjoner og -faser ønsker.**
- **Kunnskap om og tiltak for utvikling av kjønns sensitive og kjønns spesifikke helsetjenester må videreutvikles, og omfatte utvikling av diagnoseverktøy og behandlingstilbud.**
- **Forskning på helseplager og sykdommer som særlig rammer kvinner styrkes**
- **Forskning på og utvikling av helsefremmende faktorer og tiltak gjennom hele livsløpet styrkes.**
- **Kvinner arbeidshelse og arbeidsmiljø må løftes fram som eget tema.**
- **Reglene om yrkesskadeerstatning og yrkessykdom må oppdateres slik at de også dekker skader og sykdommer som er typiske i kvinnedominerte yrker, som sykepleie.**
- **Finansieringsordninger og organisering av helse- og omsorgstjenestene må ivareta kvinneperspektivet.**

<sup>1</sup> <https://www.uib.no/skok/ki%C3%B8nnspektiv/107698/helse-og-demografisk-ndring#-quot-big-data-quot-m-brukes-p-en-kj-nssensitiv-m-te-nbsp->

## Innledende kommentarer

Sunn og god kvinnehelse og et kjønnsperspektiv på helse er avgjørende på mange nivå; for den enkelte kvinne, men også for samfunnet som helhet. Kvinner og menn lever fortsatt ganske ulike liv, til tross for at Norge er et likestilt samfunn. Skal vi redusere den sosiale ulikheten i samfunnet og realisere bærekraftmålene er en betydelig satsing på kvinners helse av avgjørende betydning.

Kvinnens helse – i likhet med menns – grunnlegges i svangerskapet og de første leveårene. Vi er derfor opptatt av kvinnehelsen i et livsløpsperspektiv. Det er viktig at kvinnehelsen ikke bare beskrives ut fra sårbarhet, mangler og svikt, men også ut fra et helsefremmende perspektiv med vekt på kvinners særlige styrker, ressurser og mestringsevne.

Det er kjønnsforskjeller i både forekomst av, risikofaktorer for og symptomer på sykdom. Kvinners symptomer er ofte mer diffuse enn menns, og diagnoseverktøyene i stor grad basert på menns symptombylde. Et eksempel på dette er hjerteinfarkt<sup>2</sup>. Et annet er identifisering av autisme hos jenter<sup>3</sup>. Det er kjønnsforskjeller innen kreft, psykiske lidelser og kroniske sykdommer. Kvinner med muskel-skjelettlidelser er fastlegenes største pasientgruppe<sup>4</sup>. Blant kvinnene med nedsatt funksjonsevne opplever nesten 1 av 3 betydelige psykiske vansker, mens 1 av 4 menn med nedsatt funksjonsevne melder om det samme<sup>5</sup>.

God helse gjennom livsløpet handler ikke bare om *antall* leveår, men om *livskvalitet* i årene. Kvinner blir i snitt eldre enn menn, men har også langt færre år av god kvalitet. Gitt en forventet levealder på henholdsvis 84,5 år og 81,2 år (i 2018), vil kvinner ha rundt 15 år og menn om lag 9 år med begrensninger i sin livsutfoldelse på grunn av redusert helse. Mange kan forvente en enslig alderdom hvor de også opplever mer sykdom<sup>6</sup>. Dette medvirker til at flere kvinner er avhengige av offentlige pleie- og omsorgstjenester. Fortsatt får kvinner som pårørende til personer med demens færre helsetjenestetilbud enn menn som pårørende, noe som fører til kvinners doble omsorgsbelastning med omsorg for seg selv, barn og syke foreldre.

**Samlet gir dette grunn for utvikling av kjønnssensitive og til dels kjønnsspesifikke helsetjenester. Kvinnehelsestrategien må sees i lys av bærekraftmålene.**

## Tiltak

Kvinnehelseutvalget ønsker kunnskap om hva som vil være de viktigste tiltakene som kan bidra til likeverdige helsetjenester, til å styrke ivaretagelsen av kvinners helse og kjønnsperspektivet i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene og helsefaglig forskning og -utdanning.

### Hva vil være de viktigste tiltakene for å få til likeverdige helsetjenester

- Kvinner må aktivt involveres i utvikling av tjenestetilbudene- lokalt og nasjonalt.
- Å skaffe oss mer kunnskap om hvilke tilgjengelige tjenester kvinner ønsker.
- Øke bevisstheten og kunnskapen blant helsepersonell om kjønnssensitive helsetjenestetilbud.
- Yrkesskadereglene må endres slik at skader og sykdommer som er typiske i kvinnedominerte yrker også omfattes.
- Utvikling av tjenestetilbud for grupper av kvinner med særlige behov.
- Diagnoseverktøy og behandlingstilbud må utvikles mtp. kjønnsforskjeller.
- Finansieringsordningene må avspeile kjønnsspesifikke utfordringer. Se egen omtale.

<sup>2</sup> <https://www.uib.no/med/119381/%E2%80%93store-kj%C3%B8nnsforskjeller-ved-hjerteinfarkt>

<sup>3</sup> <https://kjonnsforskning.no/nb/2022/02/vi-ma-bli-bedre-til-tolke-symptomer-pa-autisme-og-adhd-hos-jenter>

<sup>4</sup> <https://forskning.no/vi-mangler-kunnskap-om-kvinnehelse/266124> (2018)

<sup>5</sup> [https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/nedsatt\\_funksjonsevne/Helse/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Helse/)

<sup>6</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/?term=&h=1>

## Tiltak som kan bidra til å styrke ivaretagelsen av kvinners helse og kjønnsperspektivet

### *I folkehelsearbeidet*

Helsefremmende (salutogene) faktorer bør forsterkes gjennom alle livsfaser. To eksempler:

- Tiltak i folkehelsearbeidet rettet mot barn og deres familier er et viktig ledd i å styrke kvinners helse. I et folkehelseperspektiv må salutogene (helsefremmende og mestrende) strategier vektlegges. Dette er en primær oppgave for helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og for helsesykepleiere. Denne tjenestens rammevilkår må styrkes, for å bidra til at unge jenter utvikler en god fysisk, psykisk og seksuell helse.
- Gjennom likeverdig tilgang på jordmørtjenester landet over kan man legge til rette for å normalisere/unngå sykeliggjøring av normale svangerskap og fødsler. Trygge rammer rundt svangerskapet med kjent jordmor og tidlig kontakt vil styrke kvinners kunnskap om egen kropp og helse gjennom svangerskapet og forebygge sykdom/sykemelding.

### *I helse- og omsorgstjenestene*

Helse- og omsorgstjenestene må rustes med riktig kompetanse brukt på riktig sted, med myndighet og rammevilkår for å møte helseutfordringene som kvinner i alle aldre og livssituasjoner erfarer. Stadig flere oppgaver skyves over fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse- og omsorgstjenester, uten at ressurser følger med. Dette er kvinnedominerte tjenester som preges av nærmest ubegrenset arbeidsmengde, men også stort engasjement. Belastningen det medfører å hele tiden bistå mennesker i tøffe livssituasjoner blir lite anerkjent, og ansvaret for ivaretagelse av egen arbeidshelse og begrensnings av belastninger blir i for stor grad privatisert. Det er nødvendig å se på valg av organisasjonsmodeller som kan bidra til ivaretagelse over tid, med tanke på emosjonell påkjenning og stress for ansatte i disse tjenestene.

Finansieringssystemene i helse- og omsorgstjenestene er i vesentlig grad knyttet til aktivitet i sykehus og legetjenesten (avtalespesialister og fastleger). Det er også drivere som skal stimulere til å flytte aktivitet fra sykehus til kommuner. Dette er viktig i et kjønnsperspektiv fordi virkningen av dagens finansieringssystem blir at alt som ikke passer inn i andre tjenester eller anses som tilstrekkelig kostnadseffektivt skyves mot helse- og omsorgssektoren. Den store kvinnedominerte omsorgssektoren utgjør på en måte sikkerhetsnettet for hele helsetjenesten og har ikke muligheter til å sende pasienter bort.

Økonomiske virkemidler for å sikre forsvarlig kompetanseutvikling i omsorgssektoren eksisterer omtrent ikke. Kun 10 prosent av midlene fra Kompetanseløft 2025 går til disse tjenestene til tross for at sektoren er ti ganger større enn øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Omsorgssektoren mangler i stor grad systemer som sikrer at kompetansen matcher pasientbehovene, at ressurser og ansvar henger sammen, kompetansestøtte, systematiske kvalitetsindikatorer eller data på pasientbehovene og har nesten ikke midler til å drive forskning. Likevel så er det i de fleste planer og reformer for helse- og omsorgstjenestene sagt at det er omsorgssektoren som skal håndtere veksten i behov hos befolkningen i årene som kommer.

Vi vet at det er en bærekraftsutfordring at 5 prosent av pasientene står for 50 prosent av ressursbruken på begge forvaltningsnivåer. Det økende antallet skrøpelige multisyke eldre i kommunene får en vesentlig del av sin helsefaglige oppfølging av sykepleiere. Ansvaret som disse tjenestene tar anerkjennes i liten grad og finansieringen for denne aktiviteten tilfaller fastlegen. Det ville gitt store kostnadsbesparelser å gi denne gruppen et bedre tilbud -eksempelvis i hjemmetjenesten- for å sikre utsatt bruk av høyere omsorgsnivå og hindre unødvendig bruk av spesialisthelsetjenester.

Lignende utfordring er det knyttet til jordmødre og allmennleger i svangerskapsomsorgen. Gruppene er faglig likestilte, men det er vanskelig å få etablert jordmorstillinger. For fastlegene gir svangerskapskontroller gode inntekter og for kommunene er det mer lønnsomt å tilby svangerskapsomsorg via fastlegeordningen enn å betale for en styrket jordmortjeneste. Dette til tross for fastlegekrise, at kvinner ønsker å gå til jordmor, jordmor er billigere og jordmoroppfølging gir bedre resultater<sup>7 8</sup>.

**Vi mener det er viktig å trekke inn kjønnsperspektivet når man utreder effektene av finansieringssystemene i helse- og omsorgstjenestene. Disse har betydning både for kvinners arbeidshelse og for utvikling av kjønnsensitive helsetjenester.**

### *I helsefaglig forskning og -utdanning*

Kunnskap påvirker holdninger. Økt kompetanse på kjønnspektiv på helse og betydningen av kjønnsensitive helsetjenester kan dra oss i retning av mer likeverdige helsetjenester. Helse- og sosialutdanningene har pt. en felles rammeplan der læringsutbyttetmål 2 sier: *...har kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, uavhengig av kjønn, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder, slik at kandidaten bidrar til å sikre likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet....* Vi vet imidlertid lite om hvordan dette faktisk vektlegges og følges opp.

Vi viser til foregående kapitler og det neste vedr. behov for mer forskning på ulike områder.

### **Er det områder/tema/felt der vi mener å mangle kunnskap?**

NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge* avdekket stor kunnskapsmangel og manglende integrering av kjønnspektiv i helsepolitikk og praksis.<sup>9</sup> Senere statusrapporter om kvinnehelse viser at det fremdeles er store kunnskapshull om temaet. Det er også liten dekning av helse spørsmål som tradisjonell medisin har dårligst grep om, for eksempel muskelsmerter, fibromyalgi og minoritetskvinnehelse.<sup>10</sup>

Det er sterk konkurranse om å vinne fram i «forskningshierarkiet», og selv med et økende antall kvinner med doktorgrad har vi fortsatt få kvinnelige professorer, som gjerne er de som prioriteres i forskningssammenheng. Det er også grunn til å se på utlysningene av forskningsmidler og i hvilken grad kriteriene ivaretar eller stimulerer til et kvinnehelseperspektiv.

Vi mener det særlig mangler kunnskap om og trengs mer forskning på:

- Arbeidsmiljø og yrkesskade - sammenhengen mellom eksponering og skade/sykdom i kvinnedominerte yrker.
- Sykdommer og plager som vi har omtalt under *Kvinnesykdommer som trenger mer oppmerksomhet*.
- Forskjellene i sykdom -diagnostisering og behandling- hos kvinner og menn.
- Helsen i særlige grupper kvinner i alle aldre; migrantkvinner, papirløse kvinner, samiske kvinner, kvinner med funksjonsnedsettelse.
- Hvordan barndommen påvirker forskjellene i kvinner og menns helse, årsakssammenhenger, helsefremmende og forebyggende tiltak.
- Hvordan vold i nære relasjoner påvirker kvinners yrkesliv, helse og livskvalitet.
- Forekomst av truende og voldelige arbeidssituasjoner for kvinner i alle deler av helse- og omsorgstjenestene.

<sup>7</sup> <https://forskning.no/menneskekroppen-forebyggende-helse-svangerskap/mor-og-barn-tjener-pa-jordmor-oppfolging/614217>

<sup>8</sup> Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D.; Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. Sammendrag

<sup>9</sup> Norges offentlige utredninger, *Kvinnens helse i Norge* (Sosial- og helsedepartementet, NOU 1999:13

<sup>10</sup> fra Norges Forskningsråd

- Reproduktiv helse, og seksuell helse gjennom hele livsløpet.
- Helsefremmende faktorer hos kvinner og effekten av helsefremmende tiltak.

## Arbeidshelse

Arbeidshelse må være en integrert del av kvinnehelsebegrepet. NSF har tidligere etterlyst en ny utredning om kvinnehelse som også kartlegger og vurderer arbeidshelse og koblingen mellom arbeidsbetingelser og omsorgsforpliktelser. Kvinner deltar i arbeidslivet nesten på linje med menn, men de jobber i andre yrker og sektorer og under andre arbeidsbetingelser. Strukturelle forhold fører til at kvinner har en annen samfunnsposisjon og andre arbeidsbetingelser enn menn i det kjønnsdelte arbeidslivet. Kvinner har gjennomgående høyere sykefravær enn menn, og vi har ikke god nok kunnskap om årsakene til dette. Kvinner er oftere i midlertidige tilsetninger og jobber langt oftere og mer deltid enn menn, noe som får konsekvenser for lønns- og karriereutvikling og dermed også på pensjon. Kvinner opplever i forbindelse med graviditet, fødsel og amming manglende tilrettelegging av arbeidet, ivaretagelse av rettigheter og diskriminering.

## Yrkesskader

Sintef ved Solveig B. Ose med fl. har vist til at HMS-begrepet, som tradisjonelt har sitt utspring fra mannsdominert industri, ikke er tilpasset offentlig, kvinneedominert sektor og de risikofaktorer som gir sykefravær og frafall for denne sektoren. De typiske skader og sykdommer som rammer kvinner i arbeidet, omfattes ikke av yrkesskadereglene. I 1999 skrev Kvinnehelseutvalget at kjønns spesifikk kunnskap om arbeidshelse og arbeidsmiljø må legges til grunn i overvåkingssystemer, utforming av HMS-arbeid og planlegging og organisering av arbeidet, samt at ingen sykdom må per definisjon utelukkes fra godkjenning som yrkessykdom. Dette er dessverre like relevant i dag.

Eksisterende yrkessykdomsliste i Norge har ikke blitt vesentlig revidert på 60 år og bærer sterkt preg av å være knyttet opp mot eksponeringsforhold i mannsdominerte yrker. Like mange kvinner som menn melder yrkesskader til NAV. Likevel er 7 av 10 som får godkjent yrkesskade menn. Ved yrkessykdommer er kjønnsforskjellen enda større; 9 av 10 som får godkjent yrkessykdom er menn, samtidig som flest kvinner blir uføretrygdet. Det antas å være stor underrapportering av skader på sykepleiere. Dersom også typiske belastningsskader i kvinneedominert arbeid gir rett til yrkesskadeerstatning, vil det gi insentiv til å forebygge belastningene. Det er mangel på forskning på sammenhengen mellom belastninger i kvinneedominerte yrker og utviklingen av skade-/ sykdom.

## Arbeidsmiljø og sykefravær

Arbetsmiljøverket i Sverige har sett på kvinners sykefravær i et genusperspektiv, og rapportene tar for seg både forskjeller i biologi, arbeidsverktøy og arbeidsbetingelser osv. mellom menn og kvinner<sup>11</sup>. Rapport 2014:3<sup>12</sup> handler om hva de fant da de sammenliknet arbeidsmiljøet i den kvinneedominerte hjemmetjenesten med den mannsdominerte tekniske forvaltningen i 59 kommuner. I så godt som alle kommunene var mønsteret det samme: arbeidsmiljøet og forutsetningene for dette er dårligere i den kvinneedominerte virksomheten. Det er vanskeligere å nå oppsatte virksomhetsmål i hjemmetjenesten ettersom arbeidsmengden, bemanningen og andre ressurser ikke er tilpasset det arbeid man forventes å gjøre. Forskjellig fra teknisk etat har hjemmetjenesten flere medarbeidere og større relasjonsflater pr.leder, mer presset arbeidssituasjon for både leder og medarbeider, mindre mulighet til å påvirke egen arbeidssituasjon og færre ressurser. Ved avlevering av sluttrapporten (2015) uttalte man: «– I kvinnodominerte bransjer,

<sup>11</sup> <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanställningar/under-luppen-genusperspektiv-pa-arbetsmiljo-och-arbetsorganisation-kunskapssammanställningar-rap-2013-1.pdf?hl=genusperspektiv>

<sup>12</sup> <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/projektrapport-inspektioner-kvinno-mansdominerad-hemtjanst-teknisk-kunskapssammanställning-rap-2014-03.pdf?hl=rapport%202014:3>

*som vård och omsorg, har många en ohälsosam arbetsbelastning och fysiskt tunga arbetsuppgifter. Det kan leda till belastningsbesvär, som ofta är förrädiska och smyger sig på under flera år. Till detta kommer att kvinnors arbete traditionellt värderas lägre, vilket gör att arbetsmiljörisiker inte synliggörs och därför inte åtgärdas i tillräckligt hög grad.»*

Sintefs rapport fra 2014 «Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse<sup>13</sup>» fant tilsvarende: «*Bak kjønnsforskjellene i de enkle sykefraværstallene som jevnlig presenteres, ligger det et komplekst bilde av biologiske kjønnsforskjeller, stereotype rollemodeller, samfunnsstrukturer og et sterkt kjønnssegregert arbeidsmarked.*» Fafo har sett på to norske kommuner og finner mye av det samme som i rapporten fra Arbetsmiljøverket. Fafos rapport (diskusjonsnotat) kommer etter planen i løpet av mars-22.

### *Turnus, lønnet og ulønnet omsorgsarbeid*

For å oppnå hel stilling er mange kvinner avhengige av å ta ekstravakter eller å måtte arbeide på flere steder. Dette skaper stress og økt helsemessig belastning. En bærekraftig løsning er å tilby heltid, faste stillinger og helsefremmende turnus. Særlig eldre arbeidstakere og småbarnsmødre kan ha behov for tilpassede turnuser, eksempelvis å unngå nattarbeid, ha mulighet for å trappe ned eller gå i redusert stilling en periode uten at det innebærer store lønnstap.

Det er et gjennomgående mønster at kvinner tilpasser sitt yrkesmønster til familiens behov. Ledere erfarer at en tradisjonell holdning om at kvinner «passer» barn og mannen har en «viktigere» jobb særlig henger igjen i noen kulturer. Dette må håndteres gjennom tydelig og god ledelse og slik at det ikke gir utilsiktet belastning for kvinnen.

Sykepleiermangelen er stor og voksende, og sykepleieryrket er fortsatt kvinnedominert. Regjeringer av ulike valører forutsetter økt yrkesaktivitet blant kvinner, ikke minst i helsesektoren, samtidig som nettopp disse kvinnene forventes å ta et stort og økende ansvar for det ulønnede omsorgsarbeidet. Dette er en brøk som ikke går opp, og vi forventer at dette krysspresset blir en sentral del av kvinnehelseutvalgets utredning. Vi viser forøvrig til vårt innspill til Unio som utdyper tematikken arbeidshelse.<sup>14</sup>

**Kvinnens arbeidshelse og arbeidsmiljø må løftes fram som eget tema. Det må omfatte kvinners yrkesmønster og betydningen for økonomisk likestilling, regelverksutforming, kunnskap og bevisstgjøring slik at hms-arbeidet i kvinnedominerte yrker rettes inn mot de arbeidsmiljøfaktorene som faktisk fører til sykefravær og uhelse. Det bør iverksettes en tilsvarende studie som Arbetsmiljøverket for å kartlegge kjønnsforskjeller i arbeidsmiljø, ressurser og HMS-arbeid.**

**HMS-arbeid i helsesektoren med et særlig kvinneperspektiv må styrkes gjennom involverende dialog med de ansatte, å identifisere de relevante HMS-områdene, og å stille krav til ledere på alle nivåer om et systematisk HMS-arbeid. Bedriftshelsetjenesten må dimensjoneres bedre og brukes slik den er forutsatt. Tiltak for å bedre arbeidsmiljøet må primært rettes inn mot systemnivå og arbeidsorganisering.**

### *Seksuell og reproduktiv helse, og mødrehelse*

Vi kan ikke snakke om kvinnehelse uten å inkludere seksuell og reproduktiv helse. Den seksuelle helsen utvikles tidlig, og vektlegges systematisk i konsultasjoner på helsestasjonen fra barnet er 2 år.

<sup>13</sup> [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/a26056\\_endelig\\_rapport.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/a26056_endelig_rapport.pdf)

<sup>14</sup> DM#1252270.

Utredningen bør omhandle hvordan seksualundervisning og – veiledning best kan gis et kvalitetsløft og legges opp for å bidra til at jenter får en trygg og god seksualitet og et sunt kroppsbilde. Skole- og studenthelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (HFU) må bli bedre kjent og mer tilgjengelig, slik at jenter som ikke ønsker å benytte familiens fastlege eller er over aldersgrensen for HFU kan gå til helsesykepleier eller jordmor. Fra 1. januar 2022 kan helsesykepleiere og jordmødre med relevant kompetanse rekvirere alle typer prevensjonsmidler, også til unge under 16 år. Denne endringen kan gi lettere tilgjengelighet til og øke bruken av sikker prevensjon, og slik forebygge uønskede svangerskap og abort for både unge under 16 år<sup>15</sup>, men også for voksne kvinner. Kjønnsmestelse er en tematikk som fortsatt må vektlegges, både utviklingen av forekomst blant jenter og kvinner i Norge, virksomme forebyggende tiltak og oppfølging av voksne kvinner.

En spesiell sårbar periode i kvinners liv er tiden omkring svangerskap, fødsel og barseltid. Mange opplever denne tiden relativt uproblematisk, men vi vet at det er større risiko for å utvikle depresjoner, psykosier, og andre psykiske lidelser. Økt alder for førstegangsfødende, økt BMI hos gravide og økt andel gravide med alvorlig grunnlidelse kan gi store helseutfordringer for kvinner før/under og ikke minst etter fødsel. Etter de siste endringene i foreldrepermisjonsordningen tar stadig flere mødre ulønnet permisjon<sup>16</sup>. Det kan tyde på at mange ønsker seg en lengre periode hjemme med barnet av ulike grunner, hvor behovet for egen restitusjon etter fødsel er en grunn. Reproduktiv og seksuell helse er ofte en underkommunisert tematikk i ulike behandlingsforløp, ikke minst innen psykisk helse. Det kan både kan skyldes mangelfull bevissthet og kompetanse, og mangel på god metodikk.

Internasjonalt har fordelene ved kontinuitet i oppfølging under svangerskap, fødsel og barseltid, samt kvinners mulighet til å velge hjemmefødsel stort fokus. I Norge har vi de senere årene sett et opprør mot mangelfulle, nedleggingstruede og reduserte tilbud innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen<sup>17</sup>.

På grunn av mangel på både jordmødre og helsesykepleiere følges mange steder ikke nasjonale faglige retningslinjer som sier at jordmor skal tilby hjembesøk 1-3 døgn etter hjemreise, og helsesykepleier 7- 10 dager etter fødsel. Til tross for at vi har hatt en økning i både jordmor- og helsesykepleierårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten vurderer Helsedirektoratet – og NSF - at det er behov for ytterligere styrking av svangerskapsomsorgen og helsestasjonene<sup>18</sup>. Utredningen må belyse den spesialkompetansen jordmødre og helsesykepleiere har på kvinnehelse og reproduktiv helse, og som gir unike muligheter for kontinuitet og kvalitet på oppfølging av kvinnehelse gjennom livsløpet. Digitale løsninger må understøtte vedtatt politikk. Eksempelvis har helsesykepleiere og jordmødre rett til å forskrive prevensjon til alle kvinner, men har ikke tilgang til e-resept og elektronisk helsekort for gravide er enda ikke etablert.

**Vi har her pekt på et område av kvinnehelsen hvor jordmødre og helsesykepleiere har særlig viktige oppgaver og roller. Det er derfor bekymringsfullt at utdanningskapasiteten for begge profesjonene er for lav og at det mangler et stort antall jordmødre og helsesykepleiere i kommunene, for å fylle lovpålagte funksjoner som særlig skal ivareta jenter og kvinner i fertil alder.**

---

<sup>15</sup><https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/rekvirering-av-hormonell-prevensjon/rekvirering-veiledning-og-oppfolging/leger-helsesykepleiere-og-jordmodre-kan-rekvirere-hormonell-prevensjon-til-personer-under-16-ar#68e95e27-29eb-4653-a605-ead7ae7c1f12-begrunnelse>

<sup>16</sup> <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/familie-statistikk/nyheter/foreldrepenger-flere-tar-ulonnet-permisjon>

<sup>17</sup> <https://tidsskriftet.no/2019/01/kommentar/vi-trenger-forskningsbasert-kunnskap-om-barselomsorgen>

<sup>18</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre/jordmodre-i-helsetjenestene/jordmodre-i-kommunene>



## Kvinnesykdommer som trenger større oppmerksomhet

Vi trenger økt kunnskap om og oppmerksomhet på noen særlige kvinnelidelser, eksempelvis urininkontinens, livmorfremfall, fødselsskader som gir smerter ved samleie og vanskeligheter med å holde på avføring, luft og urin, diffuse muskel- og skjelettplager, endometriose og vulvasmerter. I tillegg til klimakterieplager får kvinner også etter menopausen typiske kvinnesykdommer, som brystkreft og kreft i reproduksjonsorganer. ILO -Den internasjonale arbeidsorganisasjonen – peker på menopausen som et viktig tema og at organisasjoner bør ha en egen policy angående overgangsalderen.<sup>19</sup>

Osteoporose er en av de vanligste kroniske sykdommene i Norge og rammer 35% av befolkningen, i hovedsak kvinner over 50 år. Sykdommen innebærer mye smerteproblematikk og er også en medvirkende årsak til akutt sykdom – ca. 25 % av kvinner som brykker lårhalsen dør i løpet av det første året etter bruddet. Norske kvinner ligger høyt på falltoppen<sup>20</sup>. Problemet er at man gjerne ikke har symptomer før et osteoporotisk brudd inntreffer, men kan ha mistet mye av benvevet før bruddet oppstår. Terskelen for benmassemåling er relativt høy og medikamentell forebygging og behandling kostbar.

**Dette er noen typiske kvinnelidelser som i stor grad kan gå ut over livskvaliteten til og livsutfoldelsen for mange kvinner, og som vi trenger økt bevissthet om, mer forskning og metodeutvikling på.**

## Psykisk helse og rus

Forekomsten av angstlidelser og depresjon er fra og med ungdomsalderen om lag dobbelt så høy blant kvinner som blant menn.<sup>21</sup> Særlig i eldre år opplever kvinner mer depresjon, angst og ensomhet enn menn. Overhyppighet av depresjon, angstlidelser, kroppspress, tilpasnings- og spiseforstyrrelser hos jenter er kjent tematikk for alle helsesykepleiere i skolehelsetjenesten og i HFU. Jenter har også utfordringer med den fysiske helsen - blant annet overvekt og for lite fysisk aktivitet i ungdomsårene som vi vet har betydning også for den psykiske helsen.

Alkoholbruken – og da særlig vin<sup>22</sup>. - blant kvinner har økt de siste tiårene. Alkoholbruken er størst blant de yngste<sup>23</sup>, men også eldre kvinner drikker mer og oftere. Det er kjønnsforskjeller både i den fysiske toleransen for alkohol og for hvordan misbruk oppfattes og håndteres. Dette gjelder i stor grad også annen rusbruk. Psykologspesialist Kari Lossius beskriver dette slik<sup>24</sup>:

- Norske kvinner er selvstendige, har god utdanning, tjener egne penger og deltar i yrkesaktive liv på lik linje med menn. (Mens alkohol tidligere var knyttet opp til en mannskultur, deltar dagens kvinner og menn på de samme sosiale arenaene hvor alkohol benyttes.)
- Kvinner drikker fremdeles betydelige mindre enn menn, men konsumet er stigende – særlig blant eldre kvinner og kvinner med høyere utdanning.
- Kvinner tåler alkohol dårligere enn menn, kvinner forbrenner alkohol saktere, og drikker kvinner og menn samme mengde alkohol – blir hun mye mer beruset enn han.
- Kvinnerollen virker fremdeles beskyttende mot å utvikle alvorlig ruslidelser, det er mindre aksept for støyende berusede kvinner.
- Men kvinnerollen har også en motsatt effekt – den virker utstøtende overfor kvinner som har utviklet en alkoholavhengighet. Få posisjoner er mer skambelagt enn å være rusavhengig kvinne.

<sup>19</sup> <https://voices.ilo.org/podcast/is-the-menopause-a-workplace-issue#headline>

<sup>20</sup> <https://nof-norge.no/>

<sup>21</sup> (Alonso et al., 2004; APA, 2013; Baxter, Scott, Vos, & Whiteford, 2013).

<sup>22</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/#alkoholbruk-i-ulike-grupper-i-befolkninga>

<sup>23</sup> <https://forskning.no/alkohol-og-narkotika/eldre-kvinner-drikker-mer/574336>

<sup>24</sup> <https://karilossius.no/2019/01/20/kvinner-og-alkohol/>



Derfor kan terskelen for å be om hjelp bli uoverstigelig. Mens menn lettere erkjenner at de har et rusproblem definere kvinner oftere et begynnende rusproblem som en psykisk lidelse.

- Mange kvinner går derfor ikke til legen for å snakke om sine alkoholproblemer, men om angsten og søvnproblemene, og mange går ut av legekantoret med resepter mot uro og vonde tanker, medisiner som over tid i verste fall forsterker rusproblemet.

Åpenheten om følelser og psykiske plager ser ut til å være større blant kvinner enn menn, og kan virke beskyttende, både for utvikling av psykiske lidelser og skadelig alkohol- og rusbruk. Vi vet at mange innleggelses ved norske sykehus har et helseskadelig alkoholforbruk som underliggende årsak. Samtidig vet vi også at verken fastleger eller helsepersonell i sykehusene bruker tilgjengelig kunnskap om alkohol og helserisiko systematisk i møte med pasienter.

**Det er behov for både kunnskaps- og metodeutvikling, særlig knyttet til salutogene forhold og helsefremmende tiltak som kan bidra til å snu en begynnende uheldig utvikling av både psykiske plager og alkohol-/rusbruk.**

## Vold og overgrep

Sykepleiere i alle ledd av helsetjenesten møter voldsutsatte kvinner. Kvinner erfarer vold gjennom hele livsløpet; vold fra far, fra partner, fra barn/barnebarn – og fra tilfeldige. Også eldre kvinner er voldsutsatte, en problematikk som bør vies langt større oppmerksomhet.

Arbeid og inntekt er avgjørende for kvinners selvstendighet og mulighet for å bryte ut av voldelige forhold. Norge har siden 2011 fått anbefalinger fra en rekke menneskerettighetskomiteer, herunder FNs Kvinnekomisjon (CEDAW), om å endre straffeloven slik at samtykke blir en sentral del av definisjonen av voldtekt. Det uttrykkes i tillegg stor bekymring for omfanget av kjønnsbasert vold mot kvinner og utstrakt straffefrihet for gjerningspersoner i Norge. Vi trenger mer kunnskap om betydningen av vold i nære relasjoner for kvinners korttidssykefravær.

NSF har i høring til opptrappingsplanen mot vold og overgrep understreket behovet for styrket kompetanse, bevissthet og holdninger i alle ledd - fra befolkningen til profesjonsutøvere. Strukturer og systemer må utvikles for å ivareta samarbeid generelt, ikke kun være knyttet til vold og overgrep. Det er ofte glidende overganger i arbeidet med sårbare familier; fra mangelfullt samspill, bekymringsfull omsorg til omsorgssvikt, vold og overgrep. I vårt innspill til NOU 2020:17 "Varslede drap?" Partnerdrapsutvalgets utredning<sup>25</sup> trakk vi fram at det bør innføres obligatoriske enesamtaler for kvinner, spesielt hos jordmor, helsesykepleier, fastlege og psykolog. Videre pekte vi på behovet for et kompetanseløft i hjelpeapparatet, at system for kollega- og lederstøtte må utvikles, at det må være et absolutt krav om bruk av kvalifiserte tolker, og at tolketjenestene må styrkes. Voldssaker er ofte komplekse og krevende saker og kan innbefatte trusler overfor involvert helsepersonell og andre. Arbeidsgiver har plikt til å ha rutiner for å forebygge og håndtere trusler og vold i forbindelse med arbeidet, og dette må inkludere et system for veiledning og oppfølging av personell som er involvert i voldssaker.

Helsepersonell har opplysningsplikt til politi og brannvesen *dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom*<sup>4</sup>. Det foreligger imidlertid ikke noen meldeplikt ved bekymring for vold mot kvinner, slik det gjør når det gjelder barn. En gjennomgang og evt. tydeliggjøring av lovverket bør vurderes.

**Vold mot kvinner har store konsekvenser for den enkeltes psykiske og fysiske helse, for livskvalitet, for aktivitets- og isolasjonsgrad, for yrkesdeltakelse og sykefravær. Forebygging må starte tidlig,**

<sup>25</sup> DM#1195325

**være målrettet og strukturert. Ivaretagelse av voldsutsatte kvinner krever samarbeid mellom ulike sektorer, der ivaretagelse av helse og sikkerhet står sentralt.**

### Minoritets- og urbefolkningskvinner

Levekårsundersøkelsen blant innvandrere i Norge viser at i likhet med hele befolkningen er det færre kvinner enn menn som vurderer egen helse som god eller svært god (69 % mot 76 %). 13 % av kvinnene vurderer helsa si som dårlig eller svært dårlig, mot 6 % av kvinnene i hele befolkningen. Det er flere «sannheter» om innvandrerkvinnens helse, blant annet avhengig av hvor de har sin bakgrunn fra. Innvandrede kvinner fra Tyrkia, Iran, Irak og Pakistan rapporterer oftere om dårlig helse, har oftere en eller flere av en del navngitte lidelser eller sykdommer og de oppsøker lege oftere enn andre kvinner og menn i befolkningen<sup>26</sup>.

Samiske kvinner vurderer sin egen helse på omtrent samme nivå som kvinner i befolkningen ellers, men det er noen færre i den eldste samiske aldersgruppen (50-69 år) som vurderer helsen sin som svært god, sammenlignet med den øvrige befolkningen. I tråd med forskning på norsk ungdom, rapporterer de samiske jentene flere symptomer på depresjon, angst og stress enn de samiske guttene. I aldersgruppen 40-69 år er angst og depresjon mer vanlig blant de samiske kvinnene enn blant de øvrige kvinnene i samme aldersgruppe.<sup>27</sup> Samiske kvinner utsettes oftere for psykisk, fysisk eller seksuell partnervold enn ikke-samiske kvinner, viser fersk forskning fra UiT Norges arktiske universitet og OsloMet - henholdsvis 17,2 prosent mot 11,8 prosent<sup>28</sup>.

Papirløse kvinner er en særlig sårbar gruppe. De fleste er i fertil alder og ved evt. graviditet og fødsel opplever mange utfordringer og utrygghet. Til tross for at de har rett til helsehjelp ved graviditet og fødsel har flere opplevd å bli avkrevd betaling etter fødsel. Denne gruppen kvinner er også utsatt for vold og overgrep – både under flukt og etter ankomst til Norge, og mange sliter med psykiske vansker.

**Minoritets- og urbefolkningshelse er områder hvor både forskning og tjenesteutvikling må styrkes for å fremme god helse og likeverdige helsetjenester for kvinner.**

**Vi ønsker utvalget lykke til i det videre arbeidet, og ser fram til å kunne bidra med ytterligere innspill.**

Med vennlig hilsen



Lill Sverresdatter Larsen

Forbundsleder

---

<sup>26</sup> Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016, <https://www.fhi.no/publ/2019/helse-blant-innvandrere-i-norge-levekarsundersokelse-blant-innvandrere-2016/>

<sup>27</sup> [https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Etnisitet/helse\\_og\\_livskvalitet/#heading80566](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Etnisitet/helse_og_livskvalitet/#heading80566)

<sup>28</sup> <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/samiske-kvinner-er-mer-utsatt-for-vold-fra-partneren-enn-andre-kvinner>