

Hva vet vi om kvinners helse?

Rapport fra forprosjektet til kvinnehelseportalen.no



Rapport fra forprosjektet til kvinnehelseportalen.no

Hva vet vi om kvinners helse?

Anne Winsnes Rødland

Rådgiver, Kilden kjønnsforskning.no

FORORD

I flere år har sentrale aktører etterspurt mer oppmerksomhet på kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse og sykdom både når det gjelder forskning og formidling av forskning til allmennheten. Det er nå 17 år siden Kvinnehelseutvalget overleverte utredningen *NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge*. Den avdekket en gjennomgående mangel på kjønns spesifikk kunnskap og kjønns perspektiver i medisinsk forskning. Til tross for at regjeringen i 2003 laget en egen kvinnehelsestrategi og har satt i gang flere tiltak, er det fortsatt store kunnskapshull og manglende oppmerksomhet på flere områder innenfor kvinnehelse.

Denne rapporten er et resultat av forprosjektet Kvinnehelseportalen.no, med mål om å svare på noen av utfordringene ovenfor. Både Norske Kvinners Sanitetsforening og Kilden kjønnsforskning.no vil påpeke denne mangelen på kunnskap om kvinners helse og ønsker å utvikle en egen nettportal som formidler kunnskap på feltet. Norske Kvinners Sanitetsforening er hovedfinansiør for dette ettårige forprosjektet som ledes og delfinansieres av Kilden kjønnsforskning.no.

Målet er at forprosjektet kan danne grunnlag for en nettportal som dokumenterer, systematiserer og formidler norsk medisin- og helseforskning om kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse. Noe tilsvarende finnes ikke i dag.

I arbeidet med denne rapporten er det flere som har bidratt. Innledningsvis ble det oppnevnt ei nasjonal referansegruppe med fagpersoner innenfor kvinnehelse (se deltakerliste på neste side). En stor takk til referansegruppa for gode innspill og kvalitetssikring av arbeidet underveis. Vi ønsker også særlig å takke Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse ved Siri Vangen, som har vært en sentral sparringspartner under utarbeidelsen av rapporten. Hilde Flaatten fra Universitetsbiblioteket i Oslo har bidratt med å utforme litteratursøket, og Anette Skilbred har bistått i arbeidet med å sortere resultatene. En stor takk til dere.

Sist, men ikke minst, er det Anne Winsnes Rødland, rådgiver ved Kilden kjønnsforskning.no og prosjektleder for forprosjektet, som har skrevet rapporten og gjort en stor jobb med å samle inn, gruppere og analysere materialet.

Oslo, april 2018

Linda Marie Rustad

Direktør Kilden kjønnsforskning.no

Grete Herlofsen

Generalsekretær Norske Kvinners Sanitetsforening.

Faglig referansegruppe for prosjektet "Kvinnehelseportalen.no"

Arnfinn Andersen,
forskningsleder NKVTS

Jorid Anderssen,
førsteamanuensis Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging, UiT

Hege Andreassen,
førsteamanuensis Senter for omsorgsforskning, Institutt for helsevitenskap Gjøvik, NTNU

Esperanza Diaz,
fungerende direktør NAKMI, Oslo universitetssykehus

Eva Gerdtz,
professor Klinisk institutt 2, UiB

Anne Kveim Lie,
førsteamanuensis Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, UiO

Jeanette Magnus,
seniorrådgiver Seksjon for ledelse, Det medisinske fakultet, UiO

Kari Løvendahl Mogstad,
fastlege og spesialist i allmenntilleggsmedisin Munkholmen Legesenter, universitetslektor NTNU

Berit Schei,
professor Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Kari N. Solbrække,
førsteamanuensis Avdeling for helsefag, UiO

Anne Cathrine Staff,
professor, leder Forskningscenteret for Fødselshjelp og Kvinnesykdommer, Oslo universitetssykehus

Johanne Sundby,
professor Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, UiO

Elisabeth T. Swärd,
Seniorrådgiver kvinnehelse og forskning, Norske Kvinners Sanitetsforening

Sveinung Sørbye,
overlege og klinisk patolog, UNN

Siri Vangen,
professor, leder Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus

Marianne Wallenius,
postdoktor og førsteamanuensis Institutt for nevrologi og bevegelsesvitenskap, NTNU,
leder Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer, St. Olavs Hospital

INNHOOLD

Forord.....	3
1. Innledning.....	6
2. Hva sier forskningen?	8
2.1 Hjerte- og karsykdommer.....	8
2.2 Kreft.....	13
2.3 Muskel- og skjelettlidelser, langvarige smerte- og utmattelsestilstander.....	19
2.4 Helse i ulike livsfaser: reproduktiv helse, fødsler, overgangsalder og aldring.....	24
2.5 Psykisk helse.....	30
2.6 Pasienter og pårørende i møte med helsevesenet.....	40
3. Avslutning: På vei mot likeverdige helsetjenester?	46
3.1 Behov for mer forskningsbasert kunnskap.....	46
3.2 Behov for mer formidling om kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse.....	51
4. Metode.....	52
5. Referanser.....	55

1. INNLEDNING

Mye medisinsk kunnskap bygger i hovedsak på mannen som norm. En stor del av grunnforskningen, særlig når det gjelder dyreforsøk, gjøres fortsatt kun på hanndyr, og tradisjonelt har sykdommer som i størst grad rammer menn, fått mer oppmerksomhet enn sykdommer der kvinner er i flertall. Dermed er det fortsatt mangelfull kunnskap om sykdommer som er mer typiske for kvinner, og kvinner får heller ikke alltid like god diagnostisering og behandling for sykdommer som rammer begge kjønn. Et annet problem er at noen sykdommer er blitt veldig sterkt knyttet til ett kjønn, slik at for eksempel brystkreft hos menn og hjerteinfarkt hos kvinner kan gå uoppdaget og ubehandlet over tid.

Slike utfordringer er tema for denne rapporten. Vi har gått gjennom norsk forskning om kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse. Vi har undersøkt hva vi har forskning om og hva den forskningen forteller oss, men også hvilke områder vi behøver mer kunnskap om. Rapporten er utarbeidet som en del av forprosjektet Kvinnehelseportalen.no. Hensikten med forprosjektet var å kartlegge forskning og skaffe et kunnskapsgrunnlag for å bygge en nettportal som dokumenterer, systematiserer og formidler norsk medisin- og helseforskning om kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse. Ved å samle og spre forskningsbasert kunnskap og sette søkelys på kunnskapshull, kan en slik portal være med på å sikre et likeverdig helsetilbud for både menn og kvinner.

Helseportalen vil ha fire hovedmålsetninger:

1. Gjøre forskning tilgjengelig for allmennheten ved å samle og systematisere forskning på kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse i et livsløpsperspektiv.
2. Formidle relevant forskning gjennom nyhets saker og sosiale medier.
3. Fremme kjønnsperspektiver hos fagmiljøer og beslutningstakere ved å produsere nyhetsartikler hvor vi etterspør bruken av forskning og utfordrer ulike beslutningstakere på hvilke konsekvenser kunnskapen bør få for behandlingstilbud, retningslinjer etc. Vi vil også skrive nyhetsartikler om kunnskapshull og utfordre relevante aktører til å ta ansvar for at hullene tettes.
4. Ved å formidle kunnskap som ellers kan være vanskelig tilgjengelig, vil portalen øke folks mulighet til å ta bedre vare på helsa og gjøre riktige valg.

Portalen skal rette seg mot allmennheten – som potensielle pasienter, pårørende og brukere av helsetjenester. Siden portalen tar for seg forskning som ser på kjønnsforskjeller i helse, vil den være av interesse for både kvinner og menn. I tillegg vil portalen rette seg mot leger og andre helsearbeidere, forskere og studenter på medisin- og helsefeltet, samt pasient- og brukerorganisasjoner, interesseorganisasjoner og andre ideelle organisasjoner. Den skal også rette seg også mot relevante beslutningstakere, myndigheter og media.

I forprosjektet har vi kartlagt kunnskap på sentrale områder innenfor kvinnehelse for å avklare hva slags informasjon som skal finnes på nettportalen. Resultatet oppsummeres i denne rapporten. Rapporten viser fram forskning innenfor de utvalgte temaene og peker på noen viktige problemstillinger og kunnskapshull. Den tar for seg norsk forskning innenfor kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse fra år 2000 til i dag. I 1999 fikk vi en egen offentlig utredning om kvinnehelse, *NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge*. Vi ønsket å se hva som har skjedd siden den gang, selv om verken

omfanget eller gjennomgangen vår er like omfattende. Målet er dessuten et annet, nemlig å skaffe kunnskapsgrunnlag til å bygge en nettportal.

Vi har prioritert de sykdommene eller helseutfordringene som rammer flest kvinner, som er de viktigste dødsårsakene blant kvinner, der det er viktige kjønns spesifikke årsaker, symptomer, forløp eller behandlinger, samt sykdommer eller helseutfordringer med lav status, et kjent behov for mer kunnskap og som typisk rammer kvinner. Av den grunn har vi konsentrert oss om følgende områder:

- Hjerte- og karsykdommer
- Kreft
- Muskel- og skjelettlidelser, langvarige smerte- og utmattelsestilstander
- Psykisk helse
- Helse i ulike livsfaser: reproduktiv helse, fødsler, overgangsalder og aldring

I tillegg har vi sett nærmere på forskning på innvandrere- og minoritetskvinner helse og på forskning som undersøker møtet mellom pasienter, pårørende og helsevesenet.

Rapporten er strukturert etter de ulike temaområdene, og vi har viet ett kapittel til hvert av dem. Unntaket er forskning med minoritetsperspektiv. Denne tematikken er tverrgående, og vi har derfor valgt å integrere minoritetsperspektivet under de øvrige temaene framfor å behandle det separat.

Helse er et svært omfattende og komplekst felt. Mange kvinner sliter med sammensatte lidelser, for eksempel en kombinasjon av muskel- og skjelettsmerter, psykiske plager og andre diagnoser. Dette er i tillegg kvinner som ofte faller ut av arbeidslivet. Slike sammensatte problemstillinger er viktige, og det har vi forsøkt å løfte fram i rapporten. Selv om vi overordnet har strukturert den ut fra ulike temaområder, hever vi også blikket og trekker linjer på tvers.

Vi er også fullt oppmerksomme på at det er mye forskning på kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse som ikke er norsk, men som like fullt ville vært relevant for kvinner bosatt i Norge, og dermed også for en framtidig helseportal. At vi har begrenset oss til norsk forskning, handler dels om hva som var mulig å gjennomføre innenfor rammene av forprosjektet, og dels om at vi også ønsker å kaste lys over hvilke områder som har blitt prioritert innenfor norsk medisin- og helseforskning i tiden etter at *NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge* kom og fram til i dag. Så er det jo også slik at norsk forskning forholder seg til og trekker vekslers på internasjonal forskning.

Til kartleggingen søkte vi etter vitenskapelig publikasjoner i databasene ORIA, SveMed+ og Ovid Medline. Vi søkte etter publikasjoner fra forskere ved norske institusjoner, som tematiserte kvinnehelse og/eller kjønnsforskjeller i helse og som omhandlet norske forhold. Litteratursøket er utførlig beskrevet i kapittel 4 om metode. Vi endte opp med totalt 1854 publikasjoner, og i vedleggene til rapporten har vi listet disse under de ulike temaområdene. Rapporten baserer seg hovedsakelig på funnene fra litteraturgjennomgangen, men vi har supplert med andre relevante kilder der det har vært hensiktsmessig. Vi løfter også fram utvalgte forskningsnyheter fra Kilden kjønnsforskning.no.

2. HVA SIER FORSKNINGEN?

I dette kapitlet gir vi en kort oppsummering av status i forskningen innenfor de seks ulike prioriterte områdene. Det vil si at vi gir en beskrivelse av de mest sentrale funnene fra kartleggingen, inkludert viktige kunnskapshull.

Oppsummerende konklusjoner kommer i kapittel 3.



Illustrasjonsfoto: iStockphoto

2.1 HJERTE- OG KARSYKDOMMER

Hjerte- og karsykdommer er totalt sett den hyppigste dødsårsaken i Norge, tett etterfulgt av kreft. I 2015 døde 11 613 personer av hjerte- og karsykdommer, mens 10 762 personer døde av kreft¹. Antallet som dør av hjerte- og karsykdommer har imidlertid sunket jevnt og trutt siden det nådde en topp på 1970-tallet, og blant menn er dette nå den nest hyppigste dødsårsaken, etter kreft. 5 436 menn døde av hjerte- og karsykdommer i 2015, mens 5 821 døde av kreft. Blant kvinner er det imidlertid fremdeles klart flere som dør av hjerte- og karsykdommer – 6 177 kvinner i 2015, mens 4 941 kvinner døde av kreft. (Dødsårsaksregisteret, 2017)

I hver aldersgruppe har menn som rammes av hjerte- og karsykdommer, høyere dødelighet enn kvinner som rammes av det samme. Men kjønnsforskjellene har avtatt siden 2000. (Folkehelseinstituttet)

¹ I tillegg døde 289 personer av det som klassifiseres som "godartede svulster og svulster med ukjent malignitetspotensiale" i Dødsårsaksregisteret.

Mens geografiske forskjeller i hjerte- og kardødeligheten har jevnet seg mer ut, har den sosiale ulikheten i dødelighet økt de siste tiårene. Det skyldes en særlig sterk nedgang i dødeligheten blant personer med høy utdanning. Noen grupper av innvandrere har lavere risiko for hjerte- og karsykdommer enn etniske nordmenn, men bildet er sammensatt. I flere innvandregrupper er det få kvinner som røyker, og få som har høyt blodtrykk. Samtidig er det en økt tendens til overvekt, fysisk inaktivitet, diabetes og høyt blodtrykk i noen av disse gruppene. (Kumar et al., 2009; Rabanal et al., 2013; Strand et al., 2010)

I vår litteraturgjennomgang fant vi totalt 160 av 1854 publikasjoner som omhandlet hjerte- og karsykdommer. Totalt utgjør dette snaut 9 prosent av publikasjonene. Litteraturen vi har gått gjennom, viser tydelig at det er nødvendig med økt bevissthet rundt kvinners hjertesykdommer. I dette kapitlet viser vi noen av de viktigste årsakene til at det er nødvendig.

Mer diffuse symptomer og andre årsaker til hjertesykdom

En trenger ikke gå mange år tilbake i tid før det meste av den medisinske basalforskningen enten bare ble gjort på menn, eller inkluderte begge kjønn uten å skille mellom menn og kvinner i dataanalysene. En av årsakene til dette var at forskerne trodde det var minimale forskjeller mellom kvinner og menns hjerter. Men det har vist seg å være viktige biologiske forskjeller mellom kjønnene. Ikke bare har kvinner mindre størrelse på hjerte og arterier (blodårene rundt hjertet). De har også lavere aktivitet i nyre og lever, noe som påvirker stoffskiftet og utskilling av legemidler. I tillegg finner forskerne kjønnsforskjeller i hjertefunksjon og i det elektriske systemet i hjertet, samt forskjeller i kroppssammensetning, inkludert høyere fettmasse og kroppsvæske hos kvinner. Kvinnehjertet reagerer dessuten annerledes på sykdom som høyt blodtrykk, hjerteinfarkt og aortaklaffestenose (trang hjerteklaff). Forskning har også vist at 10 til 20 prosent av hjerteinfarkt hos kvinner har en annen årsak enn en tett blodåre. I europeiske retningslinjer for behandling av hjerteinfarkt, kalles dette nå MINOCA, altså hjerteinfarkt med non-obstruktiv forandring i blodårene. Det er mange årsaker til denne typen hjerteinfarkt, og grundig tilleggsutredning er ofte nødvendig. Først mente man at sykdommen satt i de små blodårene i hjertet, såkalt mikrovaskulær sykdom, eller skyldtes krampe i blodårene (spasmeangina). Men nyere forskning viser at disse kvinnene ofte har tradisjonelle åreforkalkningsforandringer i arteriene, som ikke tetter blodårene, men som likevel kan påvirke blodårenes funksjon. (Eskerud et al., 2015; Løchen & Gerds, 2015)

Både forekomst av hjerte- og karsykdom, risikofaktorer og symptomer er forskjellig mellom kjønnene, og i mange tilfeller er også forløpet av sykdommen forskjellig. For eksempel er kvinner gjennomsnittlig ti år eldre enn menn når de får hjerteinfarkt. Symptomene hos menn er gjerne tydelige, mens kvinners symptomer er mer diffuse og kan forveksles med at de er slitne, har blitt eldre, eller har fått influensa. Såkalte *stumme hjerteinfarkter*, infarkter med ingen eller vage symptomer, er vanligere hos kvinner enn menn. Dessuten kan forskjellige typer hjertesykdommer hos kvinner ha veldig like symptomer. Hjerteflimmer (atrieflimmer) er litt vanligere for menn enn for kvinner, men kvinner får flere symptomer av sykdommen. De har også høyere risiko for å få store invalidiserende hjerneslag som følge av hjerteflimmer. Og såkalt *knust hjerte*, stressutløst hjerteinfarkt, rammer kvinner i mye større utstrekning enn menn. 90 prosent av disse pasientene er kvinner, de fleste av dem over 50 år. (Bergstrøm, 2015a; Løchen & Gerds, 2015; Øhrn et al., 2016)

Kvinnens kjønnshormoner skaper et annet miljø enn menns kjønnshormoner, og dette er igjen med på å styre hvordan for eksempel høyt blodtrykk virker inn på kvinners helse versus menns helse.

Kvinner har østrogenreseptorer, signalpunkter på utsiden av hjertemuskelcellene, der det kvinnelige kjønnshormonet østrogen kan binde seg og slik påvirke hjertefunksjonen. Slike østrogenreseptorer finnes også i arteriene. I tillegg virker risikofaktorer forskjellig inn på kvinne- og manns kroppen. Fedme og høyt blodtrykk, diabetes og røyking har mer skadelig effekt hos kvinner enn menn. En vanlig komplikasjon ved dårlig regulert høyt blodtrykk er såkalt *hjerterhypertrofi*, forstørrelse av hjertemuskelcellene. En fersk studie av Lønnebakken og kolleger viser at hjerterhypertrofi er vanskeligere å kurere hos kvinner enn hos menn, selv ved moderne blodtrykkssenkende behandling. Dermed øker risikoen for hjertesykdom hos disse kvinnene. For øvrig er det også funnet en rekke risikofaktorer for hjerte- og karsykdom som er spesifikke for kvinner, blant annet svangerskapskomplikasjoner, akutt og kronisk stress, stoffskiftesykdom og autoimmune sykdommer som leddgikt. (Albrektsen et al., 2017a, 2017b; Bergstrøm, 2016; Lønnebakken et al., 2017; Løchen & Gerds, 2015; Regitz-Zagrosek et al., 2016)

Kjønnsforskjeller i diagnostikk og behandling

Selv om det etter hvert finnes mye kunnskap om hvordan kvinner og menns hjerter og hjertesykdommer skiller seg fra hverandre, mangler vi fortsatt kunnskap om mekanismene bak kjønnsforskjellene, og vi har fortsatt dårligere utviklede diagnose- og behandlingsmetoder for kvinners hjertesykdommer. Fremdeles mangler vi kunnskap om hvordan store grupper hjertemedikamenter kan virke ulikt for menn og for kvinner. Og fremdeles er det vanlig at studier har overvekt av mannlige deltakere. I studier der man har hatt med tilstrekkelig antall kvinner til å kunne se resultater, finner imidlertid forskerne ofte viktige kjønnsforskjeller. Som at kvinner reagerer annerledes på ulike medikamenter, og at de får andre bivirkninger. (Cramariuc et al., 2015; Gerds et al., 2008; Gerds et al., 2001; Løchen & Gerds, 2015; Rosano et al., 2015)

En studie publisert i 2016 viser at menn og kvinner i Norge får ulik utredning og behandling ved hjerteinfarkt. Studien inkluderte alle pasienter innlagt ved norske sykehus med hjerteinfarkt fra 1.1. 2013 til 31.12. 2014 registrert i Norsk hjerteinfarktregister. Det viste seg at færre kvinner enn menn med akutt hjerteinfarkt ble utredet med røntgenundersøkelse av hjertemuskelens blodårer (koronar angiografi), selv om internasjonale retningslinjer anbefaler dette. Følgelig fikk kvinnene heller ikke mulighet for perkutan koronar intervensjon, altså en utblokking av trange partier i årene. Studien viste også at kvinner sjeldnere enn menn fikk medikamenter for å forebygge nye episoder og komplikasjoner etter infarkt. (Jortveit et al., 2016)

Hjerteinfarkt er fortsatt den vanligste dødsårsak hos norske kvinner. Gullstandarden for undersøkelse av hjerteinfarkt har vært tradisjonell røntgenundersøkelse av arteriene for å se etter tette årer. Men de kvinnene som har akutt hjerteinfarkt på grunn av non-obstruktiv hjertesykdom, har som nevnt ikke tette årer. De trenger derfor tilleggsundersøkelser med hjerteultralyd, magnetrøntgen eller computertomografi (CT) for å avklare hva hjerteinfarkt skyldes. Kontrastultralydundersøkelse av personer med hjerteinfarkt har vist at hos pasienter uten tett blodåre, var åreforkalkning i vegg (plakk) en viktig årsak til at hjertemuskelcellene ikke fikk normal blodforsyning. Slike kjønnsforskjeller i hjertesykdom skaper også utfordringer for behandlingen. Det nytter ikke å operere og blokke ut årer, hvis problemet ikke skyldes tette årer. (Bergstrøm, 2016; Eskerud et al., 2015; Lønnebakken et al., 2014)

Svangerskap og hjerte- og karsykdommer

Graviditet kan ses som en stresstest for hjerte- og karrisiko. Nyere forskning viser at komplikasjoner som svangerskapsforgiftning (preeklampsi) og svangerskapsdiabetes er viktige risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer hos kvinner, på lik linje med allment godt kjente risikofaktorer som røyking og diabetes. (Staff et al., 2016)

Flere studier har funnet at svangerskapsforgiftning gir økt risiko for hjerte- og karsykdommer senere i livet. Det viser for eksempel Riise og kolleger i en studie av 506 350 kvinner som fødte barn i Norge mellom 1980 og 2002. Risikoen økte ytterligere om barnet hadde lav fødselsvekt eller var født prematurt. Tendensen var den samme uavhengig av om kvinnene gjennomgikk ett eller flere svangerskap. I en annen studie fant Andersgaard og kolleger økt forekomst av høyt blodtrykk og begynnende åreforkalkning hos kvinner som hadde hatt svangerskapsforgiftning. Forskning viser også økt sannsynlighet for å gå på blodtrykksmedisiner i etterkant av svangerskap med preeklampsi. Og selv om risikoen synker gradvis, er den fortsatt høyere enn hos kvinner med normale svangerskap, selv 40 år etter første svangerskap. (Andersgaard et al., 2012; Engeland et al., 2015; Magnussen et al., 2009; Riise et al., 2017)

Studien STORK Groruddalen har fulgt 823 gravide kvinner med barn og barnefar fra 65 ulike land. 59 prosent var etniske minoriteter. Forskerne fant at svangerskapsdiabetes er ti ganger mer vanlig blant kvinner med vesteuropeisk bakgrunn enn det som er registrert i Medisinsk fødselsregister. I tillegg er tilstanden betydelig mer utbredt blant etniske minoriteter. Det er imidlertid store forskjeller mellom ulike innvandrergupper. Sunt kosthold og fysisk aktivitet er med på å forebygge svangerskapsdiabetes. Studien fant et større potensiale for å bedre kostvaner og øke fysisk aktivitet blant etniske minoriteter i Groruddalen enn blant vesteuropeere. I tillegg har kvinner fra Sør-Asia en økt risiko for å utvikle svangerskapsdiabetes selv ved normal BMI, altså uten å være overvektige. (Berntsen et al., 2014; Jenum et al., 2012; Jenum et al., 2010; Morkrid et al., 2014; Richardsen et al., 2016; Waage et al., 2016)

Litteraturen viser klart og tydelig at svangerskap er en viktig innfallsport for å fange opp kvinner som er i risikozonen for å utvikle hjerte- og karsykdommer senere i livet, og å forebygge senere sykdom. Norsk gynekologisk forening anbefaler oppfølging av disse kvinnene i sin veileder i fødselshjelp. Til tross for dette inkluderer ikke de nye nasjonale faglige retningslinjene for forebygging av hjerte- og karsykdommer svangerskapskomplikasjoner som viktige risikofaktorer å ta hensyn til i forebyggingsarbeidet. I dag er det altså ingen systematisk oppfølging av denne pasientgruppa, selv om de fleste utvikler høyt blodtrykk, en av hovedårsakene til hjerte- og karsykdom hos kvinner. (Helsedirektoratet, 2017a; Norsk gynekologisk forening, 2014)

Norge har for øvrig en egen nasjonal behandlingstjeneste for hjertesyke gravide ved Oslo universitetssykehus. Behandlingstjenesten tar seg av kvinner med medfødt og ervervet hjertesykdom og sørger for at disse er godt ivaretatt gjennom svangerskapet.

Leddgikt gir økt risiko

Leddgikt (revmatoid artritt) gir økt risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer hos både kvinner og menn. Sykdommen rammer bare 0,5-1 prosent av befolkningen, men kvinner rammes tre ganger så ofte som menn, noe som gjør leddgikt til en utpreget "kvinnesykdom". Forskning viser at det er

nødvendig å øke oppmerksomheten og kunnskapen rundt den økte risikoen for hjerte- og karsykdommer hos leddgiktspasienter. Det er fortsatt store utfordringer knyttet til risikovurdering og til registrering av risikofaktorer. De nye nasjonale faglige retningslinjene for forebygging av hjerte- og karsykdommer påpeker nå at leddgikt er én av tilleggsfaktorene som bør med i risikovurderingen av hjerte- og karsykdom hos pasienter. (Crowson et al., 2017; Dessein et al., 2016; Norsk helseinformatikk; Semb et al., 2016; Semb et al., 2014)

Les relevante forskningsnyheter fra [Kilden kjønnsforskning.no](http://Kilden.kjønnsforskning.no)

[På barrikadene med ultralyd for kvinners hjerter](#)

[Hjertesykdom er den største kvinnedreperen i Norge](#)

[Den kompliserte kvinnekroppen](#)



Illustrasjonsfoto: iStockphoto

2.2 KREFT

Det har vært en økning i antall krefttilfeller². De siste årene har kreft tatt livet av rundt 5000 kvinner og 5 800 menn årlig i Norge. Det er nå den nest hyppigste dødsårsaken blant kvinner, etter hjerte- og karsykdommer. Blant menn er kreft blitt den hyppigste dødsårsaken. Dødeligheten er relativt lik for menn og kvinner fram til 60-årsalderen, men deretter har menn større risiko for å dø av kreft enn kvinner. (Dødsårsaksregisteret, 2017; Folkehelseinstituttet; Kreftregisteret, 2016)

Selv om stadig flere menn og kvinner får diagnostisert kreft, har dødeligheten samlet sett vært mye mer stabil. Det skyldes en kombinasjon av tidligere diagnostisering og bedre behandling. Drøyt 70 prosent overlever nå minst fem år etter at de har fått en kreftdiagnose. Men selv om det ikke har skjedd dramatiske endringer i kreftdødelighet samlet sett, har prognosen for flere av kreftformene endret seg kraftig. For eksempel er det langt færre som dør av kreft i magesekken, mens dødeligheten av føyflekkreft har økt. I tillegg har det vært en nedgang i dødeligheten blant dem under 50 år, og særlig blant barn og voksne under 30 år. (Kreftregisteret, 2016; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2012)

For de fleste kreftformene øker risikoen kraftig med alderen. Generelt sett har også personer med lav utdanning og inntekt høyere risiko for kreft enn personer med høy utdanning og inntekt. Personer med innvandrerbakgrunn har generelt lavere forekomst av kreft enn nordmenn, men høyere forekomst av infeksjonsrelaterte krefttyper som lever-, mage- eller livmorhalskreft. De vanligste

² Mye av denne økningen skyldes en stor befolkningsøkning og en større andel eldre i befolkningen. Men noe av økningen kan også skyldes bedre diagnostikk, i tillegg til økt grad av kreftfremkallende påvirkning (Kreftregisteret, 2016).

kreftformene blant menn er prostatakraft, tykk- og endetarmskraft, lungekraft og blærekraft. Blant kvinner er de vanligste kreftformene brystkraft, tykk- og endetarmskraft, lungekraft og føflekkraft. Hvis vi ser på forekomsten av de forskjellige typene av underlivskraft samlet, kommer dette inn på lista som den tredje hyppigste kreftformen blant kvinner, før lungekraft. Men hva som er vanlig, varierer med alderen. Blant unge menn er det flest som får testikkelkraft, mens brystkraft er vanligst blant unge kvinner. Prostatakraft forekommer hyppigst blant menn over 50 år. Når det gjelder kvinner, er brystkraft fortsatt den vanligste kreftformen fram til de fyller 70 år, etter det er det tykktarmskraft som rammer flest. (Folkehelseinstituttet; Hjerkind et al., 2017; Kreftregisteret, 2016)

Totalt 470 av 1854 publikasjoner i litteraturgjennomgangen vår omhandlet kreft. Totalt utgjør dette drøyt 25 prosent av publikasjonene, og bortsett fra det store temaområdet "Ulike livsfaser: reproduktiv helse, fødsler, overgangsalder og aldring", er kreft det temaet der vi har funnet desidert flest publikasjoner. Selv om det fortsatt gjenstår mange ubesvarte spørsmål, har forskningen i dag kommet langt i å avdekke risikofaktorer og årsaker til ulike krefttyper. Dette har gjort det mulig å redusere risikoen for å dø av mange krefttyper, også de kreftformene som er vanligst blant kvinner. Det skal vi se nærmere på i dette kapitlet.

Føflekkraft øker mest

Føflekkraft kan forebygges. Det er en klar sammenheng mellom soleksponering og føflekkraft. Forskning viser at det er spesielt viktig å beskytte barn og unge mot sola, men også voksne med lys hud som er særlig følsom for sollys. I tillegg ser det ut til å være en klar sammenheng mellom solariebruk og risiko for føflekkraft. Den siste tiårsperioden er føflekkraft den kreftformen som har økt mest, og det er den femte vanligste kreftformen for begge kjønn sett under ett³. De sørligste fylkene har to til tre ganger så høy forekomst som de nordligste. Selv om sykdommen er vanligst blant de aller eldste, er føflekkraft blitt den nest hyppigste kreftformen blant både kvinner og menn i alderen 25 til 49 år. Forskning på norske kvinners solingsvaner viser at solkrembruken har økt siden slutten av 90-tallet, og det er nå vanligere å bruke krem med høyere solfaktor. Men samtidig er det vanligere å bli solbrent. Solbrun hud er attraktivt, særlig i majoritetsbefolkningen, og de siste årene har stadig flere begynt å feriere på sørlige breddegrader. Stoler vi for ukritisk på solkremen og glemmer andre forholdsregler? Her ligger det et stort potensiale for kreftforebygging. (Braaten et al., 2005; Ghiasvand, 2016; Kreftregisteret, 2016; Robsahm et al., 2013; Schei & Bakketeig, 2007)

Har lungekraft blitt et klasseproblem?

En annen kreftform som kan forebygges, er lungekraft. Lungekraft er tett knyttet til røyking, og risikoen henger sammen med hvor mange år du har røykt, hvor gammel du var da du begynte, hvor mange sigaretter du røyker daglig og hvor kraftig du inhalerer. Lungekraft var en uhyre sjelden sykdom i Europa på 1800-tallet, før den ble mer og mer vanlig, først blant menn og senere blant kvinner. For hundre år siden ble det ansett som svært upassende for kvinner å røyke, mens det var begynt å bli normalt for menn. Rundt 1950 røykte over 80 prosent av norske menn mellom 20 og 24 år. Først fra slutten av 1960-tallet ble det vanligere blant kvinner. Da ble røyking brukt som et symbol på likestilling og kvinnefrigjøring i mange miljøer, og på begynnelsen av 70-tallet oppga over 40 prosent av kvinnene mellom 16 og 24 år at de røykte daglig. Utviklingen i antall røykere har gjenspeilt

³ Til tross for at dødeligheten av føflekkraft har økt, har både menn og kvinner en fem års relativ overlevelsesrate på over 80 prosent, kvinner noe høyere enn menn (Kreftregisteret, 2016).

seg i lungekreftstatistikken med noen tiårs forsinkelse. Lungekreft er nå den tredje vanligste kreftformen både blant menn og kvinner i Norge, og den hyppigste kreftformen på verdensbasis. Det er også en kreftform med dårlig prognose. Tall fra Kreftregisteret viser en fem års relativ overlevelsesrate på drøyt 14 prosent for menn og snaut 21 prosent for kvinner. De siste årene har det imidlertid vært en nedgang i andelen menn som får lungekreft. Blant kvinner øker det fortsatt, men det ser ut til at ratene for dem under 60 år er i ferd med å flate ut. Denne utflatingen og nedgangen henger sammen med at det i dag er færre som røyker, og langt færre som begynner å røyke. Det ser ut til at økt kunnskap om kreftrisiko og en rekke forebyggende nasjonale tiltak har hatt effekt. Samtidig har det dannet seg et klart mønster: Det er en langt større andel røykere blant personer med lav utdanning enn blant personer med høy utdanning. 17 prosent av dem som kun har fullført grunnskolen røykte i 2016, og bare 5 prosent av dem med universitets- og høyskoleutdanning. Dette mønsteret er imidlertid tydeligere blant menn enn blant kvinner. 19 prosent av mennene med grunnskoleutdanning røyker, og bare 4 prosent av mennene med universitets- og høyskoleutdanning. Tilsvarende tall for kvinner er 13 og 6 prosent. (Kreftregisteret, 2016; Schei & Bakketeig, 2007; Statistisk sentralbyrå, 2017b)

Screening av kvinnekroppen

I 20 år har norske kvinner deltatt i nasjonale masseundersøkelser mot kreft. Mammografi-programmet startet som et prøveprosjekt i 1995/96, og ble gradvis utvidet til det ble landsdekkende i 2004/2005. Annethvert år inviteres kvinner mellom 50 og 69 år til røntgenundersøkelse av brystene for å avdekke kreft eller forstadier til kreft, og på den måten redusere dødeligheten av brystkreft. I tillegg screenes kvinner gjennom Livmorhalsprogrammet, som ble landsdekkende i 1995. Programmet anbefaler kvinner mellom 25 og 69 år å få tatt celleprøver fra livmorhalsen hvert tredje år for å avdekke forstadier til kreft, og dermed forebygge livmorhalskreft. Siden 2012 har det også pågått et pilotprosjekt med tarmscreening av begge kjønn, og i 2017 anbefalte Helsedirektoratet at det blir satt i gang et nasjonalt screeningprogram for alle menn og kvinner over 55 år, med oppstart i 2019. (Helsedirektoratet, 2017b; Kreftregisteret, 2017)

Brystkreft er som nevnt den vanligste kreftformen blant kvinner. Det er dessuten en kreftform som er vanskelig å forebygge fordi risikoen er sterkt knyttet til kjønnshormoner og kvinnelige livshendelser – som barnefødsler og amming. Men det er uaktuelt å anbefale kvinner å få mange barn i svært ung alder, selv om det kunne redusert risikoen for brystkreft senere i livet. Imidlertid er ikke brystkreft lenger den kreftformen som tar livet av flest kvinner. I dag dør flere av både lungekreft og tarmkreft. Siden Mammografi-programmet startet, har dødeligheten sunket med omtrent 30 prosent. Ifølge Forskningsrådets evaluering av programmet skyldes det delvis at krefttilfeller og forstadier blir oppdaget tidligere gjennom screening, men også at vi har utviklet bedre behandlingsmåter. I en studie av drøyt 40 000 kvinner med brystkreft viser Kalager og kolleger at bare en tredjedel av reduksjonen i dødelighet skyldes selve screeningen. Det har vært forsket mye på brystkreft de seneste årene. Kampen mot brystkreft har vært et forskningspolitisk prioriteringsområde siden regjeringens kvinnehelsestrategi ble lansert i 2003. Det gjenspeiles i materialet vårt. En stor overvekt av publikasjonene om kreft handler om brystkreft og brystkreftbehandling. Det er også mange som tematiserer mammografi-programmet. For selv om screening har bidratt til å redusere dødeligheten av brystkreft, har det også negative bivirkninger i form av overdiagnostikk og overbehandling, som igjen kan bidra til unødig bekymring og angst – i tillegg til unødig behandling. Det har derfor vært en del debatt om programmet de senere år. I en internasjonal litteraturstudie av screeningprogrammer

konkluderer Løberg og kolleger at kvinner må få god og konkret informasjon om både fordeler og ulemper ved brystkreftscreening. På den måten kan kvinner ta informerte valg om hvorvidt de skal delta. (Falk et al., 2013; Hofvind et al., 2013; Horn, 2014; Kalager et al., 2010; Kreftregisteret, 2016; Loberg et al., 2015; Lund et al., 2013; Schei & Bakketeig, 2007; The Research Council of Norway, 2015)

Studier fra USA har vist at brystkreftoverlevelse varierer med etnisk bakgrunn. I Europa og Skandinavia er det en økende bekymring for at brystkreftoverlevelse blant innvandrere fra Afrika og Asia er lav. I en norsk pilotstudie sammenlignet Latif og kolleger kvinnelige brystkreftpasienter i perioden 2002 til 2009 som var født i enten Pakistan, Sri Lanka eller Somalia med etnisk norske kvinner. Tallene var for små til å kunne trekke bastante konklusjoner, men kvinnene med minoritetsbakgrunn hadde høyere dødelighet enn kvinnene fra majoritetsbefolkningen. Hovedårsaken var at de fikk påvist brystkreft på et senere stadium. Det hang delvis sammen med at de i mindre grad deltok i Mammografiprogrammet enn det majoritetsbefolkningen gjorde. Men mange av kvinnene var yngre enn 50 år, og for unge til å delta i programmet. Forskerne konkluderte med at det må gjøres en innsats for å oppdage kreft tidligere hos kvinner fra Asia og Afrika, for eksempel ved å tilby screening til yngre kvinner, og ved å fokusere mer på dette i primærhelsetjenesten. En nyere registerstudie av Thogersen og kolleger bekrefter at innvandrerkvinner blir diagnostisert senere enn norskfødte kvinner. Det gjelder spesielt kvinner under 50 år og kvinner fra Midtøsten og Sør-Asia. (Latif et al., 2015; Thogersen et al., 2017)

Det er også gjort en studie som sammenlignet kvinnelige immigranternes deltakelse i Livmorhalsprogrammet med deltakelsen til kvinner født i Norge. Den viste at andelen som tar celleprøve er lavere blant immigranter enn i resten av befolkningen, men også at det er store variasjoner mellom ulike grupper⁴. Høy inntekt, bosted på bygda og det å ha en kvinnelig fastlege var faktorer som økte sannsynligheten for å delta i programmet både blant innvandrere og norskfødte. Blant norskfødte og i de fleste innvandrergruppene var det flest yngre kvinner som tok celleprøve. Lengre botid i Norge økte sannsynligheten for deltakelse blant øst-europeere. Det å ha en norskfødt fastlege økte sannsynligheten for å ta celleprøve blant vest-europeere og nord-amerikanere, øst-europeere og asiater, men ikke for kvinner fra Afrika eller Sør- og Mellom-Amerika. Forskerne bak studien understreker at vi trenger nasjonale tiltak for å få flere innvandrerkvinner til å delta i Livmorhalsprogrammet. Blant annet må fastleger og andre i helsetjenesten få mer kunnskap om hva slags barrierer som hindrer deltakelse – både kulturelle, språklige og kjønnsrelaterte barrierer. (K. A. Moen et al., 2016)

Forebygging med vaksine

I Norge er det rundt 300 kvinner som utvikler livmorhalskreft hvert år, og rundt 70 som dør. Rundt 80 prosent av kvinnene i målgruppa til Livmorhalsprogrammet – alle kvinner mellom 25 og 69 år – har tatt celleprøve i løpet av de siste fem årene. Halvparten av dem som utvikler livmorhalskreft, har ikke tatt celleprøve de siste fem årene. Men blant kvinnene som utvikler kreft til tross for at de deltar i programmet, har omtrent 50 prosent normal celleprøve mindre enn 3,5 år før de får påvist kreft. Det skyldes at sensitivitet av en enkelt celleprøve er lav, og varierer fra screener til screener og fra laboratorium til laboratorium. (Dødsårsaksregisteret, 2017; Kreftregisteret, 2016, 2017; Sørbye, 2016a; Sørbye et al., 2017)

⁴ De innvandrede kvinnene var gruppert etter fødested i: 1) Norden, Nord-Amerika og Vest-Europa, 2) Øst-Europa, 3) Asia, 4) Afrika, 5) Sør- og Mellom-Amerika.

Det har vist seg at infeksjon med humant papillomavirus (HPV) er en nødvendig forutsetning for å utvikle livmorhalskreft. HPV er det mest utbredte seksuelt overførbare viruset vi har, og infeksjonen går normalt over av seg selv. Men i noen tilfeller kan infeksjonen vedvare og utvikle seg til kreft. HPV-vaksine ble en del av Barnevaksinasjonsprogrammet i 2009, og tilbys til alle 12 år gamle jenter. I tillegg har alle unge kvinner født i 1991 eller senere fått tilbud om vaksinen, mens de som er eldre kan få resept hos lege og betale for vaksinen selv. Vaksinen beskytter mot HPV type 16 og 18, som forårsaker minst 70 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft. Selv om det fortsatt er behov for screening for å oppdage de kreftformene som vaksinen ikke forebygger, vil langt færre kvinner enn tidligere oppleve å få påvist høygradige celleforandringer og måtte gjennom behandling. I dag behandles rundt 4000 kvinner årlig for høygradige forstadier til livmorhalskreft. Det er nylig kommet en HPV-vaksine som dekker ni HPV-typer og kan forebygge inntil 90 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft. (Folkehelseinstituttet, 2017; Kreftregisteret, 2017)

Det er nå besluttet at HPV-test skal erstatte celleprøve som primærscreeningsmetode for alle kvinner mellom 34 og 69 år⁵. Endringen vil bli innført gradvis i hele landet fra 2019 til 2021. Da kan kvinner med HPV-infeksjon følges tett, og kvinner uten infeksjon screenes sjeldnere enn i dag. Screening med HPV-test skal gjennomføres hvert femte år istedenfor hvert tredje år. Utfordringen er at HPV-infeksjon er svært vanlig, særlig hos unge kvinner, og at de fleste infeksjonene går over av seg selv. (Kreftregisteret, 2017; Sørbye, 2016a)

Til nå er det bare jenter som har fått HPV-vaksine, men fra og med høsten 2018 skal 12 år gamle gutter få tilbud om gratis vaksine gjennom Barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen beskytter nemlig også mot kreft i blant annet penis, anus, munnhule og svelg. Den er dermed svært relevant for gutter. Risikoen for analkreft hos menn som har sex med menn, er høyere enn risikoen for livmorhalskreft hos kvinner. Dessuten har vi ikke noe screeningprogram som kan fange opp disse krefttypene. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Palefsky, 2010; Sørbye, 2016b; The Anchor Study, 2017)

Arvelig bryst- og eggstokkreft

Mutasjoner i genene BRCA1 eller BRCA2 kan føre til bryst- og eggstokkreft. Slike mutasjoner står anslagsvis bak 2 til 3 prosent av alle brystkrefttilfeller i verden⁶. I en fersk norsk studie fant Grindedal og kolleger 3 prosent BRCA1- eller BRCA2-mutasjonsbærere blant brystkreftsyke med eller uten familiehistorie i området til Helse Sør-Øst. Det er altså ikke veldig utbredt, men konsekvensene kan være alvorlige for dem det gjelder. I de tjue årene som er gått siden man identifiserte og kartla genene, har flere mutasjoner blitt kartlagt og koblet til opphopningen av bryst- og eggstokkreft i enkelte familier. Det førte også til at kvinner med påvist mutasjon, eller stor familiær opphopning, fikk tilbud om årlig mammografiovervåkning. Det viste seg at mammografiovervåkning av kvinner med økt risiko for brystkreft ga god prognose for dem med BRCA2-mutasjon, men dessverre ikke for dem med BRCA1-mutasjon. Fra 2001 fikk mutasjonsbærere i tillegg tilbud om årlig MR-mammografi, som har bedre sensitivitet. Likevel viste den norske oppfølgingsstudien, som så på fem års overlevelse for brystkreft hos mutasjonsbærere, at kvinner med BRCA1-mutasjon fortsatt hadde betydelig lavere overlevelsesmuligheter sammenlignet med kvinner med sporadisk brystkreft. Det gjaldt også

⁵ Siden 2015 har Norge hatt et pilotprosjekt med HPV-test som primærscreeningsmetode i fire fylker.

⁶ Tallene varierer noe, avhengig av seleksjonsgrad i pasientgruppa, hvilken type genetisk test man benytter og befolkningen man tester i.

når det var snakk om små svulster uten spredning til lymfeknuter. For at kvinner med BRCA1-mutasjon skal kunne forvente samme livslengde som andre kvinner, må de fortsatt gå til det drastiske skrittet å fjerne bryster og eggstokker forebyggende. (Grindedal et al., 2017; Hagen, 2016; Møller et al., 2013)

En artikkel fra 2017 analyserer erfaringene til norske kvinner med arvelig genfeil, som har utviklet brystkreft og foretatt tosidig mastektomi (kurativ og preventiv fjerning av brystene). Studien viser at disse kvinnene er svært takknemlige for at genteknologien har gitt dem mulighet til å tenke forebygging der hvor brystkreft i familien tidligere har medført en ukontrollerbar og dødelig skjebne. Samtidig viser studien at det å fjerne bryster i forbindelse med kreft er en svært komplisert prosess som ofte får langvarige fysiologiske og identitetsmessige implikasjoner. Dette er noe helsevesenet i større grad både bør forberede kvinnene på og følge opp etter behandlingen. (Solbrække et al., 2017)

Les relevante forskningsnyheter fra Kilden kjønnsforskning.no

[Brystkreft er business](#)

[Kvinner med lav utdanning dør oftere av brystkreft](#)

[Må fjerne livmoren for å overleve](#)

[Dårleg førebudde på kreftkonsekvensar](#)



Illustrasjonsfoto: iStockphoto

2.3 MUSKEL- OG SKJELETLIDELSER, LANGVARIGE SMERTE- OG UTMATTELSESTILSTANDER

Smerter er antakelig den vanligste grunnen til at pasienter oppsøker helsevesenet. Hvis smertene varer i tre måneder eller mer, definerer vi det som langvarig smerte. Det mest vanlige er å ha smerter i muskler og skjelett, men smerter i mage og tarm, samt hodepine og migrene, forekommer også hyppig. Migrene er en av tilstandene som særlig rammer kvinner. 15 prosent av voksne kvinner og 7 prosent av voksne menn i Norge har migrene. (Folkehelseinstituttet; Norsk Helseinformatikk)

Generelt er langvarige smerter mer utbredt blant kvinner enn menn. Kjønnforskjellene er moderate når det gjelder smerte generelt, men betydelig større for mer uttalte smerter, særlig smerter som er utbredt flere steder i kroppen. (Andorsen et al., 2014; Folkehelseinstituttet)

I Norge er muskel- og skjelettsykdommer den største enkeltårsaken til sykefravær. Samlet sett er det nå den nest vanligste årsaken til uførhet, etter psykiske lidelser. Men uførestatistikken varierer med kjønn og alder: Muskel- og skjelettsykdom er fortsatt den vanligste uførediagnosen blant uføre over 55 år. Det er også den mest utbredte diagnosen blant kvinner. De absolutte tallene viser at mer enn dobbelt så mange kvinner som menn har en muskel- eller skjelettlidelse som hoved-diagnose. (Ellingsen & Lindbol, 2017; Sundell, 2017)

Generelt er også muskel- og skjelettlidelser og langvarige smerter vanligere hos personer med lav sosioøkonomisk status. (Folkehelseinstituttet)

Ifølge en registerstudie av Diaz og Kumar får immigranter, særlig immigranter fra ikke-vestlige land, oftere uspesifikke diagnoser som magesmerter eller hodepine enn majoritetsnordmenn. En svensk studie antyder at dette både kan skyldes at pasientene presenterer symptomene annerledes enn majoritetsbefolkningen, og at legene vurderer smertene annerledes når de undersøker pasienter med innvandrerbakgrunn. (Andre & Lofvander, 2013; Diaz & Kumar, 2014)

Totalt 145 av 1854 publikasjoner i litteraturgjennomgangen vår omhandlet muskel- og skjelettlidelser og langvarige smerte- og utmattelsestilstander. Totalt utgjør dette snaut 8 prosent av publikasjonene. Vi har i dag god kunnskap om en del av sykdommene, men som litteraturgjennomgangen også viser, er det store uløste spørsmål knyttet til flere av tilstandene og til kjønnsdimensjonene ved dem. I dette kapitlet går vi nærmere inn på noen av tilstandene der kvinner er overrepresentert.

Framgang i leddgiktbehandling

Leddgikt (revmatoid artritt) er en utpreget "kvinnesykdom". Selv om den bare rammer 0,5-1 prosent av befolkningen, rammer den kvinner tre ganger så ofte som menn. Forekomsten øker med alderen og debuterer oftest mellom 45 og 60 år. (Norsk helseinformatikk)

Vi har tidligere skrevet at leddgiktpasienter har økt risiko for hjerte- og karsykdommer. I tillegg viser forskning at de har betydelig økt risiko for beinskjørhet. Kvinner med leddgikt opplever oftere komplikasjoner under svangerskap og fødsler enn friske kvinner; de har økt sannsynlighet for både vaginal blødning, for tidlig fødsel, keisersnitt og abort. (Haugeberg et al., 2000; Vis et al., 2011; Wallenius et al., 2014a, 2015a)

Mange med leddgikt faller ut av arbeidslivet. De siste årene har det imidlertid skjedd en betydelig utvikling i den medikamentelle behandlingen av sykdommen. I dag opplever leddgiktpasienter langt færre plager og klart bedre funksjonsnivå enn for noen år siden. I en studie av pasienter i Oslos leddgiktregister rapporterte både menn og kvinner en betraktelig bedring fra 1994 til 2009. Kvinnenes helsetilstand bedret seg mest, og selv om de fortsatt var hardere rammet av sykdommen enn mennene, var kjønnsforskjellene mye mindre i 2009 enn i 1994. (Austad et al., 2015; Folkehelseinstituttet)

Pasienter med revmatiske sykdommer er for øvrig spesielt utsatt for å få kroniske muskulære smerter. Wallenius og kolleger har gjennomført to studier hvor de sammenlignet kvinner og menn med psoriasisartritt, og kvinner og menn med revmatoid artritt, og så på risikoen for arbeidsuførhet før fylte 45 år. Kvinnene kom dårligere ut enn mennene i begge grupper. (Wallenius et al., 2009a, 2009b)

70 prosent av hoftebrudd skjer hos kvinner

Drøyt halvparten av publikasjonene omhandlet beinskjørhet (osteoporose) og brudd. Det gjenspeiler at beinskjørhet har vært et prioritert område innenfor kvinnehelsesatsingen til Forskningsrådet, som startet i 2004 i kjølvannet av Regjeringens kvinnehelsestrategi. Beinskjørhet utgjør en betydelig risikofaktor for brudd, særlig i hofte, ryggrad og håndledd. Hoftebrudd er det mest alvorlige og medfører en betydelig økt risiko for å dø, både på kort og lang sikt. Rundt 70 prosent av 9000 årlige hoftebrudd i Norge skjer blant kvinner, særlig eldre kvinner. De senere års forskning har gitt oss relativt god kunnskap om risikofaktorer og forebyggingsmuligheter i Norge, og selv om det fortsatt

gjenstår ubesvarte spørsmål, er det er andre områder hvor kunnskapsbehovet er større. (Omsland et al., 2014; Omsland et al., 2012)

Flere kvinner blir sykmeldte og uføre

Sykefravær på grunn av muskel- og skjelettlidelser er som nevnt betydelig høyere for kvinner enn for menn, både i Norge og i andre land. (Andorsen et al., 2014; Gjesdal, 2009; Sundell, 2017)

Ifølge en stor nasjonal studie som undersøkte kjønnsforskjeller i overgang fra langtidssykmelding til uførepensjon, er dette også den eneste diagnosegruppa der risikoen for uførepensjon fortsatt var noe høyere for kvinner enn for menn, etter å ha kontrollert for sosiodemografiske faktorer. Etter å ha korrigert for dette, viste det seg nemlig at det var menn som hadde høyest risiko for å bli uføre i alle andre diagnosegrupper. Siden langtidssykefraværet var høyere blant kvinner, var likevel totaleffekten en større uføretilgang blant kvinnelige langtidssykmeldte. (Gjesdal, 2009)

Studien viste at drøyt 22 prosent av kvinnene og 17 prosent av mennene med muskel- og skjelettlidelser ble uføretrygdet i løpet av en femårsperiode, fra 1997 til 2002. Det var betydelige inntektsforskjeller mellom kjønnene. Etter å ha korrigert for inntektsforskjeller, ble kjønnsforskjellene i uføretrygd redusert med en tredjedel. En tredjedel til forsvant da forskerne korrigerte for forskjeller i arbeidstid og familiestatus: Mens det å ha omsorg for barn under 18 år beskyttet både menn og kvinner mot uføretrygd, var deltidsarbeid forbundet med en økt sannsynlighet for å bli trygdet. Ifølge studien skyldtes de siste kjønnsforskjellene at menn og kvinner rammes av noe ulike diagnoser. Det var flere kvinner som led av sykdommer med "dårlige" prognoser, som myalgi og fibromyalgi, mens det var flere menn som hadde lidelser med "gode" prognoser, spesielt brudd og skader. Etter å ha justert for slike faktorer, forsvant kjønnsforskjellene i uføretrygd helt. (Gjesdal et al., 2011)

Kort oppsummert ser det ut til at bedre lønns- og arbeidsvilkår for kvinner kan bidra til å redusere kjønnsforskjellene i uføretrygd betraktelig. Men samtidig er altså kvinner overrepresentert innenfor noen diagnosegrupper med "dårlige" prognoser. Det viser også nyere tall fra NAV: Ved utgangen av 2014 var det var flest som var uføretrygdet på grunn av rygg sykdommer. Blant menn var det 15 600 personer, blant kvinner 20 200 personer, altså en andel på drøyt 11 prosent av de uføre både blant kvinner og blant menn. Men blant kvinner var det også 18 300 personer som hadde diagnosen myalgi eller fibromyalgi. Blant menn var det bare 2 500 personer med denne diagnosen. (Ellingsen & Lindbol, 2017)

Litteraturgjennomgangen viser at vi trenger mer kunnskap om årsakene til slike langvarige og kroniske smertetilstander, og ikke minst om årsakene til de store kjønnsforskjellene. Det er et svært komplekst felt hvor både biologi og gener, levevaner, miljømessige og sosiale forhold, samt psykisk helse kan spille inn. For eksempel viser data fra Tromsø-undersøkelsen en sterkere sammenheng mellom kroniske smerter og livsstilsfaktorer som røyking, overvekt og trening hos kvinner enn hos menn. (Andorsen et al., 2014)

Studier av kvinner med fibromyalgi viser at det gjerne skjer en smerteutvikling over flere år før de til slutt får stilt en diagnose. En kvalitativ analyse fant at kvinnene hadde hatt store psykiske og fysiske belastninger over tid før de fikk diagnosen, og lange perioder med smerter og trøtthet i kroppen som

de ignorerte i forsøket på å strekke til og mestre belastningene i hverdagen. Her kan det ligge et potensiale for forebygging, før kvinnene utvikler store kroniske smerter. (Forseth, 2000; Wanvik, 2011)

Forskning tyder på at mens menn opplever stress og konflikter på jobb som en viktig årsak til at de sykmeldes med muskel- og skjelettlidelser, er totalbelastningen fra både jobb og privatliv en viktig årsak for kvinner. Det er også funnet noen kjønnsforskjeller i utbyttet uføretrygdede har av rehabiliteringsprogram, selv om både menn og kvinner opplevde sterk fremgang i løpet av programmet. Symptomatisk for alle studiene er at de påpeker behovet for mer forskning. (Andorsen et al., 2014; Batt-Rawden & Tellnes, 2013; Forseth, 2000; Wanvik, 2011)

Mysteriet ME

Vi trenger også mer kunnskap om langvarige utmattelsestilstander som CFS/ME⁷ (heretter kalt ME). ME er et kronisk utmattelsessyndrom som vi ikke vet årsaken til. Pasientgruppa er sammensatt, men pasientene har det til felles at de har en langvarig, betydelig, og til tider invalidiserende utmattelse. I tillegg kommer karakteristiske symptomer som blant annet dårlig søvnkvalitet, smerter, svekket hukommelse og konsentrasjonsevne, blodtrykksfall og hjertebank, samt overfølsomhet for sanseintrykk. Både utmattelsen og de andre symptomene forverres av mental, sosial eller fysisk anstrengelse og lindres ikke som normalt av hvile. Foreløpig har vi ingen dokumentert behandling som kan kurere ME, men det finnes behandlinger og strategier som kan lindre symptomene og bidra til mestring og bedring i pasientenes funksjon og livskvalitet. (Helsedirektoratet, 2014; Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME)

ME ser ut til å øke blant unge, og rammer kvinner i langt større grad enn menn. Britiske undersøkelser viser en forekomst på mellom 0,2 og 2,4 prosent, avhengig av definisjon. Vi mangler tilsvarende statistikk fra Norge, men tall fra Norsk Pasientregister viser at ME rammer kvinner tre ganger hyppigere enn menn. De fleste pasientene er enten i 30-40-årene eller i tenårene. (I. J. Bakken et al., 2014)

Mangelen på medisinske forklaringer og effektiv behandling har bidratt til at ME har vært en diagnose med lav status og lav legitimitet i medisinske fagmiljøer. Det har blitt hevdet at utmattelsen hovedsakelig har psykiske årsaker og særlig rammer ambisiøse kvinner som ikke er i stand til å leve opp til sine egne litt for høye krav. Dette har blant annet ME-foreningen tatt sterk avstand fra. Studier viser at kvinnelige ME-pasienter er mindre fornøyde med både primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og koordineringen av helsetjenester enn gjennomsnittsbefolkningen. Men de viser også at pasienttilfredsheten øker når de opplever å bli tatt på alvor, få god informasjon og god oppfølging. I kapittel 2.6 skriver vi mer om utfordringer personer med langvarige smerte- og utmattelsestilstander opplever i møtet med helsevesenet. (Hansen & Lian, 2016a, 2016b; Lian & Hansen, 2016; Malterud, 2001; Soderlund & Malterud, 2005; Øistad, 2014)

I Norge fikk vi en egen nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME i 2012, og det pågår nå mye forskning på feltet som forsøker å kaste lys over tilstanden, både i forhold til årsaker og behandlingsmuligheter. Blant annet har en sett at immunsystemet kan spille en viktig rolle. Mange pasienter har hatt én eller gjentakende infeksjonssykdommer før ME-symptomene startet, og behandling med immunmedisinen rituximab ser ut til å ha svært positiv effekt på en del ME-pasienter. Det kan ha

⁷ CFS står for Chronic Fatigue Syndrome (kronisk utmattelsessyndrom) og ME står for Myalgic encephalomyelitis (myalgisk encefalomyelitt) (Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME).

sammenheng med at det såkalte PDH-enzymet ser ut til å være hemmet i ME-pasienter, noe som igjen fører til overforbruk av enkelte aminosyrer, energimangel og økt melkesyreproduksjon. Rituximab antas å påvirke immunsystemet og motvirke at PDH-enzymet svekkes. Dette forskes det nå videre på. (Fluge et al., 2017; Fluge et al., 2015; Soderlund & Malterud, 2005)

Les relevante forskningsnyheter fra [Kilden kjonnforskning.no](http://Kilden.kjonnforskning.no)

[ME: Mannssjukdommen som vart kvinnesjukdom](#)

[Bekkenløsning: Moderne smerte](#)

[Spør i kroppen](#)



Illustrasjonsfoto: iStockphoto

2.4 HELSE I ULIKE LIVSFASER: REPRODUKTIV HELSE, FØDSLER, OVERGANGSALDER OG ALDRING

Alder og livsfase påvirker helsen vår og hvilke helseutfordringer som er de mest typiske. I dette kapitlet ser vi nærmere på helse i ulike faser av livet. Vi har konsentrert oss om voksne kvinners liv, siden det er det vi vektlegger i denne rapporten. Vi begynner med svangerskap, fødsler og reproduttiv helse. Deretter ser vi på overgangsalderen, før vi avslutter med et kjønnsperspektiv på eldres helse. For øvrig skriver vi om unge kvinner og overgangen fra barn til voksen i kapittel 2.5 om psykisk helse.

I litteratursøket vårt var det her vi fikk klart flest publikasjonstreff: totalt 933 av 1854 publikasjoner. Det utgjør om lag 50 prosent av publikasjonene. Mange av publikasjonene handler om temaer knyttet til reproduttiv helse, svangerskap og fødsler.

Svangerskapsomsorgen har fått nye utfordringer

Siden det første Mødrehygienekontoret åpnet i 1924, har det blitt gjort mye for å trygge rammene rundt svangerskap og fødsel, samt å gi kvinner mulighet til selv å planlegge når og om de ønsker å føde barn. I 1978 ble loven om selvbestemt abort vedtatt. I dag får alle elever seksualundervisning og prevensjonsveiledning på skolen. Det finnes nå et bredt utvalg av prevensjonsmidler, fra p-pille og kondom til langtidsvirkende prevensjon som hormonspiral og p-stav, samt nødprevensjon kvinner kan ta rett i etterkant av ubeskyttet samleie. Sist, men ikke minst, er svangerskapsomsorgen i Norge svært god. Vi har veldig lav nyfødtdødelighet og ekstremt få tilfeller hvor gravide dør i forbindelse med svangerskap og fødsel. Fra 2005 til 2009 var 26 dødsfall i Norge enten direkte eller indirekte

knyttet til svangerskap eller fødsel, ifølge en studie av mødredødsfall. Det er lave tall, men Vangen og kolleger viser i samme studie at den medisinske behandlingen kunne vært bedre i 14 av disse tilfellene. Den vanligste dødsårsaken var svangerskapsforgiftning (6 tilfeller). Samtidig viser en ny artikkel av Nyfløt og kolleger at vi ikke har hatt noen dødsfall knyttet til svangerskapsforgiftning de siste fire årene. (Austveg, 2006; Nyfløt et al., Submitted 2017; Vangen et al., 2014)

Selv om svangerskapsomsorgen er god, har den fått nye utfordringer de siste årene. Blant annet er det blitt mye vanligere med keisersnitt. Og selv om operasjonene normalt går greit, har ulike senkomplikasjoner av keisersnitt begynt å dukke opp. For eksempel får noen kvinner det som kalles *invasiv placenta* i senere svangerskap. Det vil si at morkaka ikke fester seg slik den skal, men trenger inn i selve livmorveggen. Det gir betydelig risiko for alvorlig blødninger under fødsel, og kan i noen tilfeller tvinge fram akutt fjerning av livmoren (akutt peripartum hysterektomi). En nordisk gjennomgang av fødsler som endte med at legene måtte fjerne livmoren, viser at i 91 av 211 tilfeller hadde kvinnene invasiv placenta. Det er fortsatt en veldig sjelden komplikasjon, men forekomsten av invasiv placenta har økt i takt med at det utføres flere keisersnitt, siden arrvev i livmoren fra tidligere keisersnitt er én av grunnene til at morkaka fester seg feil. (M. Jakobsson et al., 2015; Stær-Jenssen, 2017)

Stadig flere kvinner får barn i relativt høy alder. Gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende er nå 29 år. For 30 år siden var den 25 år. I 1986 var det drøyt 3 700 barnefødsler blant kvinner over 35 år, og kun 15 fødsler blant kvinner over 45 år. I 2016 var det over 12 000 fødsler blant kvinner over 35 år, og 133 av disse fødslene var blant kvinner over 45 år. Med økende alder, øker også sjansen for typiske svangerskapskomplikasjoner – som høyt blodtrykk, svangerskapsforgiftning, svangerskapsdiabetes og flerlingesvangerskap. I tillegg er det en større andel av "eldre gravide" som har kroniske sykdommer. Kroniske sykdommer som diabetes, revmatisme og epilepsi øker i varierende grad sjansen for ulike komplikasjoner hos mor og barn⁸. For eldre gravide kan også fødselen i seg selv by på større utfordringer enn for yngre gravide, og det er flere som ender med keisersnitt. Sist, men ikke minst, øker risikoen for alvorlige komplikasjoner hos fosteret, prematur fødsel og dødfødsel. (Aasheim et al., 2013; Borthen, 2015; Borthen & Gilhus, 2012; Dahl et al., 2008; Dahl et al., 2005; Eidem, 2014; Heiberg, 2017; Ludford et al., 2012; Luke & Brown, 2007; Nilsen et al., 2012; Skomsvoll et al., 2007; Statistisk sentralbyrå, 2017a; Waldenstrom et al., 2014; Wallenius et al., 2014a, 2014b, 2015b, 2016)

I dag møter svangerskapsomsorgen også flere overvektige gravide. Overvektige gravide har økt risiko for mange av de samme komplikasjonene som "eldre gravide" – blant annet øker sannsynligheten for svangerskapsdiabetes, høyt blodtrykk og svangerskapsforgiftning, premature fødsler, store barn, kompliserte fødsler og keisersnitt, fosterskader og dødfødsler. Overvekt øker også sjansen for kroniske sykdommer som diabetes og hjerte- og karsykdommer. (Bjorke-Monsen et al., 2016; Clausen et al., 2006; Ingul et al., 2016; Rasmussen et al., 2014; Sagedal et al., 2017)

At det i dag er flere gravide med kroniske sykdommer, skyldes ikke bare at det blir flere eldre og overvektige gravide. Det har også skjedd en endring i hvem som får barn, og hvem som ikke får det.

⁸ Siden det er flere gravide med kronisk revmatisme, har Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer utarbeidet en nasjonal veileder med punkter man skal være oppmerksom på ved planlegging av svangerskap, og forslag til standardisert oppfølging i svangerskapet og etter fødselen. (Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer, 2017)

Det er ikke mange år siden folk med sykdommer som diabetes eller systemisk lupus erythematosus⁹ ble frarådet graviditet. Det er ikke tilfelle i dag. Selvsagt handler det om at svangerskapsomsorgen og helsevesenet er blitt så bra at det er mulig. Men kanskje skyldes det også en tendens til å se på det å få barn som en slags "menneskerett", noe alle skal kunne ta del i? Uansett er det viktig at disse svangerskapene får en tett og god oppfølging.

For di flere utsetter å få barn til relativt høy alder, har vi en noe høyere grad av midlertidig ufruktbarhet enn tidligere. Det er ingen dramatisk økning, men det ser ut til at toleransen for å bruke tid på å bli gravid er mindre enn før. Det er altså flere som blir utredet for fertilitetsproblemer og får hormonbehandling og assistert befruktning. Andelen som forblir ufrivillig barnløse gjennom hele sin reproduktive aldersfase har imidlertid holdt seg forholdsvis stabil. Frivillig barnløshet varierer mer. Bak frivillig og ufrivillig barnløshet gjemmer det seg dessuten noen som er vanskelige å definere, for eksempel kvinner som aldri helt fant noen å få barn med. De er ikke barnløse fordi de valgte det, men fordi det "bare ble sånn". I kapittel 2.5 skriver vi mer om infertilitet og psykisk helse. (Rostad et al., 2006; Sundby, 1994)

Siden andelen av innvandrere i befolkningen har økt raskt, har andelen gravide med minoritetsbakgrunn også økt kraftig. Det kan gi ulike typer utfordringer for svangerskapsomsorgen, avhengig av blant annet hvilket land de gravide kommer fra, hva slags livssituasjon de hadde der og hvor lenge de har bodd i Norge. Sykdomsmønster er normalt knyttet til landet man kommer fra de første årene i det nye landet, mens det blir mer likt majoritetsbefolkningen ettersom tiden går. Dermed vil noen gravide, særlige de som har bodd kort tid i Norge, ha sykdommer det er økt risiko for i lavinntektsland – for eksempel hepatitt, tuberkulose og malaria. Noen grupper vil ha mindre *health literacy* enn gjennomsnittsbefolkningen, det vil si mindre kunnskap om helse og sykdom, og om hva helsetjenesten kan tilby. Tiltroen til helsevesenet og det offentlige generelt kan variere med bakgrunn og tidligere erfaringer i livet. Språkferdigheter kan også variere. Samlet stiller dette nye krav til både medisinsk faglig og kulturell kompetanse hos helsepersonell for å gi alle en likeverdig omsorg under svangerskap og fødsel. Oslo universitetssykehus har nå startet et prosjekt med å tilby *flerkulturell doula* til kvinner som er gravide med kort botid i Norge. En flerkulturell doula har samme språk og opprinnelsesland som kvinnen som skal føde, og har selv født på et norsk sykehus. Hun kan bidra til å øke opplevelsen av mestring i svangerskapet, i tillegg til å styrke morsrollen. (K. S. Bakken et al., 2015a, 2015b, 2017; Bjerke et al., 2010; Bjerke et al., 2011; Extrastiftelsen, 2017; Garnweidner et al., 2013; Gele et al., 2016; Merry et al., 2016)

Kjønnslemlestelse er et tema som har fått stor politisk oppmerksomhet de siste årene¹⁰. Forskere fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har anslått at det bor rundt 17 000

⁹ Systemisk lupus erythematosus (SLE) er en kronisk inflammatorisk systemsykdom. Det er en sjelden sykdom, men den rammer kvinner ni ganger oftere enn menn, og ofte i ung alder. (Lerang et al., 2012)

¹⁰ Kjønnslemlestelse er en fellesbetegnelse på ulike typer av inngrep på jenter og kvinner hvor ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis, eller påføres annen varig skade uten medisinsk begrunnelse. Verdens helseorganisasjon skiller mellom fire ulike hovedkategorier: Type I: Klitoridektomi: Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris. Type II: Eksisjon: Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris og indre kjønnslepper, med eller uten fjerning av vev fra ytre kjønnslepper. Type III: Infibulasjon: Innsnevring av skjedeinngangen ved at deler av kjønnsleppene (indre og/eller ytre) skjæres bort og sys eller føyes sammen slik at det dannes et hudsegl som stenger skjedeinngangen. Ofte fjernes også deler av klitoris. Type IV: Uklassifisert: Alle andre skadelige inngrep i kvinners kjønnsorgan av ikke-medisinske årsaker, for eksempel prikking, gjennomhulling, skjæring, skraping eller brenning. (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress)

jenter og kvinner i Norge som var omskåret før de kom til landet. Ifølge forskerne er det vanskeligere å beregne hvor mange jenter som bor i Norge, som står i fare for å bli kjønnslemlestet. Det finnes imidlertid studier som tyder på at praksisen med kjønnslemlestelse endres i eksil, og at det er relativt få tilfeller der barn født i Norge blir omskåret. I tillegg til andre helseplager, fører kjønnslemlestelse ofte til mer kompliserte fødsler, med komplikasjoner som langvarige fødsler, alvorlige blødninger og rupturer, klipp i ytre skjedeåpning, instrumentell forløsning (bruk av tang eller sugekopp) og keisersnitt. Dessuten kan kvinnene slite med en redsel for smerten og re-traumatisering. Samtidig er det økt risiko for komplikasjoner hos fosteret¹¹. Men svangerskap og fødsel for omskårne kvinner byr også på kulturelle og kommunikative utfordringer for helsetjenesten. Blant annet har studier vist at kvinnene og helsepersonellet snakker forbi hverandre, eller at begrenset kunnskap og opplevelsen av at temaet er ubehagelig og tabubelagt kan gjøre at helsepersonellet ikke gir kvinnene optimal hjelp. Omskårne kvinner har også rapportert en frykt for manglende kompetanse og negative holdninger hos fødselshjelpere. Siden 2008 har NKVTS hatt en nasjonal kompetansefunksjon for kjønnslemlestelse. De har utviklet et nettsted om temaet, rettet mot personer som gjennom arbeidet sitt møter jenter eller kvinner som er utsatt for, eller i risikozonen for, kjønnslemlestelse. I Norge har det blitt etablert åtte klinikker med spesialkompetanse i undersøkelse og behandling av kjønnslemlestedede kvinner – ved de fem regionale universitetssykehusene, i tillegg til Sørlandet sykehus i Kristiansand, Vestre Viken i Drammen og Ahus i Akershus. I en fersk rapport viser Johansen at tjenesteytere oppfatter spesialklinikken som et godt tilbud, men at det fortsatt gjenstår noen utfordringer når det gjelder tilgjengelighet, kjennskap til tilbudet og aksept for å bruke det. (Berg et al., 2014; Djesa, 2016; Gele, Johansen, et al., 2012; Gele, Kumar, et al., 2012; Gele et al., 2015; Johansen, 2006, 2017a, 2017b, 2017c; Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; Vangen, 2002; Ziyada et al., 2016)

På tross av alle de nye utfordringene svangerskapsomsorgen møter, er det viktig å påpeke at spedbarnsdødeligheten holder seg veldig lav i Norge. Og selv om keisersnitt er blitt mye mer vanlig, har andelen som tar keisersnitt holdt seg stabilt på 16-17 prosent i flere år nå. (Medisinsk fødselsregister, 2017)

Overgangsalder

Overgangsalderen er et betydelig vendepunkt i kvinners liv, både psykososialt og biologisk. Den fertile perioden av livet er over, og det kan påvirke både samlivet og selvfølelsen. Samtidig opplever alle fysiske endringer og plager i større eller mindre grad. Hetetokter og svette er relativt utbredt, særlig om natta. For noen kan det bli så plagsomt at de blir liggende søvnløse, og det kan gå utover jobb og arbeidsevne. Noen kvinner sliter dessuten med tørrhet og sårhet i underlivet. På den andre siden kan overgangsalderen oppleves positivt for mange kvinner; for eksempel kan det føles godt å være ferdige med "hormonenes tyranni" og krav om reproduksjon. (Norsk Helseinformatikk)

For mange sammenfaller overgangsalderen med et annet vendepunkt i livet: at barna vokser opp og flytter hjemmefra. Det er også en begivenhet som kan oppleves både positivt og negativt. På den ene siden er det normalt å kjenne på savnet etter å ha dem rundt seg, men samtidig får man frigjort mer egentid og kan føle at man får livet sitt litt tilbake.

¹¹ Risikoen for ulike komplikasjoner kan variere med hvilken type inngrep som er blitt gjort. Se foregående fotnote.

I tillegg kan overgangsalderen bli en påminnelse om at man har nådd et stadium i livet hvor man i stadig større grad kommer i risikozonen for å få de store folkesykdommene – kreft og hjerte- og karsykdommer – samt andre aldersrelaterte sykdommer.

En studie har fulgt 2000 kvinner i Hordaland fra 1997 og ut 2009 og sett på forekomsten av hetetokter. Kvinnene var mellom 40 og 44 år ved studiens oppstart. 36 prosent av kvinnene rapporterte at de var plaget med daglige hetetokter i løpet av perioden, mens 29 prosent aldri opplevde hetetokter. De fleste kvinnene hadde kraftigst symptomer de første ett til to årene etter siste menstruasjon, og bare åtte prosent var plaget med hetetokter i mer enn fire år. Risikoen for daglige hetetokter var litt større for kvinner uten høyere utdanning og kvinner som røyket daglig. (Gjelsvik et al., 2011)

Hormonbehandling fjerner plagene, men har dokumenterte bivirkninger. Ren østrogenbehandling øker risikoen for livmorkreft, så kvinner med en intakt livmor får normalt såkalte kombinasjonspreparater med både østrogen og gestagen. Både rene østrogenpreparater og kombinasjonspreparatene gir noe økt risiko for hjerte- og karsykdommer, for hjerteinfarkt er det særlig det første året. Kombinasjonspreparater øker også risikoen for brystkreft, men det er særlig etter fem års bruk. Risikoen er liten de første fire-fem årene med behandling. I tillegg har det nylig kommet en stor studie fra USA som ikke viser noen økt dødelighet blant hormonbrukere. Det er derfor viktig med en helhetlig tilnærming til hormonbehandling for hver enkelt kvinne: Hvor store er plagene? Hvor høy er egentlig risikoen for hjerte- og karsykdom og brystkreft? Og hvor lenge bør hun fortsette på preparatene? (K. Bakken et al., 2004; K. Bakken et al., 2011; Brake & Lambert, 2005; den Boon et al., 2015; Manson et al., 2017; Marjoribanks et al., 2012; Roman et al., 2016; Suhrke & Zahl, 2015)

Eldrebølge med klart kvinneflertall

Både antallet og andelen eldre i befolkningen øker. I dag er omtrent én av ni personer i Norge over 70 år. Ifølge SSB kan andelen øke til én av fem innen 2060. De fleste av de eldste er kvinner. I dag er 225 000 menn og 259 000 kvinner mellom 70 og 85 år. Blant dem over 85 år er det 39 000 menn og 77 000 kvinner, det vil si omtrent dobbelt så mange kvinner som menn. Og selv om kjønnsforskjellene i forventet levealder har minsket, er det fortsatt kvinner som forventes å leve lengst i tiårene framover. (Statistisk sentralbyrå, 2017a)

Alderdom medfører gjerne flere sykdommer og redusert helse. Som nevnt i foregående kapitler, øker risikoen for de store folkesykdommene, kreft og hjerte- og karsykdommer, med stigende alder. Det samme gjelder for mange muskel- og skjelettplager. For eksempel er artrose og andre lidelser i bevegelsesapparatet utbredt hos eldre. Og beinskjørhet, særlig hos kvinner (se kapittel 3.2). Dessuten har diabetes type 2 økt kraftig siden begynnelsen av 2000-tallet, selv om det er tall som kan tyde på at antallet nye personer som får diagnosen hvert år har begynt å stabilisere seg. Foruten å være et helseproblem i seg selv, gir diabetes økt risiko for hjerteinfarkt og hjerneslag. Sist, men ikke minst, rapporterer flere eldre om psykiske vansker, og kvinner i større grad enn menn. Angst og depresjon er generelt dobbelt så vanlig blant kvinner som blant menn, selv om kjønnsforskjellene minsker noe med alderen. (Folkehelseinstituttet; Langballe, 2011; Schei & Bakketeig, 2007; Seedat et al., 2009; Vangen et al., 2009)

Siden eldre er langt mer plaget med ulike sykdommer, er de også storforbrukere av legemidler. Det kan være en utfordring. Å bruke flere legemidler samtidig øker risikoen for bivirkninger,

medisineringsfeil, at legemidlene påvirker hverandre og at virkningen ikke blir som forventet ifølge doseringen. En ny avhandling har sett på omfanget av potensielt uheldig legemiddelbruk hos eldre i Norge, både blant hjemmeboende og i sykehjem. 35 prosent av de hjemmeboende eldre og 44 prosent av beboerne i de undersøkte sykehjemmene brukte minst ett legemiddel, eller en kombinasjon av legemidler, som kan karakteriseres som potensielt uheldig. Kvinner hadde høyere risiko for å bruke potensielt skadelige legemidler enn menn. (Nyborg, 2016)

Kjønnede omsorgsbehov

Siden kvinner i snitt blir eldre enn menn, er det også langt flere kvinner blant aleneboende eldre. Dagens samfunn med mindre stabile samliv, øker risikoen for en enslig alderdom. For menn er situasjonen litt annerledes. Langt flere menn enn kvinner har tradisjonelt hatt en samlivspartner i sine siste leveår. Og det er mer vanlig at menn som blir alene etter samlivsbrudd, får en ny partner som er yngre enn seg selv. Forskning viser også at de mennene som når en høy alder, har færre sykdommer og bedre funksjonsnivå enn det som er vanlig blant eldre kvinner. Alt dette medvirker til at det er flere kvinner som er avhengige av offentlige pleie- og omsorgstjenester. De kjønnede mønstrene blir kanskje særlig tydelige når vi ser på personer som er rammet av demens, og dermed har veldig omfattende omsorgsbehov. Demens er en typisk alderdomssykdom som, med det økende antallet eldre, rammer stadig flere. I dag er drøyt 40 prosent av befolkningen over 90 år demente, og i denne aldersgruppa er over 70 prosent kvinner. (Cappelen & Hånes, 2006; Folkehelseinstituttet; Schei & Bakketeig, 2007; Statistisk sentralbyrå, 2017a; Vangen et al., 2009)

Livskvalitet og trening for et langt liv

Ganghastighet, styrke og balanse er viktig for å leve et langt, aktivt liv og for å forebygge funksjonsproblemer når man blir eldre. Det viser en avhandling i kartleggingen, hvor Idland og medarbeidere fulgte ei gruppe eldre kvinner i 14 år. De så på endringer i gange, balanse, muskelstyrke, hjelpebehov og helse, og på risikofaktorer for å dø. Fra kvinnene var 80 år og til de passerte 90 ble de klart dårligere til beins og fikk et betydelig økt behov for hjelp. Men de som hadde en ganghastighet på under 1,2 meter i sekundet ved studiens oppstart, hadde langt større sjanse for å bli pleietrengende og dø i løpet av studieperioden enn de med raskere gangtempo. Idland satte derfor i gang en delstudie for å undersøke effekten av styrketrening i ei gruppe 90 år gamle kvinner. Treningen ga bedre gangfunksjon og økt muskelstyrke. Så selv om en bør forsøke å forebygge funksjonsproblemer før en blir gammel, kan trening virke også i svært høy alder. (Idland, 2015)

Ifølge en norsk studie av kvinner i alderen 75 til 93 år er det viktig for livskvaliteten å mestre hverdagsaktiviteter i hjemmet til tross for en gradvis svekkelse av fysisk funksjon og kapasitet. Det ga kvinnene glede og mestringsfølelse i en alder hvor det å bo hjemme og klare seg selv ikke er noen selvfølge. Samtidig var gode relasjoner til familie og venner en viktig kilde til livskvalitet, i tillegg til situasjoner hvor de kunne nyte livet og glede seg over å være til stede. (Narum & Bergland, 2009)

Les relevante forskningsnyheter fra Kilden kjønnsforskning.no

[Vil oppleve sex, men brennende smerter i skjeden setter en stopper](#)

[Abortpille gir kortere ventetid og tidligere aborter](#)

[Overvurderer evne til å få barn i høy alder](#)

[Kroppsvæsker til besvær](#)

[Kvinner betaler prisen for økt markedstenkning](#)

[Forskningsnyheter om graviditet og fødsel](#)

[Forskningsnyheter om abort](#)

[Forskningsnyheter om barnløshet](#)

[Forskningsnyheter om kjønnslemlestelse](#)



Illustrasjonsfoto: iStockphoto

2.5 PSYKISK HELSE

På verdensbasis er psykiske lidelser blant de viktigste årsakene til sykdom og uførhet. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) har rundt 450 millioner mennesker en psykisk lidelse. Det finnes i dag over 200 klassifiserte diagnoser, med alt fra milde fobier til angst og depresjoner, og alvorlige forstyrrelser som schizofreni. Personer med psykiske lidelser har økt forekomst av fysiske sykdommer og kortere levealder enn resten av befolkningen. (Hoye et al., 2013; Hoye et al., 2016; World Health Organization)

Nyere studier fra inn- og utland har vist at psykiske lidelser er mer utbredt enn tidligere antatt, men kraftig underdiagnostisert. Befolkningsstudier fra Oslo og Sogn og Fjordane fant at sannsynligheten for å få minimum én av en lang rekke ulike psykiske plager, lå på 31 prosent i Sogn og Fjordane og 52 prosent i Oslo. Mange av dem som rammes av en psykisk lidelse, kommer aldri i kontakt med helsetjenesten. I 2008 oppsøkte rundt 12 prosent av Norges voksne befolkning primærlege for psykiske plager, og i perioden 2008 til 2012 mottok rundt 3 prosent av den voksne befolkningen behandling i psykisk helsevern. I en fersk norsk studie av angst og depresjon var 36 prosent av personene med depresjon registrert med depresjonsdiagnose hos fastlegen, og 15 prosent hadde vært til behandling i spesialisthelsetjenesten. 21 prosent av personene med angst var registrert med angstdiagnose hos fastlegen, og 18 prosent hadde vært til behandling i spesialisthelsetjenesten. (Folkehelseinstituttet; Kringlen et al., 2001, 2006; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009; Størksen, 2014b; Torvik et al., 2017)

I vår litteraturgjennomgang var det totalt 242 av 1854 publikasjoner som handlet om psykisk helse. Det utgjør 13 prosent av publikasjonene.

Klare kjønnsforskjeller i psykiske helse

Psykisk helse er et område med tydelige kjønnsforskjeller – både i utbredelse av ulike lidelser, i hvilken alder de inntreffer og i sykdomsforløp. Det viser både norsk og internasjonal forskning. Blant barn finner forskerne oftere atferdsproblemer, for eksempel aggressiv og antisosial atferd, hos gutter enn hos jenter. Blant ungdom er det vanligere at jenter sliter med depresjon og spiseforstyrrelser, og selvskadning. Både selvmordstanker og selvmordsforsøk forekommer hyppigere blant jenter, selv om det er flere selvmord blant gutter. Gutter har oftere aggresjonsproblemer og deltar i høyrisikoaktiviteter. Generelt har gutter oftere utagerende symptomer, mens jenter oftere har innadvendte symptomer. I voksen alder rammes kvinner mye hyppigere av angst og depresjonslidelser, omtrent dobbelt så ofte som menn, ifølge en internasjonal studie fra WHO. Tallene er motsatt for lidelser som ADHD, adferdsforstyrrelser og ruslidelser. Blant eldre ser forskerne en tendens til at andelen med depresjonslidelser synker med alderen, og kjønnsforskjellene minker. Når det gjelder svært alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni og bipolar lidelse, er det få kjønnsforskjeller i utbredelse, men forskerne har funnet noen kjønnsforskjeller blant annet i sykdomsforløp og i hvilken alder lidelsen oftest inntreffer. (Naletova, 2011; Seedat et al., 2009; Størksen, 2014b)

Schizofreni er en svært alvorlig og oftest langvarig psykoselidelse. Symptomene oppstår gjerne seint i tenårene eller tidlig i 20-årene. Menn som får schizofreni, fungerer ofte dårligere psykososialt før de får symptomer, enn det kvinner gjør. De er også oftest yngre når de blir syke. Noen studier har rapportert at kvinner får flere hallusinasjoner og verre vrangforestillinger enn menn, men prognosene er likevel bedre for kvinner, både når det gjelder behandling og muligheten til å kunne fungere i samfunnet. Menn med schizofreni forblir oftere ugifte og barnløse. En studie av pasienter ved Universitetssykehuset Nord-Norge viser imidlertid at dødeligheten blant både kvinner og menn med schizofreni har økt noe fra 1980 til 2006, og mest blant kvinner. Selv om den relative dødeligheten blant menn er høyere enn blant kvinner, er forskjellene i ferd med å utviskes. (Hoye et al., 2011; Størksen, 2014b)

Når det gjelder bipolar lidelse, er kjønnsforskjellene hovedsakelig knyttet til sykdomsforløp. Kvinner får oftere enn menn en bipolar lidelse med raske svingninger mellom depresjonsfase og manisk fase. De er oftere rammet av andre sykdommer i tillegg til bipolar lidelse, og de må oftere legges inn på sykehus i den maniske perioden. En norsk studie har vist at selvmordshyppigheten blant kvinner som har vært innlagt med bipolar lidelse eller alvorlig depresjon, økte betydelig i perioden 1980 til 2012. For øvrig er det flere bipolare med ruslidelser blant menn enn blant kvinner. (Hoye et al., 2016; Størksen, 2014b)

Trenger mer kunnskap om årsakene til kjønnsforskjellene

Til tross for tydelige kjønnsforskjeller i utbredelse, sykdomsmønster og forløp, har det vært forsket relativt lite på hvilken rolle kjønn spiller i utviklingen av psykiske lidelser. Det gjelder både norsk og internasjonal forskning. Et komplekst samspill av biologiske og psykologiske, miljømessige og sosiale faktorer er med på å øke risikoen for psykiske lidelser. Samtidig finnes det beskyttende faktorer, blant annet det å ha et støttende sosialt nettverk. Siden psykisk helse er så sammensatt, er det lett å tenke seg at både biologiske og sosialt konstruerte forhold er med på å forklare kjønnsforskjellene i psykisk helse. Forskjellene kan nok knyttes til både genetiske og hormonelle forskjeller mellom kvinner og menn, i tillegg til forhold forbundet med reproduktiv helse, kjønnsroller og kulturelle

normer, samt sosioøkonomiske forhold. Ulike livssituasjoner og skjellsettende erfaringer kan spille inn – for eksempel å ha vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. I tillegg kan kvinner og menn ha ulike mestringsstrategier. De studiene som er gjort, tyder på at alt dette er relevant, men det er få studier, og mange handler om depresjonslidelser. I tillegg har studiene stort sett tatt for seg enten biologiske eller psykososiale årsaker, så det er et klart behov for mer kunnskap om samspillet mellom sosialt konstruerte kjønnsforskjeller og biologiske forskjeller. Det er heller ikke forsket mye på hvordan kjønn påvirker menns og kvinners tilgang til aktuelle helsetjenester. (Naletova, 2011; Størksen, 2014b)

ADHD er mer utbredt blant gutter, og spiseforstyrrelser er mer utbredt blant jenter – men hva skyldes biologiske kjønnsforskjeller, og hva skyldes forhold knyttet til sosialt konstruert kjønn? Og hva skjer når lidelser blir sterkt knyttet til kjønn på denne måten? Klarer vi å fange opp alle jentene med ADHD og alle guttene med spiseforstyrrelser? Blir det skambelagt for gutter å lide av en "jentesykdom" og motsatt?

Et annet eksempel er posttraumatisk stresslidelse (PTSD). En større andel kvinner enn menn har fått posttraumatiske stressreaksjoner etter terroraksjonene 22. juli 2011. Blant personer som var ansatt i Regjeringskvartalet da det skjedde, rapporterer 32 prosent av kvinnene som var fysisk til stede om PTSD. Det samme gjelder 12 prosent av mennene. Også blant ansatte som ikke selv var til stede, er det en høyere andel kvinner med symptomer på PTSD: 5 prosent av kvinnene og 3 prosent av mennene rapporterer om slike symptomer. Funnene stemmer godt med andre studier av PTSD: Kvinner er mer utsatte enn menn. Men vi vet fortsatt lite om hvorfor det er slik. (Birkeland et al., 2017; Naletova, 2011)

Nedenfor tar vi for oss noen temaer og problemstillinger hvor kjønn spiller en sentral rolle.

Reproduksjon påvirker psykisk helse – også hos menn

Siden tidenes morgen har kvinners mentale helse blitt koblet til reproduktive hendelser som menstruasjon, graviditet, fødsler og overgangsalder. Her har vi valgt å konsentrere oss om svangerskap, fødsler og abort. Å bli gravid og føde barn innebærer store forandringer i en kvinnes liv, med tilhørende kroppslige, psykiske og sosiale utfordringer. For kvinner som er rammet av, eller er i risikozonen for å utvikle alvorlige psykiske lidelser, kan overgangen til å bli mor vise seg ekstra vanskelig. Fødsel har vist seg å trigge psykose og bipolare episoder. Det er også større sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus med depresjon i tiden etter fødsel. Det blir anslått at mellom 10 og 15 prosent av alle nybakte mødre får depressive symptomer i barselperioden, såkalt barseldepresjon eller fødselsdepresjon. Det er ikke det samme som barseltårer, en raskt forbigående nedstemthet som rammer svært mange den første uka etter fødsel. Barseldepresjon kan derimot få alvorlige konsekvenser for både mor og barn om tilstanden ikke fanges opp. Symptomene hos mor kan bli verre og depresjonen mer langvarig. Det kan gå ut over omsorgsevnen for barnet. (Eberhard-Gran et al., 2014; Haga et al., 2013; Størksen, 2014b)

De siste årene har det skjedd en økning i andelen gravide som ønsker keisersnitt fordi de er redde for å føde. I og med at keisersnitt innebærer større risiko enn vaginal fødsel, er ikke dette en gunstig utvikling. En avhandling i materialet vårt ser på fødselsangst blant 4000 gravide ved Akershus universitetssykehus. Åtte prosent rapporterte om fødselsangst. Kvinner som i utgangspunktet var plaget med angst eller depresjon, hadde økt risiko, men majoriteten hadde ingen andre psykiske

plager. Samtidig hadde kvinner med negative erfaringer fra tidligere fødsler økt sannsynlighet for å utvikle fødselsangst. Risikoen hang sterkere sammen med subjektive fødselsopplevelser enn rent objektive komplikasjoner. Demografiske og psykososiale faktorer som høy utdanning, svak sosial støtte og det å være førstegangs fødende ble også identifisert som risikofaktorer. Selv om kvinnene med fødselsangst ofte hadde et ønske om keisersnitt i utgangspunktet, endte de fleste opp med å føde vaginalt. Men en tidligere negativ fødselsopplevelse hadde derimot sterk betydning for om kvinnen valgte planlagt keisersnitt. Gode fødselsopplevelser er altså med på å forebygge planlagte keisersnitt. Andre studier i materialet vårt har sett at negative fødselsopplevelser kan gi posttraumatiske stressymptomer. Blant annet viser en artikkel at kvinner som ønsker keisersnitt, men føder vaginalt, har økt sannsynlighet for slike symptomer. Både fødselsangst og ønske om keisersnitt bør altså tas alvorlig. (Garthus-Niegel, Knoph, et al., 2014; Garthus-Niegel, von Soest, et al., 2014; Garthus-Niegel et al., 2013; Størksen, 2014a, 2014b)

Både spontanabort og provosert abort kan påvirke psykisk helse. I en avhandling fra 2006 har forskeren fulgt 120 kvinner som aborterte, i fem år etter aborten. 40 hadde spontanabort, 80 hadde provosert abort. Resultatene viste at kvinnene med spontanabort hadde de kraftigste psykiske reaksjonene kort tid etter aborten, men et halvår senere hadde den psykologiske tilstanden deres langt på vei normalisert seg igjen. Kvinnene med provosert abort hadde ikke så sterke reaksjoner med én gang, men til gjengjeld varte de lenger. Etter fem år var de fortsatt plaget med et høyere angstnivå enn normalbefolkningen, og mer skyld- og skamfølelse enn kvinnene med spontanabort. Én av fem forsøkte fremdeles å la være å tenke på, snakke om, eller føle noe i forbindelse med aborten. En annen studie har sett på risikoen for depresjon etter provosert abort blant 768 kvinner mellom 15 og 27 år. Det viste seg at kvinnene som var i 20-årene da de aborterte, hadde en økt risiko for depresjon, men det gjaldt ikke kvinnene som var i tenårene. (Broen, 2006; Pedersen, 2008)

Barnløshet kan også skape problemer. I den fasen der man oppdager at det er vanskelig å få barn, og utredes for det, er ufrivillig barnløse utsatt for lettere psykiske plager, lettere depresjoner og en del uro. Studier av kvinner som søker infertilitetsbehandling, har vist at disse kvinnene er mer plaget med depresjon og angst enn gjennomsnittsbefolkningen. Selv om det er blitt noe mer åpenhet om infertilitet, er det fremdeles et tema det kan være vanskelig å snakke om. Forskning tyder på at de som klarer å dele problemet med andre, klarer seg litt bedre psykisk. Mange har også nytte av kortvarig parterapi i den mest intense fasen, ofte fordi menn og kvinner kan ha ulike mestringsstrategier, og det kan føles tungt. Selv om det er vanlig at barnløshet gir en del problemer, er det ikke veldig alvorlige og langvarige problemer, og som for alle andre livshendelser, er det noen som er mer sårbare enn andre. Biringer og kolleger har gjennomført en populasjonsstudie av drøyt 15 000 norske kvinner i alderen 19 til 45 år som bare viser svake sammenhenger mellom det å ha forsøkt å få barn i mer enn 12 måneder og symptomer på depresjon og angst. I en studie av kvinner som har gjennomgått IVF-behandling (prøverørsbehandling), viser Sundby og kolleger at ti år etter behandlingen er de fleste "tilbake til normalen". Selv om flesteparten hadde opplevd behandlingsperioden som smertefull, hadde de lagt dette bak seg. De fleste hadde også fått barn, enten gjennom IVF-behandlingen, adopsjon eller ved naturlig befruktning. (Biringer et al., 2015; Rostad et al., 2014; Sundby, 1994; Sundby et al., 2007)

Mens det er forsket mye på kvinners psykiske helse og reproduksjon, har det vært svært lite tilsvarende forskning på menn. Her er det altså store kunnskapshull. Det er all grunn til å tro at også menns psykiske helse påvirkes av å bli far, eller av erfaringer som infertilitet og abort. De studiene

som er gjort på temaet, tyder også på at menn påvirkes av samme type reproduktive erfaringer som kvinner – ikke av biologiske årsaker, men av psykologiske. Vi fant tre eksempler på dette i materialet vårt: I en studie av om lag 250 nybakte foreldre rapporterer 37 prosent av mødrene og 13 prosent av fedrene om psykiske plager de første dagene etter fødsel. I en annen, fersk studie har forskerne sett at både menn og kvinner som forblir barnløse, har større sannsynlighet for å bruke antidepressiva i løpet av livet enn menn og kvinner som får to eller flere barn. Den tredje studien viste at vordende fedre som har vært utsatt for alvorlige, negative erfaringer i barndommen, rapporterer om mer angst og depresjon under svangerskapet. (Kravdal et al., 2017; Skari et al., 2002; Skjothaug et al., 2015; Størksen, 2014b)

Å leve med vold og overgrep

Å være utsatt for fysiske og psykiske overgrep er en kjent risikofaktor for psykiske lidelser, blant annet for angst og depresjon, ruslidelser og personlighetsforstyrrelser¹². Det er også vanlig å slite med skyld og skam etter å ha vært utsatt for alvorlig vold. Langt flere kvinner opplever eller har opplevd å leve i relasjoner hvor de blir utsatt for alvorlig vold fra partneren sin. I en avhandling fra 2008 undersøkte forskeren livskvalitet blant kvinner som hadde levd med vold i nære relasjoner, ved alle landets krisesentre (87 kvinner totalt). Avhandlingen viste at de fleste kvinnene hadde vært utsatt for mange former for fysisk, seksuell og psykisk vold, og at overgrepene skjedde ofte. Det handlet ikke om enkelttilfeller. Kvinnene hadde ikke bare dårligere livskvalitet enn normalbefolkningen. De hadde også betydelig dårligere livskvalitet og helse sammenlignet med andre grupper som opplever eller har opplevd alvorlig helserisiko og trussel om død, som for eksempel soldater som har vært i krig. Ett år etter at de var på krisesenteret, var livskvaliteten klart bedre for kvinnene som hadde brutt med partneren, men fortsatt lavere enn i normalbefolkningen. Jo mer vold kvinnene hadde vært utsatt for, jo dårligere var livskvaliteten også ett år etter. En stor norsk populasjonsstudie fant at kvinner som har levd med vold og overgrep i voksen alder, har langt større sannsynlighet for å bli rammet av barseldepresjon enn gjennomsnittsbefolkningen. Det er også studier som tyder på at kvinner som har vært utsatt for overgrep, enten som barn eller voksne, har økt risiko for fødselsangst. (Aakvaag et al., 2016; Alsaker, 2008; Eberhard-Gran et al., 2008; Lukasse et al., 2011; Sorbo et al., 2014; Thoresen & Hjemdal, 2014)

Det er viktig å huske at også menn rammes av vold og overgrep i nære relasjoner, både som barn og voksne. I en omfangsstudie fra 2014 oppga oppimot 2 prosent av mennene å ha vært utsatt for alvorlig vold fra partner. Det samme gjaldt drøyt 9 prosent av kvinnene. Kvalitative intervjuer med menn som har fått hjelp ved krisesentre, viser at deres fortellinger om vold i parforhold og følelsene knyttet til opplevelsene skiller seg lite fra kvinners fortellinger. Men mennene var også redde for ikke å bli trodd av hjelpeapparatet. En annen studie viser at både gutter og jenter som har vært utsatt for fysiske og psykiske overgrep, er mer rammet av angst og depresjon som voksne. De har også større sannsynlighet for å bli utsatt for vold som voksne. (Grøvdal, 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014; Thoresen et al., 2015)

Kjønnede utfordringer blant minoriteter

Forskning viser en større forekomst av psykiske problemer blant immigranter enn i majoritetsbefolkningen. Samtidig er det store variasjoner mellom ulike grupper, og det ser ut til at sosio-

¹² Vold og overgrep øker samtidig risikoen for fysiske helseplager.

økonomiske forskjeller, botid i Norge og grad av integrering forklarer mye av forskjellene. I tillegg spiller ulike livserfaringer en viktig rolle, og det er høyest forekomst av psykiske lidelser blant flyktninger. En fersk studie av Straiton og kolleger viser at det kan skyldes en kombinasjon av tidligere traumatiske opplevelser, samt stress og utfordringer etter ankomst, for eksempel grunnet en vanskelig asylperiode. Forskning tyder også på at kjønn spiller en rolle. To av artiklene i litteraturgjennomgangen vår har sett nærmere på kjønnsforskjeller i psykisk helse blant innvandrere bosatt i Oslo. Den ene undersøkte risikofaktorer for psykiske plager blant personer fra middel- og lavinntektsland. Der fant forskerne at manglende jobb og nylige negative livserfaringer økte sannsynligheten for psykiske plager hos både menn og kvinner, men det var ellers noe ulike risikofaktorer. Tidligere traumatiske opplevelser og problemer med å få jobb var risikofaktorer blant menn. Høy alder, bakgrunn fra Midtøsten, å være enslig og å ha problemer med å få seg et sted å bo var risikofaktorer blant kvinner. Den andre studien så på psykisk helse i forhold til sosial integrering hos personer fra vestlige land og ikke-vestlige land. Ikke-vestlige immigranter hadde flere psykiske plager enn vestlige immigranter. Blant menn kunne forskerne forklare forskjellene med dårligere integrering, lavere lønn, mindre sosial støtte og flere konflikter i parforholdet hos de ikke-vestlige. Blant kvinner forklarte slike forhold bare en del av forskjellene mellom vestlige og ikke-vestlige. Forskerne konkluderte med at sosial integrering hadde mer positiv effekt for menn enn for kvinner fra ikke-vestlige land. (Dalgard & Thapa, 2007; Straiton, Reneflot, et al., 2016; Straiton et al., 2017; Thapa & Hauff, 2005)

En studie fra 2014 undersøkte sannsynligheten for å søke hjelp for psykiske lidelser hos primærhelsetjenesten blant innvandrere fra Polen, Sverige, Tyskland, Pakistan og Irak, sammenlignet med majoritetsnordmenn. Etter å ha kontrollert for bakgrunnsvariabler, hadde alle innvandrergruppene lavere sannsynlighet for å søke hjelp enn majoritetsnordmenn, bortsett fra menn fra Irak. Det var imidlertid store variasjoner mellom ulike grupper. Mens noen grupper kunne ha lavere forekomst av psykiske lidelser, kunne andre oppleve barrierer mot å søke hjelp. I tillegg var det forskjeller mellom kvinner og menn. I en studie av kvinnelige immigranter viser Straiton og kolleger at også behandlingen for psykiske lidelser kan variere mellom ulike innvandrergupper. Begge studiene viser tydelig at det er behov for mer forskning som ser på hvordan bruken av helsetjenester varierer med kjønn og mellom ulike innvandrergupper. (Straiton, Powell, et al., 2016; Straiton et al., 2014)

Undersøkelser har funnet en økt forekomst av psykiske plager blant eldre immigranter. I prosjektet *Livsmot og mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn* gjorde forskerne kvalitative intervjuer med 20 kvinner over 50 år fra India og Pakistan. De intervjuet i tillegg 10 personer som jobbet i helsesektoren eller andre relevante organisasjoner, og som alle hadde asiatisk bakgrunn. Forskerne konkluderte med at faste møteplasser der kvinnene kan treffe andre kvinner var viktig, fordi fellesskap fremmet trivsel og psykisk helse. Der kunne kvinnene gi hverandre kunnskap om forhold som var belastende. For eksempel viste det seg at deres rolle i familien gav dem gleder, men også skuffelser og begrensninger. Språkvansker bidro til isolasjon. Møteplasser var med på å gi de eldre kvinnene glede, mestring, kontakt og selvbekreftelse, og forskerne etterlyser flere slike møtesteder. Det er også en avhandling som har sett på sammenhenger mellom eldre pakistanske kvinners erfaringer med migrasjon, livet som migranter i det norske samfunnet og kvinnenes helse. Kvinnene forteller om identitetsutfordringer, mentale smerter og kroniske muskel- og skjelettsmerter. Dette ses i sammenheng med utfordringer knyttet til migrasjon og møte med et fremmedgjørende norsk velferdssamfunn, og særlig med helsevesenet. Men avhandlingen viser også at møteplasser med helsefremmende aktiviteter kan være med på å fremme verdighet og selvbekreftelse hos kvinnene,

og bidra til mer likeverdige og helsefremmende helsetjenester for eldre pakistanske kvinner. (Ingebretsen et al., 2015; Sverre, 2016)

Å tilhøre en seksuell minoritet kan også være utfordrende. LHBTI-personer kan oppleve det mentalt belastende å oppdage at de ikke tiltrekkes seksuelt på samme måte som majoritetsbefolkningen. De kan blant annet slite med identitetsproblematikk, spørsmål om hvordan framtiden vil se ut og vanskelige "komme ut"-prosesser. Selv om homofili tilsynelatende er vidt akseptert i det norske samfunnet, risikerer de å bli møtt gjentatte ganger med fordommer og negativ oppførsel fra mennesker rundt seg. I en kvalitativ studie av lesbiske kvinners mestringsstrategier, viser forskerne at suksessfulle mestringsstrategier gjerne bygger på en slags "lesbisk selvtillit" – at de er overbevist om at det å være lesbisk er respektabelt og bra. Ved å være med på å bygge en slik selvtillit, kan helsevesenet bidra til bedre psykisk helse og livskvalitet blant lesbiske. (Bjorkman & Malterud, 2012; Moseng, 2002)

Mer utseendepress og prestasjonspress for dagens unge?

Studier av ungdommer i Norge viser at mange har det bra. Dagens ungdom er langt på vei en veltilpasset, aktiv og hjemmekjær generasjon med god helse. Samtidig er det en økende andel som sliter med psykiske plager og kroppslige smerter, og jenter rammes oftere enn gutter. Ungdataundersøkelsen fra 2017 viser at halvparten av elevene på videregående skole er plaget med stressymptomer, og jentene mer enn guttene. Fra tiende klasse og ut videregående har litt mer enn hver fjerde jente et høyt nivå av depressive symptomer. Omfanget av depressive symptomer blant jenter har økt gradvis siden undersøkelsene begynte i 2010. Blant gutter har det vært en svak nedgang, men de siste tallene viser en økning: Andelen som har et høyt nivå av depressive symptomer, øker nå jevnt og trutt fra 4 prosent i åttende klasse til 12 prosent i tredje klasse på videregående. I tillegg er tallene på ensomme elever de høyeste så langt. Mange sliter dessuten med hodepine, vondt i magen og smerter i nakke, skuldre, ledd og muskler. Bruken av reseptfrie legemidler er også forholdsvis høy. En ny rapport fra Folkehelseinstituttet viser at andelen jenter mellom 15 og 17 år som er diagnostisert med en psykisk lidelse, har gått opp fra fem til syv prosent fra 2011 til 2016. Forskerne fant tilsvarende økning blant jenter mellom 18 og 20 år: I 2016 var ni prosent diagnostisert med en psykisk lidelse. Dessuten hadde andelen som får forskrevet resept på antidepressiva i aldersgruppa, gått opp fra cirka én prosent til to prosent. (A. Bakken, 2017; Folkehelseinstituttet; Hoftun et al., 2011; Reneflot et al., 2018; Sletten, 2016)

Dagens ungdommer har vokst opp i et rikt velferdssamfunn som gir dem mange muligheter når det gjelder utdanning, yrke og andre former for selvrealisering. Samtidig kan det også skape forventninger om å lykkes, som ikke alle opplever at de innfrir. Flere har brukt uttrykk som "generasjon prestasjon" om dagens unge. Samtidig viser Ungdata at det ikke er de som får til alt som sliter mest, det er de med minst ressurser. Det blir ikke nødvendigvis enklere av at vi lever i et digitalt mediesamfunn som bombarderer oss med presentasjoner av kvinner og menn og hva som regnes som bra og vellykket. Det gjelder ikke minst idealer for kropp og utseende. Medieforskere varslers om en økende seksualisering av stadig yngre mennesker. Skjønnhetspress og seksualisering rammer særlig jenter, men også gutter seksualiseres i økende grad. De siste årene har sosiale medier blitt en viktig arena for kommunikasjon, men også for selvpresentasjon. I profilene sine skal dagens unge vise hvem de er, hva de gjør og hvordan de ser ut – ikke bare for sine nærmeste venner, men for et hav av andre mennesker. Undersøkelser viser at jenter bruker mer tid på sosiale medier enn gutter. Så selv

om dagens unge har mange muligheter, opplever de kanskje at forventningene og kravene er høye og vanskelige å innfri? Og kanskje opplever jentene dette oftere enn guttene? (A. Bakken, 2016, 2017; Mogstad, 2017; Papadopoulos, 2010)

Tenårsperioden er i utgangspunktet en sårbar periode, med pubertet, hormonelle forandringer og en kropp som endrer utseende. I tillegg kan overgangen fra barn til voksen by på sosiale utfordringer og identitetsproblematikk. I en avhandling fra 2002 om depresjon blant norsk ungdom, påpekte forskeren at et stadig mer komplisert samfunn er med på å gjøre ungdomstiden til en vanskelig periode. Særlig jenter virket ekstra sårbare. Hun fant også at negativt kroppsbilde var en viktig årsak til depresjon. (Holsen, 2002)

Negativt kroppsbilde kan i tillegg kobles til en annen type psykiske lidelser, nemlig spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser er sterkt knyttet til rådende skjønnhetsidealer, lav selvfølelse og krav om kontroll og mestring, og de oppstår oftest i ungdomsårene¹³. Basert på ulike nasjonale og internasjonale studier, regner en med at rundt 0,3 prosent av befolkningen har anoreksi, rundt 2 prosent bulimi og rundt 3 prosent overspisingslidelse. Samtidig er disse lidelsene som langt oftere rammer kvinner, særlig unge kvinner. Det blir anslått at mellom 8 og 10 prosent av kvinner mellom 13 og 25 år har et alvorlig matmisbruk, og at enda flere er i faresonen. Det er likevel viktig å være klar over at også gutter rammes av spiseforstyrrelser. Man regner med at mellom 10 og 20 prosent av dem som lider av spiseforstyrrelser, er menn. Motivasjonen for kroppsendringene er ofte forskjellig: Mens jenter vil bli tynnere, ønsker gutter gjerne å bli sunnere, med større muskler og lavere fettprosent. (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2012; H. B. Moen, 2010, 2017; Skårderud et al., 2004)

Vi har ingen nyere forekomststudier av omfanget av spiseforstyrrelser i Norge, så vi vet ikke om det har vært en økning de siste årene. Men det kan se ut til at stadig flere sliter med forholdet til mat og kropp uten å møte alle kriteriene for spiseforstyrrelse. I en studie basert på HUNT3-undersøkelsen, rapporterte rundt 12 prosent av kvinnene mellom 19 og 99 år om trekk som er forbundet med spiseforstyrrelse. I tillegg var over halvparten misfornøyde med egen kroppsvekt, og over halvparten på diett, uten at det nødvendigvis hadde noen sammenheng med faktisk vekt. En avhandling fra 2012 viser at overraskende mange unge kvinner i Troms og Finnmark kunne tenkt seg en skjønnhetsoperasjon. 25 prosent ønsket fettsuging, 15 prosent ønsket brystforstørrelser og 7 prosent ville endre på nesa. Et annet fenomen har også dukket opp: ortoreksi, eller overdreven oppmerksomhet på trening og å spise sunt. Jakten på den slanke, trente, stramme og feminine kroppen kan gå så langt at det ikke lenger er sunt, men sykkelig. Trenings- og kostholdsbloggere har med sine mange lesere fått en viktig stemme i samfunnsdebatten omkring kropp, trening og kosthold. I en studie av norske kvinnelige fitnessbloggere viser forskeren at idealkroppen krever så beinhard disiplin at også bloggerne sliter med regimet. (Eik-Nes et al., 2015; Halvorsen, 2015; Jávo, 2012; Mogstad, 2017)

Det trengs mer kunnskap om hvordan dagens samfunn påvirker unges psykiske helse. Men det er godt etablert at vi lever i et materialistisk samfunn, og at mediene er med på å forsterke dette. Derfor er det lett å anta at den voldsomme digitale utviklingen vi har opplevd på mediefronten og i mediebruken, får konsekvenser. Dagens unge har mye høyere mediebruk enn tidligere generasjoner, og de skal hele tiden vise hvem de selv er på sosiale medier. Hvis idealene for hvordan en skal leve, hva en skal få til og hvordan en skal se ut blir for trange og vanskelige å oppnå, kan det være med å bidra til at stadig flere jenter, og også noen gutter, sliter med stress og depresjonssymptomer, dårlig

¹³ Det gjelder særlig anoreksi og bulimi. Overspisingslidelser starter oftere i voksen alder.

selvbilde og et problematisk forhold til kropp og mat. En kunnskapsoppsummering av psykiske helseplager blant ungdom påpeker at framtidig forskning bør se nærmere på hvordan ungdoms bruk av sosiale medier spiller sammen med andre kjente risikofaktorer for psykiske helseplager, som relasjoner til jevnaldrende og et negativt forhold til kropp og utseende. Dette er også viktig med tanke på forebygging. Forskning bekrefter at ungdom som føler at de har det bra, har bedre forutsetninger for å fungere godt psykososialt som voksne, mens de som opplever psykiske vansker i barne- og ungdomsårene, har økt risiko for psykiske plager og lidelser senere i livet. (Derdikman-Eiron et al., 2013; Folkehelseinstituttet; Mogstad, 2017; Sletten, 2016)

Les relevante forskningsnyheter fra [Kilden kjønnsforskning.no](http://Kilden.kjønnsforskning.no)

[Når jeg tar tablett blir jeg sånn jentete](#)

[Kroppspress, skole og bekymringer gjør flere jenter psykisk syke](#)

[Høye emosjonelle krav gir økt sykefravær](#)

[Schizofren diagnostisering](#)

[Flere forskningsnyheter om psykisk helse](#)



Illustrasjonsfoto: iStockphoto

2.6 PASIENTER OG PÅRØRENDE I MØTE MED HELSEVESENEN

De siste årene har det blitt gjort mye for å sikre alle lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet, og for å skape et godt forhold mellom brukerne og helsetjenesten. Helsemyndighetene legger vekt på at det skal være pasientens helsetjeneste, med likeverdige tjenester til alle uavhengig av faktorer som kjønn og alder, fødeland og etnisk tilhørighet, seksuell orientering diagnose, bosted, personlig økonomi og livssituasjon.

I Norge har vi en egen lov om pasient- og brukerrettigheter som blant annet sikrer retten til hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, hjelp fra spesialisthelsetjenesten og rettigheter i fastlegeordningen. Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til en individuell plan. Pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse, som har behov for langvarig behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten, har rett til egen kontaktlege. Personer med særlig tyngende omsorgsarbeid kan kreve at kommunen setter i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden. Norge har også en lovfestet rett til brukermedvirkning på flere nivåer: individnivå, klinikknivå og systemnivå. (Bahus, 2015; Norges lover, 1999)

Brukermedvirkning er et virkemiddel for å sikre at brukernes erfaringer og synspunkter tas med i utformingen og evalueringen av helsetjenestene. På individnivå handler brukermedvirkning om den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sitt individuelle hjelpe- og behandlingstilbud. Fagkompetansen og brukerkompetansen skal utfylle hverandre, og brukeren skal få mulighet til å påvirke viktige valg om sin egen helsesituasjon. På klinikknivå innebærer brukermedvirkning at det etableres brukerråd som skal være rådgivende for ledelsen i saker som angår tilbudet til pasientene

på sykehuset. Brukerrådet skal arbeide for gode og likeverdige tjenester for alle. De som deltar, er foreslått av pasient- og brukerorganisasjoner og oppnevnt av de respektive klinikkledelsene. Brukerorganisasjoner – som for eksempel Pensjonistforbundet og Kreftforeningen – er representert på ulike nivåer for å ivareta brukernes erfaringer og arbeide for god samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivå. Brukermedvirkning på systemnivå innebærer at brukere av offentlige tjenester, hjelpeapparatet eller helsetjenesten får påvirke utformingen av helse- og sosialtjenestens hjelpetilbud generelt. Her er det ikke den enkelte bruker som deltar, men brukerorganisasjonene gjennom oppnevnte representanter som deltar i møtevirksomhet, høringer og prosjekter. Brukerrepresentantene deltar på systemnivå blant annet i regionale etiske komiteer, fagråd, styringsgrupper og referansegrupper. Det oppnevnes også rådgivende brukerutvalg ved hvert enkelt helseforetak. (Bahus, 2015)

I forskningen har vi også sett en utvikling mot mer brukermedvirkning. Blant annet har både Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene etablert retningslinjer for å sikre brukermedvirkning i helseforskningen. Utformingen av retningslinjene er forskjellig, men kort oppsummert skal brukere involveres i klinisk rettede forskningsprosjekter, både i planlegging og utforming av utlysninger og prosjekter, gjennomføring av forskningsprosjekter og formidling av resultater. Det skal bidra til at forskningen oppleves mer relevant for pasienter og pårørende, og får større nytteverdi. Det skjer også en gradvis overgang til at vitenskapelige publikasjoner skal være offentlig tilgjengelige, såkalt *open access*. I praksis betyr det at vitenskapelig materiale blir tilgjengelig for alle, uten noen form for vederlag. Åpen tilgang vil gjøre det lettere for brukerne å opparbeide seg kunnskap til å kunne ta informerte valg om egen helse.

Det har altså blitt gjort mye for at pasienter og pårørende skal få et godt møte med helsevesenet, og føle seg respektert, lyttet til og ivaretatt. Litteraturgjennomgangen vår bekrefter hvor viktig slike aspekter er for brukerne. Men den viser også at det er områder hvor møtet mellom brukere og helsevesen kan være utfordrende, og at disse utfordringene til dels er forskjellige for kvinner og menn.

Totalt var det 73 av 1829 publikasjoner som handlet om brukere i møte med helsevesenet. Det utgjør snaut 4 prosent av publikasjonene.

Anerkjennelse av "ubestemte" og tabubelagte helseplager

I kapittel 2.3 skriver vi at langvarige smertetilstander – for eksempel kroniske muskelsmerter og migrene – er mer utbredt blant kvinner enn menn. Det samme gjelder langvarige utmattelsestilstander som ME. Litteraturgjennomgangen vår viser at pasienter med langvarig utmattelse eller kroniske smerter kan få et utfordrende forhold til lege og helsevesen. I kapittel 2.3 viser vi at kvinnelige ME-pasienter er mindre fornøyde med primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og koordineringen av helsetjenester enn hva gjennomsnittsbefolkningen er. Pasienttilfredsheten øker når brukerne opplever å bli tatt på alvor, få god informasjon og god oppfølging.

Pasienter med kroniske smertetilstander kan ha lignende utfordringer. I likhet med ME er fibromyalgi og andre kroniske muskelsmerter en symptomdiagnose og ikke en sykdomsdiagnose. Det vil si at diagnosen har et lavere diagnostisk spesifikasjonsnivå, gir færre medisinske avlesbare spor i kroppen og oppfattes som mer ubestemt. Legene finner ofte ikke annet enn anspent muskulatur. Det er verken forandringer på røntgenbilder eller blodprøver som kan bekrefte eller avkrefte diagnosen.

Denne medisinske "ubestemtheten" kan gjøre pasientenes møte med helsevesenet krevende. For eksempel gjorde Werner en kvalitativ studie av kvinner med kroniske muskelsmerter i sin avhandling. Der forteller åtte av ti informanter at de er skuffet over legens manglende forståelse, hjelp og kunnskap, og at de har opparbeidet en skepsis til hjelpeapparatet. De har måttet kjempe og krangle for å bli trodd og tatt på alvor når de har søkt hjelp. De fleste har på ulikt vis jobbet for å bli undersøkt eller sykmeldt, henvist til spesialist eller fysioterapeut, for å få en diagnose eller forklaring, eller for å få uføretrygd. Steihaug har skrevet avhandling om erfaringene fra behandlingsgrupper for kvinner med kroniske muskelsmerter. Hun konkluderte med at anerkjennelse fra de andre gruppedeltakerne og fra fagpersonalet var sentralt for behandlingsutbyttet. Kvinnene opplevde å bli lyttet til og forstått, og deres pasientopplevelse fikk autoritet og gyldighet. Sammen med behandlerne kunne de ofte finne en forklaring¹⁴ som gjorde smertene mer forståelige og håndgripelige, og de fikk strategier for å håndtere dem bedre. Det er et godt eksempel på brukermedvirkning på individuelt nivå – at pasientens erfaringer og behandlernes medisinske kompetanse utfyller hverandre og sammen bidrar til god helsehjelp for pasienter som ellers risikerer å slite med både verdighet og troverdighet. (Malterud, 2001; Steihaug, 2002; Werner, 2005)

Kvinner med kroniske vulvasmerter er ei pasientgruppe som kan oppleve å bli glemt og ignorert. Underlivsproblemer er tradisjonelt et tabubelagt tema, og både pasienter og leger opplever ofte at seksualitet og underlivsplager kan være vanskelig å diskutere. Manglende diskusjon mellom pasient og lege kan bidra til at legens rapportering av medisinske symptomer blir ufullstendig, og det kan igjen føre til behandlingssvikt. Det hjelper ikke at plagene ofte faller mellom to stoler – gynekologi og hudsykdommer. Tverrfaglig samarbeid mellom ulike spesialiteter er derfor vesentlig for å ivareta pasientene best mulig. Et eksempel er vestibulitt, eller lokalisert provosert vestibulodyni. Dette rammer oftest unge kvinner og gjør at området rundt skjedeinngangen blir svært smertefullt. I det smertefulle området kan det oppstå flere overflatiske nervefibre enn hos friske kvinner. Disse nervefibrene er med på å gjøre kvinnene overfølsomme for berøring, og smerten kjennes gjerne som sviing og brenning. Studier viser imidlertid at behandling fungerer for de fleste, men at det kan ta tid før de blir bedre. Det gis ofte individuelt tilpassede behandlingssopplegg med for eksempel muskelavslappende øvelser, trening på kroppsbevissthet, sexologisk rådgivning eller operasjon. Et mer alvorlig eksempel, som også er mer tabubelagt, er hudsykdommen genital lichen planus. Det er en relativt sjelden hudlidelse som kan ramme ulike områder i hud og slimhinner. I huden er sykdommen forbigående, mens i slimhinner som i munnen, spiserør, vulva og vagina blir den mer kronisk. I underlivet kan man få sår og arrdannelse som kan føre til innsnevring av vagina og utvisking av kjønnsleppene. Samleie kan bli umulig. Tilstanden er ofte vanskelig å behandle, men ny norsk forskning har nå ført til et nytt behandlingstilbud – fotodynamisk behandling – for kvinner med denne lidelsen. For tiden pågår det dessuten et prosjekt ved NTNU som studerer hva slags effekt behandling med tverrfaglige team har for kvinner med kroniske vulvasmerter. Målet er å bidra til mer evidensbasert behandling av pasientgruppa. (Allmennt medisinsk forskningsenhet, 2017; Bergstrøm, 2015b; Edgardh, 2005; Groven et al., 2016; Helgesen, 2015, 2016; van der Meijden et al., 2017)

Forventer mer av kvinnelige pårørende

De seneste årene har vi sett en utvikling i rehabiliteringspolitikken, der idealet er individuell tilrettelegging og skreddersydde tjenester så nært pasientens hjem som mulig. Samhandlingsreformen

¹⁴ En forklaring var ikke det samme som årsaken til smertene.

flytter flere tjenester fra sykehus og inn i kommunehelsetjenesten. Målet er en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker, med bedre brukermedvirkning. Men kortere liggetid på sykehus betyr også at det blir "tyngre" pasienter i kommunehelsetjenesten og i hjemmet. Det forutsetter at pårørende blir mer involverte. Dette er i tråd med politiske styringsdokumenter, der pårørende er ei gruppe man forventer at bidrar stadig mer. (Breimo, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009)

I en kvalitativ studie av rehabiliteringsprosesser viser Breimo hvordan forventningene til pårørende forplanter seg ned i tjenestesystemet. Tjenesteyterne forventet at de pårørende skulle ta et medansvar i å koordinere rehabiliteringsprosessene. Det forventet også de pårørende selv. Men studien viser at forventningene i stor grad er kjønnete. Både helsepersonell og andre tjenesteytere forventet rett og slett mer av kvinnelige pårørende. De som var oppnevnt som personlige koordinatorene, utførte flere oppgaver når det var mannlige pårørende enn når det var kvinnelige. Det får konsekvenser for omsorgsbyrden, siden det krever mye arbeid å koordinere en rehabiliteringsprosess. Ofte er flere titalls aktører involvert. Ifølge de pårørende var det særlig slitsomt å finne ut hvem man skal kontakte og hvordan, hva som finnes av tjenestetilbud og hva man har krav på. Det var mange ganger tilfeldig hvilke tjenestetilbud eller rettigheter de fikk høre om. Imidlertid gav de kvinnelige pårørende uttrykk for at det var de som måtte ta ansvar for dette arbeidet, fordi det ikke var noen andre som gjorde det. De antok derfor at det var deres ansvar. De mannlige pårørende var derimot mer tydelige på hva de mente var tjenesteapparatets ansvar. Studien viser i tillegg at både tjenesteytere og kvinnelige pårørende ser ut til å forvente at kvinnelige pårørende i større grad skal bruke tid på å være til stede for partnerne sine. (Breimo, 2014)

Et annet prosjekt har sett på samspillet mellom familien og velferdsstaten når det gjelder eldreomsorg. Forskerne utførte blant annet en spørreundersøkelse blant ansatte i omsorgstjenesten, hvor de spurte om praksisen rundt tildeling av offentlig hjemmetjeneste. Resultatene tydet på stor variasjon i tildelingene, både mellom og innad i kommuner. De tydet også på at kjønn spiller en rolle for tildeling av offentlige pleie- og omsorgstjenester i Norge. Ifølge tallene ville en eldre hjelpe-trengende kvinne med en sønn som pårørende motta 25 prosent mer offentlig omsorg enn om hun hadde en datter som pårørende. Forskjellen økte til 34 prosent når forskerne kontrollerte for faktorer på kommunenivå. Prosjektet viste også at kvinner som ytte uformell eldreomsorg i et omfattende omfang hadde en lavere sannsynlighet for å være i jobb. (Berge, 2016; N. Jakobsson et al., 2015)

Det er altså aktuelle problemstillinger knyttet til samfunnets kjønnete forventninger til kvinnelige pårørende. I tillegg yter kvinner fortsatt mer uformell omsorg enn menn. Dette kan tyde på at utviklingen mot individuelt tilrettelagte og skreddersydde tjenestetilbud nær hjemmet ikke er like frigjørende for alle.

Møter med minoriteter

Studier viser at velferdssamfunnet har noen utfordringer med å sikre god brukermedvirkning og likeverdige helsetjenester for etniske minoriteter i Norge. Det er viktig å påpeke at utfordringene varierer mellom ulike grupper. Blant annet spiller faktorer som utdanning, arbeidstilknytning, sosial klassesilhørighet, bosted og kjønn en rolle. Det samme gjør kulturell og etnisk bakgrunn,

livserfaringer, språkkunnskaper, *health literacy*¹⁵ med mer. Men i møtet mellom pasient og allmennlege på et legekontor, kan det for eksempel oppstå utfordringer på grunn av manglende fellesspråk eller andre kommunikasjonsbarrierer: ulike sykdomsforståelser, annerledes forventninger til helsevesenet og noen ganger også sykdommer som er uvante for legen. Det er dermed viktig at legen har kulturell kompetanse for å kunne kommunisere godt med de ulike pasientgruppene sine, og å gi alle best mulig behandling. Legen trenger også kjennskap til utfordringer som er koblet til migrasjon og helse. Det er et stort forskningsbehov på migranter og etniske minoriteters helse, både nasjonalt og internasjonalt. Siden 2003 har imidlertid Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) hatt ansvar for å skape og formidle forskningsbasert kunnskap som fremmer god helse og likeverdige helsetjenester for personer med innvandrerbakgrunn. På nettsidene sine har NAKMI samlet ulike ressurser som kan være nyttig for allmennleger og annet helsepersonell – fra faglitteratur og forskning til veiledninger og brosjyrer. Fra 1. januar 2018 er NAKMI blitt en integrert del av Folkehelseinstituttet og deres nettsider. (Viken & Kumar, 2010)

God kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell er en viktig forutsetning for gode helsetjenester. Pasienter med begrensede norskkunnskaper har rett til tolk, som skal bestilles av helsetjenesten. Bare kvalifiserte tolker skal brukes. Likevel viser undersøkelser at det fortsatt er underforbruk av tolk i alle typer helsetjenester, både på sykehus, av fastleger, på helsestasjoner og i pleie- og omsorgstjenester. Ifølge en rapport fra NAKMI overvurderer ofte helsepersonell pasientenes norskkunnskaper, særlig når de snakker "litt norsk". Det fører gjerne til at tolk ikke benyttes. Samtidig fastslår pasientene at å snakke "litt norsk" ikke er tilstrekkelig til å kunne kommunisere med helsepersonell uten tolk. Rapporten avdekket dessuten mangelfulle rutiner for å informere pasientene om retten til å bruke tolk, og for å snakke om behovet for tolk. For øvrig har det heller ikke vært uvanlig å benytte barn og andre familiemedlemmer eller bekjente, men i 2016 vedtok Stortinget at det er forbudt å bruke barn som tolk. (Hasle, 2014; Le, 2013; Norges lover, 1967)

For noen innvandrergrupper er manglende *health literacy* en utfordring. En relativt fersk studie fant at dette gjaldt 71 prosent av om lag 300 voksne kvinner fra Somalia bosatt i Oslo. Å være arbeidsløs eller lite sosialt integrert økte sannsynligheten for manglende *health literacy*. Forskerne understreker at det er behov for tiltak som fremmer *health literacy* blant immigranter. Det vil både øke brukernes mulighet til å ta informerte valg om egen helse, og bidra til et likeverdig helsetilbud. (Gele et al., 2016)

Ellers viser studier at tverrfaglig samarbeid, aktiv inkludering og respektfullt samarbeid er særlig viktig i migrasjonsrettet helsearbeid. Når helsepersonell bruker tilnæringsmetoder som bidrar til likeverdige prosesser og samtaler, med en åpen holdning og interesse for pasientens liv, erfaringer og kompetanse, kan det bidra til økt tillit, deltakelse og styrket brukermedvirkning. Kulturell kompetanse er også viktig. En fersk norsk studie konkluderer med at dagens fastleger har for lite kulturell kompetanse i møte med personer med innvandrerbakgrunn. Forskerne argumenterer for at utdanningen av leger og annet helsepersonell bør inkludere kulturell kompetanse slik at de lettere kan behandle pasienter med minoritets- og majoritetsbakgrunn likeverdig. (Hjorleifsson et al., 2017; Viken & Kumar, 2010)

For øvrig skriver vi i kapittel 2.4 om kvinner med minoritetsbakgrunn i møte med svangerskapsomsorgen, og i kapittel 2.5 viser vi hvordan faste møteplasser kan virke helse-fremmende og

¹⁵ Med *health literacy* mener vi kunnskap om helse og sykdom, og om hva helsetjenesten kan tilby.

motvirke fremmedgjøring for eldre innvandrerkvinner. Generelt kan det tyde på at lokale initiativer som tar utgangspunkt i den aktuelle målgruppas ressurser og ønsker, utfordringer og behov kan styrke brukermedvirkning i helse blant etniske minoriteter. (De Freitas et al., 2014; Viken & Kumar, 2010)

Noen studier har vist at samiske pasienter oppsøker helsevesenet i mindre grad enn majoritetsbefolkningen, men forskningen er tvetydig. En forskningsoppsummering fra Omsorgsbiblioteket konkluderer med at den samiske befolkningen bruker helsetjenestene i like stor grad som majoritetsbefolkningen, men den slår samtidig fast at de er mindre tilfredse med hjelpetilbudet enn gjennomsnittsnordmannen. Dette kan skyldes mangel på kunnskap om samer og samisk kultur blant helsepersonell, men også språklige utfordringer og tilbudenes geografiske beliggenhet. Oppsummeringen konkluderer blant annet med at det er viktig at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om sosiale, historiske og kulturelle faktorer som kan ha betydning for møter mellom samer og helse- og omsorgstjenestene. (Blix, 2016)

Seksuelle minoriteter kan også støte på utfordringer i møtet med helsevesenet. For eksempel viser en kvalitativ studie at det er tre faktorer som er avgjørende i lesbiske kvinners møte med lege eller annet helsepersonell: at helsepersonell er oppmerksomme på at ikke alle pasienter er heteroseksuelle, at de har en åpen og imøtekommende holdning til seksuelle minoriteter, og at de har konkret kunnskap om pasientgruppas helseutfordringer. (Bjorkman & Malterud, 2009)

Les relevante forskningsnyheter fra [Kilden kjonnforskning.no](http://Kilden.kjonnforskning.no)

[Forventer mer av kvinnelige pårørende](#)

[Snakker forbi hverandre om omskjæring](#)

[I front for et mer inkluderende helsevesen](#)

3. AVSLUTNING: PÅ VEI MOT LIKEVERDIGE HELSETJENESTER?

3.1 BEHOV FOR MER FORSKNINGSBASERT KUNNSKAP

I de foregående kapitlene har vi tatt for oss norsk forskning på kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse fra år 2000 til i dag. I 1999 overleverte Kvinnehelseutvalget *NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge*, som avdekket en gjennomgående mangel på kjønns spesifikk kunnskap og kjønns perspektiv i medisinsk forskning. Vår gjennomgang har ikke vært like omfattende som en NOU, men de foregående kapitlene viser likevel tydelig at det fortsatt er et stort behov for kjønns spesifikk kunnskap om helse, og særlig om kvinners helse.

I litteraturgjennomgangen vår satt vi til slutt igjen med 1854 publikasjoner fra norske forskningsinstitusjoner, som omfattet norske forhold innenfor kvinners helse og kjønnsforskjeller, og som var publisert fra år 2000 og senere. Publikasjonssøket er mer detaljert beskrevet i kapittel 2 om metode. Selv om vi tar høyde for at publikasjonssøket vårt ikke har klart å favne alle relevante publikasjoner, gir det en god pekepinn på forskningsaktiviteten. Til sammenligning gir et søk i Ovid Medline over 89 000 treff i vitenskapelige publikasjoner fra norske institusjoner i samme tidsperiode, og nesten 11 000 treff bare i 2017. Ovid Medline er den ledende bibliografiske databasen internasjonalt innen medisin- og helseforskning. Tallene viser at forskning på kvinners helse, og kjønnsforskjeller i helse, fortsatt bare utgjør en liten brøkdel av den totale mengden medisin- og helseforskning vi har her til lands.

Går vi nærmere inn på tallene, ser vi at det er noen områder det er blitt forsket mer på enn andre. Det som skiller seg tydeligst ut, er forskning på reproduktiv helse, fødsler, overgangsalder og aldring. Rundt halvparten av publikasjonene tematiserte noe av dette på en eller annen måte. Mange av disse handlet igjen om forhold knyttet til reproduktiv helse og fødsler. Én av grunnene til at vi finner mange publikasjoner her, er nok at både reproduktiv helse, fødsler og aldring er vide temaer som favner veldig mange ulike problemstillinger og innfallsvinkler. Det innebærer blant annet at mange av disse publikasjonene også omhandler noen av de andre temaområdene våre. For eksempel vil vi ha kategorisert forskning på fødselsdepresjon både her og under psykisk helse, mens forskning på gravide med leddgikt vil havne her og under muskel- og skjelettlidelser. Forskning på benskjørhet blant eldre vil også havne både her og under muskel- og skjelettlidelser. Og selv om vi generelt fant mange publikasjoner på reproduktiv helse og fødsler, er det ikke forsket mye på alle temaer. I kapittel 3.6 skrev vi for eksempel om tabubelagte underlivssykdommer. I gjennomgangen vår fant vi bare en håndfull publikasjoner som omhandlet vulvasykdommer. Det samme gjaldt publikasjoner om endometriose.

Det andre temaområdet som skilte seg ut, var kreft, med 470 publikasjoner. Her var det særlig forskning på brystkreft, brystkreftbehandling og screening som dominerte. Rundt 300 av disse publikasjonene tematiserte brystkreft på en eller annen måte.

Ellers var det drøyt 240 publikasjoner som handlet om psykisk helse, 160 publikasjoner om hjerte- og karsykdommer og 145 publikasjoner om muskel- og skjelettlidelser og langvarige smerte- og utmattelsestilstander. Litt over 100 publikasjoner hadde innvandrers- eller minoritetsperspektiv og snaut 80 omhandlet brukere i møte med helsevesenet.

Tradisjonelt har forskning på forhold som har med kvinners reproduktive organer og reproduksjon å gjøre, dominert innenfor forskning på kvinners helse. Litteraturgjennomgangen vår viser at slik er det til en viss grad ennå. Det er viktig og nødvendig forskning. Det har blant annet bidratt til at vi i dag har en svært god svangerskapsomsorg i Norge, slik vi skriver i kapittel 3.4. Forskningen på brystkreft har bidratt til at brystkreftdødeligheten har gått betydelig ned, slik vi skriver i kapittel 3.2. Forskning på kreft og HPV-virus har blant annet ført til at vi i dag har en HPV-vaksine som kan forebygge de fleste tilfeller av livmorhalskreft hos den oppvoksende slekt, i tillegg til at den beskytter mot kreft i organer som penis, anus, munnhule og svelg.

Samtidig viser gjennomgangen at vi trenger å få kjønnsperspektivet bedre og oftere integrert i annen helseforskning. Et godt eksempel er forskning på hjerte- og karsykdommer. Til tross for at hjerteinfarkt er den vanligste dødsårsaken blant norske kvinner, fant vi bare 160 publikasjoner om hjerte- og karsykdommer. Som vi skriver i kapittel 2.1, har nyere forskning vist at det er betydelige kjønnsforskjeller både i forekomst, risikofaktorer og symptomer på ulike hjerte- og karsykdommer, og i mange tilfeller også i forløpet av sykdommene. Men selv om det etter hvert finnes mye kunnskap om hvordan kvinners og menns hjerter og hjertesykdommer skiller seg fra hverandre, har vi fortsatt dårligere utviklede diagnose- og behandlingsmetoder for kvinners hjertesykdommer. Fremdeles mangler vi kunnskap om hvordan store grupper hjertemedikamenter kan virke ulikt for menn og for kvinner. Og selv om forskning viser at høyt blodtrykk, diabetes og røyking har mer skadelig effekt hos kvinner enn menn, blir disse kardiovaskulære risikofaktorene fortsatt vektlagt likt hos kvinner og menn i norske og internasjonale anbefalinger for forebyggende medisin på dette området. Denne mangelen på vektning gir inntrykk av at kvinner har lavere risiko for hjerte- og karsykdommer enn menn i og med at kvinner har lengre forventet levealder. Og det kan igjen bidra til at både helsearbeidere, politikere og andre beslutningstakere, samt befolkningen generelt, undervurderer betydningen av forebyggende behandling hos kvinner, og da særlig behovet for blodtrykkssenkende behandling. Heller ikke svangerskapskomplikasjoner er tatt med som viktige risikofaktorer å ta hensyn til i de nye nasjonale retningslinjene for forebygging av hjerte- og karsykdommer. Dette til tross for at forskningen viser at svangerskap er en viktig innfallsport for å fange opp kvinner som er i risikozonen for å utvikle hjerte- og karsykdommer senere i livet, og å forebygge senere sykdom. I dag er det ingen systematisk oppfølging av denne pasientgruppa.

Det sies at "kvinner lider, menn dør", altså at kvinner lever lengre enn menn, men er mer plaget av sykdom. Litteraturgjennomgangen vår bekrefter at det er en oversykelighet blant kvinner. De har oftere kroniske sykdommer, angst og depresjoner. Det skyldes ikke bare at kvinner i snitt lever lengre enn menn. Oversykeligheten er til stede i alle aldersgrupper. Kvinner er også overrepresentert blant langtidssykmeldte og uføretrygdde. De to vanligste årsakene til uføretrygd er psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser, som vi har skrevet om i kapitlene 2.5 og 2.3. I kapittel 2.3 viser vi at relativt flere kvinner enn menn som er langtidssykmeldte med muskel- og skjelettlidelser, ender opp med å bli uføre. I alle andre diagnosegrupper er det menn som har høyest risiko for uførhet etter å ha kontrollert for sosiodemografiske faktorer. Når det gjelder muskel- og skjelettsykdommer, forklarer også sosiodemografiske faktorer en hel del: To tredjedeler av kjønnsforskjellene forsvinner når vi kontrollerer for inntektsforskjeller og forskjeller i arbeidstid og familiestatus. Men den siste tredjedelen skyldes at det er flere kvinner som rammes av muskel- og skjelettlidelser med "dårlige" prognoser og høy risiko for arbeidsuførhet. Blant annet rammes langt flere av kroniske og langvarige smertetilstander som myalgi og fibromyalgi. Dette er også områder der kunnskapsbehovet er stort. Til sammen fant vi bare om lag under 20 publikasjoner om kroniske muskelsmerter som myalgi og

fibromyalgi. Vi fant heller ikke mange publikasjoner på andre smertetilstander der kvinner dominerer. For eksempel var det under 20 publikasjoner om migrene og spenningshodepine. Gjennomgangen viser tydelig at vi trenger mer kunnskap om årsakene til slike langvarige og kroniske smertetilstander, og ikke minst om årsakene til de store kjønnsforskjellene. Her kan både biologiske, miljømessige, kulturelle og sosiale forhold spille inn, i tillegg til levevaner, livsløp og psykisk helse. I kapittel 2.6 skriver vi om hvordan pasienter med kroniske smerter kan få et utfordrende forhold til helsevesenet, fordi slike symptomdiagnoser er mindre spesifikke og mer "ubestemte" enn tradisjonelle sykdomsdiagnoser, noe som igjen gir utfordringer for diagnostisering og behandling. Mange opplever at de må kjempe for både verdighet og troverdighet. Det samme gjelder pasienter med langvarige utmattelsestilstander som ME. Det rammer også kvinner oftere enn menn, og særlig unge kvinner. For øvrig fikk vi i Norge en egen nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME i 2012, og det pågår nå mye forskning på feltet som forsøker å kaste lys over tilstanden.

Psykisk helse er også et område med tydelige kjønnsforskjeller – både i utbredelse av ulike lidelser, i hvilken alder de inntreffer og i sykdomsforløp. I kapittel 2.5 viser vi at tenåringsjenter sliter mer med depresjon, spiseforstyrrelser og andre lidelser med innadvendte symptomer, mens tenåringsgutter oftere har aggresjonsproblemer og lidelser med utagerende symptomer. I voksen alder rammes kvinner omtrent dobbelt så ofte av angst og depresjonslidelser som menn, mens tallene er motsatt for lidelser som ADHD, adferdsforstyrrelser og ruslidelser. Også her bekrefter gjennomgangen vår at det er et stort behov for mer forskning på årsakene til kjønnsforskjellene. Det har vært forsket relativt lite på hvilken rolle kjønn spiller i utviklingen av psykiske lidelser, men den forskningen som finnes tyder på at årsakene kan være knyttet til både biologiske og samfunnsmessige forhold, samt livsløp og skjellsettende livshendelser.

Både psykisk helse og langvarige og kroniske smertetilstander er gode eksempler på at helse er et komplekst og sammensatt felt. Mindre komplekst blir det ikke av at mange kvinner rammes av flere og sammensatte lidelser, såkalt *multimorbiditet*. For eksempel kan de ha en kombinasjon av muskel- og skjelettsmerter, psykiske plager og andre diagnoser. Dette er i tillegg kvinner som ofte faller ut av arbeidslivet. Det er altså et sterkt behov for mer forskning på slike lidelser og på kombinasjoner av lidelser. Og siden kjønnsdimensjonen er så tydelig når det gjelder hvem som blir rammet, må denne forskningen ha et tydelig kjønnsperspektiv.

Generelt bekrefter litteraturgjennomgangen vår at vi trenger mer kunnskap om kjønnsforskjeller i helse, og ikke minst om årsakene til forskjellene. Da er forskning på biologiske forskjeller og likheter mellom kjønnene sentralt. Mye medisinsk kunnskap bygger fortsatt på mannen som norm, og selv om det har vært en økt oppmerksomhet rundt dette de seneste tiårene, både i Norge og internasjonalt, vet vi fortsatt mindre om kvinners biologiske mekanismer, sykdom og helse, og om hvordan kvinners helse og sykdom skiller seg fra menns.

Vi trenger i tillegg mer kunnskap om hvordan samfunnsmessige og kulturelle forhold påvirker kvinners og menns helse. I Norge har vi kommet langt når det gjelder likestilling mellom kjønnene, men fortsatt er det viktige forskjeller ved menns og kvinners liv som kan bidra til ulikheter i helse og sykdom. Blant annet har vi fortsatt et relativt kjønnsdelt arbeidsmarked, og kvinner dominerer for eksempel innenfor pleie- og omsorgsykker. Det er yrker preget av skiftarbeid og lite fleksibel arbeidstid, samt en utstrakt bruk av deltidsstillinger. I tillegg kan arbeidet innebære tunge løft og andre fysiske belastninger. Det er heller ikke spesielt godt betalt. Generelt tjener kvinner i snitt

fortsatt dårligere enn menn. Det er færre kvinner i lederstillinger og flere kvinner som jobber deltid enn menn. Selv om velferdsgoder som barnehager og pappapermisjon bidrar til mer likestilte familier, er det fortsatt vanlig at kvinner tar mer ansvar for hjem og familie. Som vi så i kapittel 2.6, forventes det også mer av kvinnelige pårørende. Dette er eksempler på forhold som kan bidra til kjønnsforskjeller i helse. Som vi har vært inne på, forklarer sosiodemografiske forhold som inntekt, arbeidstid og stillingsprosent, samt familiesituasjon, mye av kjønnsforskjellene i uføretrygd. I kapittel 2.3 viser vi for eksempel at kvinner med fibromyalgi ofte har hatt store psykiske og fysiske belastninger over tid før de får stilt en diagnose, og lange perioder med smerter og trøtthet i kroppen som de ignorerte i forsøket på å strekke til og mestre belastningene i hverdagen. Forskning tyder på at mens menn opplever stress og konflikter på jobb som en viktig årsak til at de sykmeldes med muskel- og skjelettlidelser, er totalbelastningen fra både jobb og privatliv en viktig årsak for kvinner.

I kapittel 3.4 ser vi at det for tiden er en dynamikk og endring når det gjelder tidspunktet for å få barn, hvem som får barn og hvordan man får barn. I kapittel 2.5 viser vi hvordan idealer om selvrealisering sammen med kroppspress og utseendefokus antakelig er enda mer påtakelig i dagens mediesamfunn og særlig gjennom sosiale medier. Dette er eksempler på utviklingstrekk som kan få kjønnete helsekonsekvenser. Et annet eksempel er tendensen til økende medikalisering og sykeliggjøring. For eksempel viser Anderssen i en artikkel hvordan ansatte i velværesektoren tar i bruk fortellinger om kvinners liv som stressende og sykeliggjørende for å legitimere sine tjenester. Opphold på spa-hotell med vekt på avkobling og ro, helsebringende mat og trening, samt ulike velværebehandlinger framstilles som både helsebringende og sykdomsforebyggende, og noe som setter kvinnene i stand til å takle en slitsom og stressende hverdag. (Anderssen, 2017)

Skal kvinner og menn få et likeverdig helsetilbud, trenger vi altså mer forskning på både biologiske mekanismer, kjønnsroller og andre sosiale og kulturelle mekanismer og utviklingstrekk som påvirker helsen vår. Og vi trenger kunnskap om disse mekanismene i et livsløpsperspektiv. Som vi skriver i kapittel 2.4, er både alderdom og eldreomsorg kjønnete fenomener.

Ved å se på forskjeller og likheter mellom kvinner og menn, lærer vi mer både om kvinners helse og menns helse. Kjønnsperspektiver er altså viktig for å forstå mer om helse for begge kjønn. I tillegg trenger vi mer kunnskap om andre sosiale ulikheter i helse. For eksempel har vi sett at klasse-tilhørighet påvirker risikoen for ulike sykdommer, og at personer fra lavere sosiale lag generelt er mer utsatt for helseproblemer. I denne rapporten har vi løftet fram forskning med minoritetsperspektiver. Disse studiene viser tydelig at helseutfordringer kan variere med faktorer som landbakgrunn og hvor lenge en har bodd i Norge, etnisk og kulturell tilhørighet, språkkunnskaper og *health literacy*. Det handler både om hvilke sykdommer en er mest utsatt for, hvor godt en blir ivaretatt av helsevesenet og i hvilken grad en blir i stand til å ta informerte valg om egen helse. Samtidig viser gjennomgangen at det er et stort behov for mer forskningsbasert kunnskap om ulike innvandregruppers helse og sykdom. Det er derfor viktig at vi har forskning som kombinerer kjønns-, klasse-, mangfolds- og minoritetsperspektiver, og ser på helseutfordringer knyttet til ulike sosiale og sårbare grupper. Slik kunnskap er viktig for å forebygge sykdom og for å sikre gode helsetjenester. Slik kommer vi nærmere et likeverdig helsetilbud for alle, uavhengig av kjønn, fødested, etnisitet, alder, legning, funksjonsnedsettelse, og sosial og kulturell tilhørighet.

Les relevante forskningsnyheter fra [Kilden kjønnsforskning.no](http://Kilden.kjønnsforskning.no)

[Klassebakgrunn påvirker kvinners sykefravær](#)

[Innvandrede kvinner faller ut av arbeidsmarkedet igjen](#)

[Kunstig befruktning har blitt naturlig](#)

[Mor tar mer ansvar for barna enn far, selv i likestilte par](#)

[Sunt fokus på helse, eller spiseforstyrrelse i forkledning?](#)

[Kan en kvinnekropp være et eksempel på et menneske?](#)

3.2 BEHOV FOR MER FORMIDLING OM KVINNERS HELSE OG KJØNNSFORSKJELLER I HELSE

I denne rapporten har vi sett at det er nødvendig med kjønnsperspektiver på medisin- og helseforskning. Gjennomgangen vår viser at det er et stort behov for mer forskning på kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse. Samtidig er det viktig at den kunnskapen som allerede finnes, når ut til flere enn bare spesielt interesserte, både til personer som jobber i helsevesenet, relevante beslutningstakere og myndigheter på helsefeltet og til folk flest som brukere av helsetjenester.

Slik det er i dag, er kunnskapen om kjønnsforskjeller i helse lite tilgjengelig, lite formidlet og lite kjent. Kjønnsperspektiver er fortsatt ikke systematisk integrert i medisin- og helsefagutdanninger i Norge. Med ujevne mellomrom dukker det opp saker i mediene om ulike forskningsfunn eller artikler som på en eller annen måte tar opp forhold knyttet til kjønn og helse, men dette blir mer sporadisk informasjon og langt fra dekkende for feltet. Og selv om det finnes ulike norske nettstedene med mye og god informasjon om medisin og helse, både for fagpersoner og for allmennheten, mangler vi et nettsted som fokuserer tydelig på kjønnsperspektiver.

Som vi skriver innledningsvis, er denne rapporten del av et forprosjekt med mål om å skaffe kunnskapsgrunnlag og bygge fundament for en nettportal som samler, systematiserer og formidler forskning på kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse. Behovet for en slik portal er blitt godt dokumentert gjennom arbeidet med denne rapporten.

Portalen vil gjøre forskning offentlig og lett tilgjengelig ved å samle og systematisere forskning på kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse i et livsløpsperspektiv. Det blir dermed en nyttig ressurs og et viktig verktøy for å tilegne seg oppdatert kunnskap på området for alle som jobber med helse – for alt fra forskere, studenter, leger og andre helsearbeidere til helsepolitikere og byråkrater, pasientforeninger, interesseorganisasjoner og andre aktører på feltet.

Portalen vil også formidle relevant forskning gjennom nyhetssaker og sosiale medier på en måte som alle kan forstå. På den måten vil folk flest få tilgang til kunnskap som ellers kan være vanskelig tilgjengelig. Det vil øke muligheten til å ta bedre vare på egen helse og gjøre riktige valg.

Forskningsjournalistikk er i seg selv et verktøy for å fremme kjønnsperspektiver hos fagmiljøer og beslutningstakere. Gjennom nyhetssaker vil kjønnsspesifikk kunnskap om medisin og helse bli løftet fram og synliggjort. Det samme gjelder kunnskapshull. På den måten kan forskningsjournalistikken bidra til at kjønnsforskjeller i helse og helsetilbud blir en del av samfunnsdebatten. I tillegg kan det skrives egne nyhetssaker som utfordrer ulike beslutningstakere og spør om hvilke konsekvenser ny kunnskap bør få for behandlingstilbud, retningslinjer, forskningsprioriteringer eller lignende. Og i nyhetssaker om kunnskapshull kan en utfordre relevante aktører til å ta ansvar for å tette hullene.

På den måten kan portalen bidra til at vi går fra kunnskap til handling, og bli en selvstendig aktør for likeverdige helsetilbud. Portalen vil være en faglig ressurs for alle som arbeider med helse. Den vil synliggjøre kunnskap og utfordringer, skape debatt og øke bevisstheten blant ulike beslutningstakere, politikere og byråkrater. Sist, men ikke minst, vil portalen formidle kunnskap til befolkningen som gjør dem bedre i stand til å ta informerte valg om egen helse og legge til rette for reell brukermedvirkning.

4. METODE

Rapporten baserer seg hovedsakelig på en systematisk kartlegging av norske vitenskapelige publikasjoner innenfor kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse fra år 2000 til i dag. Vi har søkt etter litteratur i databasene ORIA, SveMed+ og Ovid Medline.

Litteratursøket ble utført i samarbeid med Medisinsk bibliotek på Rikshospitalet, som er en del av Universitetsbiblioteket.

I rapporten har vi også supplert med andre relevante kilder der det har vært hensiktsmessig. I tillegg har vi løftet fram utvalgte forskningsnyheter fra Kilden kjønnsforskning.no.

Ei referansegruppe bestående av sentrale forskere innenfor kvinnehelse og kjønnsperspektiver på helse har bidratt med faglig kvalitetssikring. I tillegg har Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse etter avtale bistått ekstra med faglig hjelp til kartleggingen og rapporten.

Operasjonalisering av litteratursøket

Det publiseres store mengder forskningslitteratur innenfor medisin- og helsefeltet. Det var derfor utfordrende å komme fram til mest mulig hensiktsmessige søk, hvor vi verken gikk glipp av sentrale publikasjoner eller fikk med for mange irrelevante treff. Vi måtte også være realistiske med hensyn til hvor mange publikasjoner det var mulig å gå gjennom innenfor rammen av forprosjektet.

Den første avgrensningen vi gjorde, var å definere norsk forskning som forskning hvor én eller flere av forfatterne var tilknyttet norske institusjoner, og hvor forskningen så på norske forhold. Vi tok også med forskning som så på forhold i flere land, så lenge Norge var ett av dem.

Når det gjaldt tematiske avgrensninger, drøftet vi ulike strategier. Én mulighet ville være å gjøre ulike søk for hvert av de sju prioriterte temaene våre: 1) hjerte- og karsykdommer, 2) kreft, 3) muskel- og skjelettlidelser, langvarige smerte- og utmattelsestilstander, 4) psykisk helse 5) reproduktiv helse, fødsler, overgangsalder og aldring, 6) møtet mellom pasienter, pårørende og helsevesenet, samt 7) innvandrer- og minoritetskvinnens helse. Denne strategien hadde flere ulemper. For det første ville vi risikere at mange av de samme publikasjonene dukket opp i flere av søkene, i og med at helse er såpass sammensatt og komplekst. For eksempel ville forskning på svangerskapsforgiftning både blitt med i søket på reproduktiv helse og svangerskap, samt i søket på hjerte- og karsykdommer. Den andre store ulempen var at vi ville risikere å gå glipp av relevant forskning som ikke nødvendigvis passet inn i de ulike søkene, men som vi uansett ønsket å ha med.

Vi besluttet i stedet å lage et generelt søk etter publikasjoner som tematiserte kvinnehelse og/eller kjønnsforskjeller i helse, og selv systematisere publikasjonene tematisk i etterkant. Det ga oss både mulighet til å kategorisere publikasjoner som relevante for flere områder på samme tid, og å notere oss andre temaer enn de sju hovedtemaene.

Vi søkte etter litteratur i tre forskjellige databaser: Oria, SveMed+ og Ovid Medline. Medline er den ledende bibliografiske databasen internasjonalt innen medisin- og helseforskning, og den dekker over 5 600 tidsskrifter. Vi brukte denne til å søke etter vitenskapelige artikler skrevet på engelsk. Vitenskapelige artikler skrevet på norsk søkte vi etter i SveMed+, som dekker artikler fra skandinaviske tidsskrifter innen medisin- og helseforskning. Vi brukte Oria til å søke etter doktor-

avhandlinger og bøker. Den norske søkemotoren Oria er en felles portal til det samlede materialet som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbiblioteker, og den inkluderer blant annet materiale fra Medline og SveMed+. Men søkesystemet i Oria var ikke det mest hensiktsmessige i vårt tilfelle. Vi måtte bruke langt flere søkeoperasjoner enn i Medline og SveMed+, samtidig som det var vanskeligere å få presise treff. Derfor brukte vi kun Oria til det vi ikke fikk tilgang til gjennom de to andre databasene, nemlig doktoravhandlinger og bøker.

Om de ulike søkene

I Medline gjorde vi et kombinert søk etter engelskspråklige artikler som ga treff på enten kvinner, kvinnehelse, kjønn eller kjønnsforskjeller i helse. Alle artikler som blir registrert i Medline, blir indeksert med kontrollerte, medisinske emneord (MeSH). Det kan ta litt tid før artiklene blir indeksert, avhengig av hvordan tidsskriftet blir prioritert. For noen artikler kan det gå et par år. Vi valgte derfor å kombinere søk i kontrollerte emneord med søk i tittel, sammendrag og forfatterens stikkord. Vi supplerte med fagspesifikke emneord og stikkord på områder hvor det er relativt stor sjanse for at forfattere ikke eksplisitt tematiserer kjønn, rett og slett fordi alle pasientene normalt sett er kvinner. For eksempel søkte vi eksplisitt etter artikler om brystkreft og mammografi. For å begrense oss til artikler om norske forhold, søkte vi kun etter artikler som i tillegg nevnte Norge eller de største norske bynavn eller sykehusnavn i tittel, sammendrag eller forfatterens stikkord, eller hadde Norge som kontrollert emneord (MeSH). Totalt returnerte søket i Medline 2862 treff.

Siden det kunne finnes relevante artikler om norske forhold som ikke nødvendigvis spesifiserte dette i tittel, sammendrag, stikkord eller emneord, gjorde vi et lite suppleringsøk i Medline. Da søkte vi etter engelskspråklige artikler som ga treff på enten kvinner, kvinnehelse, kjønn eller kjønnsforskjeller, fra institusjoner som ga treff på enten Norge, norske universiteter eller de største sykehusene. Siden dette søket inkluderte forskning på forhold i alle deler av verden, ga det flere treff enn vi hadde mulighet til å gå gjennom. Vi valgte derfor å begrense oss til å trekke ut review-artikler. Det ga 116 treff, hvorav 93 var nye treff som ikke hadde blitt med i det første søket.

I SveMed+ gjorde vi to søk etter norskspråklige artikler. I det ene søkte vi etter kvinner eller kvinnehelse, og det ga 188 treff. I det andre søkte vi etter kjønnsforskjeller eller kjønnspektiver, og det ga 22 treff. Siden søkene ga et såpass begrenset antall treff, forsøkte vi ikke å snevre det ytterligere inn ved å definere hva som skulle regnes som norske forhold, utover det at språket var norsk. Det var helt overkommelig å luke bort artikler som ikke var relevante, i etterkant.

I Oria gjorde vi fire søk. I det første søkte vi etter publikasjoner av materialtypen bøker (den inkluderer også avhandlinger) som ga treff på kvinner og Norge, uavhengig av hvilken type felt det ga treff i. Det ga 2614 treff. Av disse trakk vi kun ut publikasjoner som var klassifisert som bøker eller avhandlinger, og som i tillegg var indeksert under emner relevante for helsefeltet. I det andre søket søkte vi også etter publikasjoner av materialtypen bøker, men som ga treff på kvinner og Norge i tittelfeltet. Her fikk vi 451 treff, og trakk ut bøker og avhandlinger som virket relevante ut fra en første grovsortering. I det tredje søket søkte vi etter publikasjoner av materialtypen bøker som ga treff på kvinner i valgfritt felt, men som i tillegg ga treff på helse eller sykdom i emnefeltet. Det ga 311 treff, og igjen trakk vi ut bøker og avhandlinger som virket relevante ut fra en første grovsortering. Totalt ga de tre søkene 63 treff på avhandlinger og 219 treff på bøker. I tillegg gjorde vi et søk etter publikasjoner av materialtypen bøker, som ga treff på kjønnsforskjeller eller kjønnsulikheter i tittel eller emnefelt. Det ga 88 treff, og av dem trakk vi ut tre bøker som virket relevante ut fra en

grovsortering. I de to første søkene hadde vi ingen avgrensning på språk i søket, men trakk ut publikasjoner på norsk eller engelsk. I de to siste søkene søkte vi kun etter publikasjoner på norsk.

Totalt ga litteratursøket 3450 treff.

Blant dem var det 3165 artikler, 222 bøker og 63 doktoravhandlinger.

Systematisk sortering og gjennomgang

Vi gjorde en systematisk gjennomgang av alle treff, hvor vi luket bort publikasjoner som ikke var relevante. For eksempel har vi lukt vekk forskning på svangerskap og fødsel hvor fokuset er på fosteret eller spedbarnet og ikke på moren. Et annet eksempel er "validerings-/metodestudier" der målet er å si noe om forskningsmetode og gyldighet, mer enn å bidra til ny kunnskap om kvinners helse. Vi har vært nøye med at alle publikasjonene skal ha et klart helsefokus. Det vil for eksempel si at vi har valgt å ta med studier som ser på hvordan vold i nære relasjoner påvirker fysisk og psykisk helse, mens vi har unnlatt å ta med studier som konsentrerer seg om omfanget av vold.

Det var høyest andel "feiltreff" i søket på bøker. Det skyldtes delvis at publikasjoner som offentlige utredninger og rapporter av ulike slag også var klassifisert som bøker i Oria. Men den viktigste årsaken var at vi kun ville ha med vitenskapelig litteratur, og bare bøker som kunne sies å bidra med ny forskning eller kunnskap innenfor sitt område. Det vil si at vi ikke har inkludert typiske lærebøker og innføringsbøker.

Underveis har vi supplert med sentrale publikasjoner som ikke var fanget opp av litteratursøket, enten etter innspill fra referansegruppa, eller publikasjoner vi på annen måte kom over i arbeidet med denne rapporten.

Til slutt satt vi igjen med 1854 publikasjoner som ble systematisert ut fra tema. Vi lagde et skjema hvor vi førte opp alle publikasjonene og krysset av for hvilke(t) av de sju hovedtemaene de sorterte innunder. I tillegg hadde vi med en åpen kategori hvor vi noterte eventuelle andre temaer i publikasjonene. Vi har tatt utgangspunkt i titler og sammendrag, men også lest mer av publikasjonene der det har vært nødvendig for kategoriseringen. I tillegg har vi hentet ut sentrale artikler og bøker i fulltekst.

5. REFERANSER

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Roysamb, E., & Olf, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders, 204*, 16-23. doi:10.1016/j.jad.2016.06.004
- Aasheim, V., Waldenstrom, U., Rasmussen, S., & Schytt, E. (2013). Experience of childbirth in first-time mothers of advanced age - a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy & Childbirth, 13*, 53. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-53>
- Albrektsen, G., Heuch, I., Løchen, M.-L., Thelle, D. S., Wilsgaard, T., Njølstad, I., & Bønaa, K. H. (2017a). Data on gender contrasts in the risk of incident myocardial infarction by age. The Tromsø Study 1979–2012. *Data in Brief, 13*, 779-784. doi:<https://doi.org/10.1016/j.dib.2017.07.001>
- Albrektsen, G., Heuch, I., Løchen, M.-L., Thelle, D. S., Wilsgaard, T., Njølstad, I., & Bønaa, K. H. (2017b). Risk of incident myocardial infarction by gender: Interactions with serum lipids, blood pressure and smoking. The Tromsø Study 1979–2012. *Atherosclerosis, 261*, 52-59. doi:<https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2017.04.009>
- Allmenntmedisinsk forskningsenhet. (2017). Årsmelding 2016 (pp. 96): NTNU.
- Alsaker, K. (2008). *Quality of life among women who have experienced intimate partner violence : a one year follow-up study among women at Norwegian women's shelter*. University of Bergen, Bergen.
- Andersgaard, A. B., Acharya, G., Mathiesen, E. B., Johnsen, S. H., Straume, B., & Oian, P. (2012). Recurrence and long-term maternal health risks of hypertensive disorders of pregnancy: a population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 206*(2), 143.e141-148. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2011.09.032>
- Anderssen, J. (2017). Because she's worth it. How spa therapists in a Norwegian health resort explain women's need for their services. *Women's Studies International Forum, 63*, 27-32. doi:<https://doi.org/10.1016/j.wsif.2017.07.001>
- Andersen, O. F., Ahmed, L. A., Emaus, N., & Klouman, E. (2014). High prevalence of chronic musculoskeletal complaints among women in a Norwegian general population: the Tromsø study. *BMC Research Notes, 7*, 506. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-7-506>
- Andre, M., & Lofvander, M. (2013). A study of primary care physicians rating their immigrant patients' pain intensity. *European Journal of Pain, 17*(1), 132-139. doi:10.1002/j.1532-2149.2012.00162.x
- Austad, C., Kvien, T. K., Olsen, I. C., & Uhlig, T. (2015). Health status has improved more in women than in men with rheumatoid arthritis from 1994 to 2009: results from the Oslo rheumatoid arthritis register. *Annals of the Rheumatic Diseases, 74*(1), 148-155. doi:<https://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204014>
- Austveg, B. (2006). *Kvinnens helse på spill : et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort*. Oslo: Universitetsforl.
- Bahus, M. K. (2015). Brukermedvirkning *Store norske leksikon*.
- Bakken, A. Frøyland, L. R., Sletten, M. A. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv : hva sier Ungdataundersøkelsene?* (Vol. 3/2016). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Bakken, A. (2017). *Ungdata 2017 : nasjonale resultater* Fafo-rapport, Vol. 10/17.
- Bakken, I. J., Tveito, K., Gunnes, N., Ghaderi, S., Stoltenberg, C., Trogstad, L., . . . Magnus, P. (2014). Two age peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a population-based registry study from Norway 2008-2012. *BMC Medicine, 12*(1), 167.
- Bakken, K., Alsaker, E., Eggen, A. E., & Lund, E. (2004). Hormone replacement therapy and incidence of hormone-dependent cancers in the Norwegian Women and Cancer study. *International Journal of Cancer, 112*(1), 130-134. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/ijc.20389>

- Bakken, K., Fournier, A., Lund, E., Waaseth, M., Dumeaux, V., Clavel-Chapelon, F., . . . Berrino, F. (2011). Menopausal hormone therapy and breast cancer risk: impact of different treatments. The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *International Journal of Cancer*, *128*(1), 144-156. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/ijc.25314>
- Bakken, K. S., Skjeldal, O. H., & Stray-Pedersen, B. (2015a). Higher risk for adverse obstetric outcomes among immigrants of African and Asian descent: a comparison study at a low-risk maternity hospital in Norway. *Birth*, *42*(2), 132-140. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/birt.12165>
- Bakken, K. S., Skjeldal, O. H., & Stray-Pedersen, B. (2015b). Immigrants from conflict-zone countries: an observational comparison study of obstetric outcomes in a low-risk maternity ward in Norway. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *15*, 163. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0603-3>
- Bakken, K. S., Skjeldal, O. H., & Stray-Pedersen, B. (2017). Obstetric Outcomes of First- and Second-Generation Pakistani Immigrants: A Comparison Study at a Low-Risk Maternity Ward in Norway. *Journal of Immigrant & Minority Health*, *19*(1), 33-40. doi:<https://dx.doi.org/10.1007/s10903-015-0329-3>
- Batt-Rawden, K. B., & Tellnes, G. (2013). Social Factors of Sickness Absences and the Significance of the Nature-culture Interplay in Coping. *Materia Sociomedica*, *25*(2), 127-130. doi:<https://dx.doi.org/10.5455/msm.2013.25.127-130>
- Berg, R. C., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., Underland, V., & Vist, G. (2014). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics & Gynecology International*, *2014*, 542859. doi:<https://dx.doi.org/10.1155/2014/542859>
- Berge, T. (2016). *Formell og uformell omsorg : samspillet mellom familien og velferdsstaten*. Notat (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring : online), Vol. 3/2014. H. Øien & L. N. Jakobsson (Eds.),
- Bergstrøm, I. I. (2015a, 15 September). – Hjertesykdom er den største kvinnedreperen i Norge. *Kilden kjønnsforskning.no*. Retrieved from <http://kjonnsforskning.no/nb/2015/09/hjertesykdom-st%C3%B8rste-kvinnedreperen-i-Norge>
- Bergstrøm, I. I. (2015b). Vil oppleve sex, men brennende smerter i skjeden setter en stopper. *Kilden kjønnsforskning.no*. Retrieved from <http://kjonnsforskning.no/nb/2015/11/vil-oppleve-sex-brennende-smerter-i-skjeden-setter-en-stopper>
- Bergstrøm, I. I. (2016, 17 February). På barrikadene med ultralyd for kvinners hjerter. *Kilden kjønnsforskning.no*. Retrieved from <http://kjonnsforskning.no/nb/2016/02/pa-barrikadene-med-ultralyden-for-kvinnens-hjerter>
- Berntsen, S., Richardsen, K. R., Morkrid, K., Sletner, L., Birkeland, K. I., & Jenum, A. K. (2014). Objectively recorded physical activity in early pregnancy: a multiethnic population-based study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *24*(3), 594-601. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/sms.12034>
- Biringer, E., Howard, L. M., Kessler, U., Stewart, R., & Mykletun, A. (2015). Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *36*(2), 38-45. doi:<https://dx.doi.org/10.3109/0167482X.2014.992411>
- Birkeland, M. S., Blix, I., Solberg, Ø., & Heir, T. (2017). Gender Differences in Posttraumatic Stress Symptoms after a Terrorist Attack: A Network Approach. *Frontiers in Psychology*, *8*(2091). doi:10.3389/fpsyg.2017.02091
- Bjerke, S. E., Holter, E., Vangen, S., & Stray-Pedersen, B. (2010). Sexually transmitted infections among Pakistani pregnant women and their husbands in Norway. *International Journal of Women's Health*, *2*, 303-309. doi:<https://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S13018>
- Bjerke, S. E., Vangen, S., Holter, E., & Stray-Pedersen, B. (2011). Infectious immune status in an obstetric population of Pakistani immigrants in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, *39*(5), 464-470. doi:<https://dx.doi.org/10.1177/1403494811399653>

- Bjorke-Monsen, A. L., Ulvik, A., Nilsen, R. M., Midttun, O., Roth, C., Magnus, P., . . . Ueland, P. M. (2016). Impact of Pre-Pregnancy BMI on B Vitamin and Inflammatory Status in Early Pregnancy: An Observational Cohort Study. *Nutrients*, *8*(12), 30. doi:<https://dx.doi.org/10.3390/nu8120776>
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2009). Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *27*(4), 238-243. doi:<https://dx.doi.org/10.3109/02813430903226548>
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2012). Lesbian women coping with challenges of minority stress: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, *40*(3), 239-244. doi:<https://dx.doi.org/10.1177/1403494812443608>
- Blix, B. H. (2016). *Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen*. Retrieved from Oslo: <http://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/samisk-befolkning#>
- Borthen, I. (2015). Obstetrical complications in women with epilepsy. *Seizure*, *28*, 32-34. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2015.02.018>
- Borthen, I., & Gilhus, N. E. (2012). Pregnancy complications in patients with epilepsy. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, *24*(2), 78-83. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/GCO.0b013e32834feb6a>
- Braaten, T., Weiderpass, E., Kumle, M., & Lund, E. (2005). Explaining the socioeconomic variation in cancer risk in the Norwegian Women and Cancer Study.[Erratum appears in *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006 Jan;15(1):187]. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, *14*(11 Pt 1), 2591-2597. doi:<https://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-05-0345>
- Brake, T., & Lambert, P. F. (2005). Estrogen contributes to the onset, persistence, and malignant progression of cervical cancer in a human papillomavirus-transgenic mouse model. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *102*(7), 2490-2495. doi:10.1073/pnas.0409883102
- Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2012). Symptoms of eating disorders, drive for muscularity and physical activity among Norwegian adolescents. *Eur Eat Disord Rev*, *20*(4), 287-293. doi:10.1002/erv.1156
- Breimo, J. P. (2014). Koordinering og tilstedeværelse - om kjønnede forventninger til pårørende i rehabiliteringsprosesser. *Tidsskrift for kjønnsforskning*.
- Broen, A. N. (2006). *Women's emotional life after miscarriage and induced abortion : a longitudinal, five-year follow-up study in Norway*. (no. 365), Faculty of Medicine, University of Oslo Unipub, Oslo.
- Cappelen, I., & Hånes, H. (2006). Women live longer, but are sicker. [Kvinner lever lenger, men er sykere]. *Michael Quarterly*, *3*(suppl 3), 26-31.
- Clausen, T., Oyen, N., & Henriksen, T. (2006). Pregnancy complications by overweight and residential area. A prospective study of an urban Norwegian cohort. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *85*(5), 526-533. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/00016340500523644>
- Cramariuc, D., Rogge, B. P., Lonnebakken, M. T., Boman, K., Bahlmann, E., Gohlke-Barwolf, C., . . . Gerds, E. (2015). Sex differences in cardiovascular outcome during progression of aortic valve stenosis. *Heart*, *101*(3), 209-214. doi:<https://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2014-306078>
- Crowson, C. S., Gabriel, S. E., Semb, A. G., van Riel, P. L., Karpouzas, G., Desein, P. H., . . . Kitaz, G. D. (2017). Rheumatoid arthritis-specific cardiovascular risk scores are not superior to general risk scores: a validation analysis of patients from seven countries. *Rheumatology*. doi:10.1093/rheumatology/kex038
- Dahl, J., Myhr, K. M., Daltveit, A. K., & Gilhus, N. E. (2008). Pregnancy, delivery and birth outcome in different stages of maternal multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, *255*(5), 623-627. doi:<https://dx.doi.org/10.1007/s00415-008-0757-2>
- Dahl, J., Myhr, K. M., Daltveit, A. K., Hoff, J. M., & Gilhus, N. E. (2005). Pregnancy, delivery, and birth outcome in women with multiple sclerosis. *Neurology*, *65*(12), 1961-1963. doi:<https://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000188898.02018.95>

- Dalgard, O. S., & Thapa, S. B. (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health [Electronic Resource]: CP & EMH*, 3, 24. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/1745-0179-3-24>
- De Freitas, C., García-Ramirez, M., Aambø, A., & Buttigieg, S. C. (2014). Transforming health policies through migrant user involvement: Lessons learnt from three European countries. *Psychosocial Intervention*, 23(2), 105-113. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psi.2014.07.007>
- den Boon, J. A., Pyeon, D., Wang, S. S., Horswill, M., Schiffman, M., Sherman, M., . . . Ahlquist, P. (2015). Molecular transitions from papillomavirus infection to cervical precancer and cancer: Role of stromal estrogen receptor signaling. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(25), E3255-E3264. doi:10.1073/pnas.1509322112
- Derdikman-Eiron, R., Hjerdal, O., Lydersen, S., Bratberg, G. H., & Indredavik, M. S. (2013). Adolescent predictors and associates of psychosocial functioning in young men and women: 11 year follow-up findings from the Nord-Trøndelag Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(2), 95-101. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/sjop.12036>
- Dessein, P. H., Solomon, A., & Hollan, I. (2016). Metabolic abnormalities in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 30(5), 901-915. doi:10.1016/j.berh.2016.10.001
- Diaz, E., & Kumar, B. (2014). Differential utilization of Primary Health Care services among older immigrants and Norwegians. A register-based comparative study in Norway. *BMC Health Services Research*, 14, 623. doi:10.1186/s12913-014-0623-0
- Djesa, R. I. (2016). *Kulturell kommunikasjon og forståelse som redskap i forebygging av kvinnelig omskjæring*. UiT Norges arktiske universitet, Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning, Tromsø.
- Dødsårsaksregisteret. (2017). Dødsårsaksregisteret. from Folkehelseinstituttet <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K., & Eskild, A. (2008). Fear during labor: the impact of sexual abuse in adult life. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 258-261. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/01674820802075998>
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K., & Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*(3), 134:297-301. doi:10.4045/tidsskr.13.0068
- Edgards, K. (2005). Experiences with a special vulvar clinic in Oslo. [Erfarenheter med særskilt vulvamottagning i Oslo]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 125(8), 1026-1027.
- Eidem, I. (2014). *Pregnancy outcomes in women with type 1 diabetes in Norway*. (no. 1803), Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo.
- Eik-Nes, T., Romild, U., Guzey, I., Holmen, T., Micali, N., & Bjorneliv, S. (2015). Women's weight and disordered eating in a large Norwegian community sample: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *BMJ Open*, 5(10), e008125. doi:<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008125>
- Ellingsen, J., & Lindbol, M. N. (2017). Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2014. NAV statistikknotat: NAV.
- Engeland, A., Bjorge, T., Klungsoyr, K., Skjaerven, R., Skurtveit, S., & Furu, K. (2015). Preeclampsia in pregnancy and later use of antihypertensive drugs. *European Journal of Epidemiology*, 30(6), 501-508. doi:<https://dx.doi.org/10.1007/s10654-015-0018-5>
- Eskerud, I., Gerds, E., Nordrehaug, J. E., & Lonnebakken, M. T. (2015). Global Coronary Artery Plaque Area is Associated with Myocardial Hypoperfusion in Women with Non-ST Elevation Myocardial Infarction. *Journal of Women's Health*, 24(5), 367-373. doi:10.1089/jwh.2014.4920
- Extrastiftelsen. (2017). Flerkulturell doula til sårbare kvinner. Retrieved from <https://www.extrastiftelsen.no/prosjekter/flerkulturell-doula-til-sarbare-kvinner/>
- Falk, R. S., Hofvind, S., Skaane, P., & Haldorsen, T. (2013). Overdiagnosis among women attending a population-based mammography screening program. *International Journal of Cancer*, 133(3), 705-712. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/ijc.28052>

- Fluge, Ø., Mella, O., Bruland, O., Risa, K., Dyrstad, S. E., Alme, K., . . . Tronstad, K. J. (2017). Metabolic profiling indicates impaired pyruvate dehydrogenase function in myalgic encephalopathy/chronic fatigue syndrome. *JCI Insight*, *1*(21). doi:10.1172/jci.insight.89376
- Fluge, Ø., Risa, K., Lunde, S., Alme, K., Rekeland, I. G., Sapkota, D., . . . Mella, O. (2015). B-Lymphocyte Depletion in Myalgic Encephalopathy/ Chronic Fatigue Syndrome. An Open-Label Phase II Study with Rituximab Maintenance Treatment. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, *10*(7), e0129898. doi:10.1371/journal.pone.0129898
- Folkehelseinstituttet. *Folkehelse rapporten (nettutgaven) : Helsetilstanden i Norge*. Retrieved from Oslo: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Folkehelseinstituttet. (2017). Vaksinasjonsveilederen. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hpv-vaksinasjon-humant-papillomavir/>
- Forseth, K. Ø. (2000). *Musculoskeletal pain and fibromyalgia: prevalence, incidence, natural history and predictors : a 5.5 year prospective study of women living in a small Norwegian coastal town (Arendal)*. Center for Rheumatic Diseases, the National Hospital Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo.
- Garnweidner, L. M., Sverre Pettersen, K., & Mosdol, A. (2013). Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery*, *29*(12), e130-137. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.006>
- Garthus-Niegel, S., Knoph, C., von Soest, T., Nielsen, C. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: a longitudinal cohort study. *Birth*, *41*(1), 108-115. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/birt.12093>
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *14*, 191. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-191>
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(1), 1-10. doi:<https://dx.doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>
- Gele, A. A., Johansen, E. B., & Sundby, J. (2012). When female circumcision comes to the West: attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health*, *12*, 697. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-697>
- Gele, A. A., Kumar, B., Hjelde, K. H., & Sundby, J. (2012). Attitudes toward female circumcision among Somali immigrants in Oslo: a qualitative study. *International Journal of Women's Health*, *4*, 7-17. doi:<https://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S27577>
- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E., & Kumar, B. (2016). Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, *16*(1), 1134. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>
- Gele, A. A., Sagbakken, M., & Kumar, B. (2015). Is female circumcision evolving or dissolving in Norway? A qualitative study on attitudes toward the practice among young Somalis in the Oslo area. *International Journal of Women's Health*, *7*, 933-943. doi:<https://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S93217>
- Gerds, E., Okin, P. M., de Simone, G., Cramariuc, D., Wachtell, K., Boman, K., & Devereux, R. B. (2008). Gender differences in left ventricular structure and function during antihypertensive treatment: the Losartan Intervention for Endpoint Reduction in Hypertension Study. *Hypertension*, *51*(4), 1109-1114. doi:10.1161/hypertensionaha.107.107474

- Gerdtz, E., Zabalgoitia, M., Bjornstad, H., Svendsen, T. L., & Devereux, R. B. (2001). Gender differences in systolic left ventricular function in hypertensive patients with electrocardiographic left ventricular hypertrophy (the LIFE study). *Am J Cardiol*, 87(8), 980-983; a984.
- Ghiasvand, R. (2016). *Sunscreen use, indoor tanning and risk of melanoma among Norwegian women*. Institute of Basic Medical Sciences, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo.
- Gjelsvik, B., Rosvold, E. O., Straand, J., Dalen, I., & Hunskaar, S. (2011). Symptom prevalence during menopause and factors associated with symptoms and menopausal age. Results from the Norwegian Hordaland Women's Cohort study. *Maturitas*, 70(4), 383-390. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.09.011>
- Gjesdal, S. (2009). Gender differences in transition from long-term sickness absence to permanent disability pension, 1997-2002. [Kjønnforskjeller i overgang fra langtidssykmelding til uførepensjon i 1997-2002]. *Norsk Epidemiologi*, 19(2), 193-202.
- Gjesdal, S., Bratberg, E., & Maeland, J. G. (2011). Gender differences in disability after sickness absence with musculoskeletal disorders: five-year prospective study of 37,942 women and 26,307 men. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 37. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-12-37>
- Grindedal, E. M., Heramb, C., Karsrud, I., Ariansen, S. L., Maehle, L., Undlien, D. E., . . . Schlichting, E. (2017). Current guidelines for BRCA testing of breast cancer patients are insufficient to detect all mutation carriers. *BMC Cancer*, 17(1), 438. doi:10.1186/s12885-017-3422-2
- Groven, K. S., Raheim, M., Hakonsen, E., & Haugstad, G. K. (2016). "Will I ever be a true woman?" An exploration of the experiences of women with vestibulodynia. *Health Care for Women International*, 37(8), 818-835. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/07399332.2015.1103739>
- Grøvdal, Y. (2015). *Menn på krisesenter* (Vol. 5/2015). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress.
- Haga, S. M., Drozd, F., Brendryen, H., & Slinning, K. (2013). Mamma mia: a feasibility study of a web-based intervention to reduce the risk of postpartum depression and enhance subjective well-being. *JMIR Research Protocols*, 2(2), e29. doi:10.2196/resprot.2659
- Hagen, A. I. (2016). BRCA1 og BRCA2 tyve år etter oppdagelsen – hva har skjedd? Hva er dagens situasjon? *Kirurgien*(2).
- Halvorsen, J. W. (2015). Kroppsidealer i norske trenings- og kostholdsblogger. *Norsk medietidsskrift*, 21(02), 1-20.
- Hansen, A. H., & Lian, O. S. (2016a). Experiences of general practitioner continuity among women with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 650. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1909-1>
- Hansen, A. H., & Lian, O. S. (2016b). How do women with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis rate quality and coordination of healthcare services? A cross-sectional study. *BMJ Open*, 6(4), e010277. doi:<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010277>
- Hasle, A. K. L. (2014). *Talking i offentlig sektor : et spørsmål om rettssikkerhet og likverd : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 23. august 2013 : avgitt til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 24. september 2014* Norges offentlige utredninger (tidsskrift : online), Vol. NOU 2014:8.
- Haugeberg, G., Uhlig, T., Falch, J. A., Halse, J. I., & Kvien, T. K. (2000). Bone mineral density and frequency of osteoporosis in female patients with rheumatoid arthritis: results from 394 patients in the Oslo County Rheumatoid Arthritis register. *Arthritis & Rheumatism*, 43(3), 522-530. doi:[https://dx.doi.org/10.1002/1529-0131\(200003\)43:3<522::AID-ANR7>3.0.CO;2-Y](https://dx.doi.org/10.1002/1529-0131(200003)43:3<522::AID-ANR7>3.0.CO;2-Y)
- Heiberg, A. (2017). *Tvillinger Store medisinske leksikon*.
- Helgesen, A. L. O. (2015). Når samleiet gjør vondt. Retrieved from <https://forskning.no/blogg/kvinnehelsebloggen/nar-samleiet-gjor-vondt>
- Helgesen, A. L. O. (2016). Vulvovaginal photodynamic therapy in genital erosive lichen planus. Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). St.meld. nr. 47. (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Gutter får tilbud om gratis HPV-vaksine [Press release]. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/gutter-far-tilbud-om-gratis-hpv-vaksine/id2552726/>
- Helsedirektoratet. (2014). Nasjonal veileder. Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017a). *Forebygging av hjerte- og karsykdom. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom* Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom>.
- Helsedirektoratet. (2017b). *Nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft - status og anbefalinger*. Retrieved from Oslo: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Kreft/Rapport%20om%20et%20Nasjonalt%20screeningprogram%20mot%20tarmkreft%20300617.pdf>
- Hjerkind, K. V., Qureshi, S. A., Moller, B., Weiderpass, E., Deapen, D., Kumar, B., & Ursin, G. (2017). Ethnic differences in the incidence of cancer in Norway. *International Journal of Cancer*, *140*(8), 1770-1780. doi:10.1002/ijc.30598
- Hjorleifsson, S., Hammer, E., & Diaz, E. (2017). General practitioners' strategies in consultations with immigrants in Norway-practice-based shared reflections among participants in focus groups. *Fam Pract*. doi:10.1093/fampra/cmz097
- Hoftun, G. B., Romundstad, P. R., Zwart, J.-A., & Rygg, M. (2011). Chronic idiopathic pain in adolescence – high prevalence and disability: The young HUNT study 2008. *PAIN®*, *152*(10), 2259-2266. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.007>
- Hofvind, S., Ursin, G., Tretli, S., Sebuodegard, S., & Moller, B. (2013). Breast cancer mortality in participants of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer*, *119*(17), 3106-3112. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/cncr.28174>
- Holsen, I. (2002). *Depressed mood from adolescence to "emerging adulthood" : course and longitudinal influences of body image and parent-adolescent relationship*. Research Centre for Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen.
- Horn, J. (2014). *Risk factors for breast cancer subtypes and breast cancer in old age : prospective studies in Norwegian women*. (2014:299), Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Department of Public Health and General Practice, Trondheim.
- Hoye, A., Jacobsen, B. K., & Hansen, V. (2011). Increasing mortality in schizophrenia: are women at particular risk? A follow-up of 1111 patients admitted during 1980-2006 in Northern Norway. *Schizophrenia Research*, *132*(2-3), 228-232. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2011.07.021>
- Hoye, A., Jacobsen, B. K., & Hansen, V. (2013). Sex differences in mortality of admitted patients with personality disorders in North Norway--a prospective register study. *BMC Psychiatry*, *13*, 317. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-317>
- Hoye, A., Nesvag, R., Reichborn-Kjennerud, T., & Jacobsen, B. K. (2016). Sex differences in mortality among patients admitted with affective disorders in North Norway: a 33-year prospective register study. *Bipolar Disorders*, *18*(3), 272-281. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/bdi.12389>
- Idland, G. (2015). *Functioning, self-rated health, mortality and exercise in the oldest old community-dwelling Norwegian women*. (no. 2018), Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo.
- Ingebretsen, R., Thorsen, K., & Myrvang, V. H. (2015). *Livsmot og mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn : "Møteplasser er viktig! Det er kjempeviktig"*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Ingul, C. B., Loras, L., Tegnander, E., Eik-Nes, S. H., & Brantberg, A. (2016). Maternal obesity affects fetal myocardial function as early as in the first trimester. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, *47*(4), 433-442. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/uog.14841>

- Jakobsson, M., Tapper, A. M., Colmorn, L. B., Lindqvist, P. G., Klungsoyr, K., Krebs, L., . . . Gissler, M. (2015). Emergency peripartum hysterectomy: results from the prospective Nordic Obstetric Surveillance Study (NOSS). *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(7), 745-754. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/aogs.12644>
- Jakobsson, N., Kotsadam, A., Syse, A., & Øien, H. (2015). Gender bias in public long-term care? A survey experiment among care managers. doi:10.1016/j.jebo.2015.09.004
- Jávo, I. M. (2012). *Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery : based on a population study of young Norwegian women*. University of Tromsø, Faculty of Health Sciences, Department of Clinical Medicine, Tromsø.
- Jenum, A. K., Mørkrid, K., Sletner, L., Vangen, S., Torper, J., Nakstad, B., . . . Birkeland, K. (2012). Impact of ethnicity on gestational diabetes identified with the WHO and the modified International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups criteria: a population-based cohort study. *European Journal of Endocrinology*, 166(2), 317-324. doi:10.1530/EJE-11-0866
- Jenum, A. K., Sletner, L., Voldner, N., Vangen, S., Morkrid, K., Andersen, L. F., . . . Birkeland, K. I. (2010). The STORK Groruddalen research programme: A population-based cohort study of gestational diabetes, physical activity, and obesity in pregnancy in a multiethnic population. Rationale, methods, study population, and participation rates.[Erratum appears in Scand J Public Health. 2011 May;39(3):333]. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5 Suppl), 60-70. doi:<https://dx.doi.org/10.1177/1403494810378921>
- Johansen, R. E. (2006). *Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth : a study of female genital cutting among Somalis in Norwegian exile, and their health care providers*. (no. 441), Faculty of Medicine, University of Oslo Unipub, Oslo.
- Johansen, R. E. (2017a). *Kjønnslemlestelse. Forebygging og informasjon om helsehjelp til flyktninger, asylsøkere og bosatte i Norge* (N. k. o. v. o. t. stress Ed. Vol. 2017:8). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Johansen, R. E. (2017b). Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Culture, Health & Sexuality*, 19(4), 528-542. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/13691058.2016.1239838>
- Johansen, R. E. (2017c). Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reproductive Health*, 14(1), 25. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0287-4>
- Jortveit, J., Govatsmark, R. E., Langorgen, J., Hole, T., Mannsverk, J., Olsen, S., . . . Halvorsen, S. (2016). Gender differences in the assessment and treatment of myocardial infarction. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 136(14-15), 1215-1222. doi:<https://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.16.0224>
- Kalager, M., Zelen, M., Langmark, F., & Adami, H. O. (2010). Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *New England Journal of Medicine*, 363(13), 1203-1210. doi:<https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1000727>
- Kravdal, O., Grundy, E., & Skirbekk, V. (2017). Fertility history and use of antidepressant medication in late mid-life: a register-based analysis of Norwegian women and men. *Aging & Mental Health*, 21(5), 477-486. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1118010>
- Kreftregisteret. (2016). *Cancer in Norway 2015*. Retrieved from Oslo: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/cin-2015-special-issue.pdf>
- Kreftregisteret. (2017). Kreftregisteret. Retrieved from <https://www.kreftregisteret.no/>
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098. doi:10.1176/appi.ajp.158.7.1091
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 713-719. doi:10.1007/s00127-006-0080-0

- Kumar, B. N., Selmer, R., Lindman, A. S., Tverdal, A., Falster, K., & Meyer, H. E. (2009). Ethnic differences in SCORE cardiovascular risk in Oslo, Norway. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, *16*(2), 229-234. doi:10.1097/HJR.0b013e3283294b07
- Langballe, E. M. (2011). *Eldre i Norge : forekomst av psykiske plager og lidelser* M. Evensen, f. Nasjonalt, & f. Statens institutt for (Eds.),
- Latif, F., Helgeland, J., Bukholm, G., & Bukholm, I. R. (2015). Ethnicity differences in breast cancer stage at the time of diagnosis in Norway. *Scandinavian Journal of Surgery: SJS*, *104*(4), 248-253. doi:<https://dx.doi.org/10.1177/1457496914565420>
- Le, C. (2013). *Når er "litt norsk" for lite? : en kvalitativ undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten* (9788292564158). Retrieved from Oslo:
- Lerang, K., Gilboe, I., Garen, T., Thelle, D. S., & Gran, J. T. (2012). High incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus in Norway. *Lupus*, *21*(12), 1362-1369. doi:10.1177/0961203312458168
- Lian, O. S., & Hansen, A. H. (2016). Factors facilitating patient satisfaction among women with medically unexplained long-term fatigue: A relational perspective. *Health: an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, *20*(3), 308-326. doi:<https://dx.doi.org/10.1177/1363459315583158>
- Loberg, M., Lousdal, M. L., Bretthauer, M., & Kalager, M. (2015). Benefits and harms of mammography screening. *Breast Cancer Research*, *17*, 63. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s13058-015-0525-z>
- Lonnebakken, M. T., Izzo, R., Mancusi, C., Gerds, E., Losi, M. A., Caciello, G., . . . de Simone, G. (2017). Left Ventricular Hypertrophy Regression During Antihypertensive Treatment in an Outpatient Clinic (the Campania Salute Network). *Journal of the American Heart Association*, *6*(3). doi:10.1161/jaha.116.004152
- Lonnebakken, M. T., Nordrehaug, J. E., & Gerds, E. (2014). No gender difference in the extent of myocardial ischemia in non-ST elevation myocardial infarction. *Eur J Prev Cardiol*, *21*(1), 123-129. doi:10.1177/2047487312454107
- Ludford, I., Scheil, W., Tucker, G., & Grivell, R. (2012). Pregnancy outcomes for nulliparous women of advanced maternal age in South Australia, 1998-2008. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, *52*(3), 235-241. doi:10.1111/j.1479-828X.2012.01442.x
- Lukasse, M., Vangen, S., Oian, P., & Schei, B. (2011). Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *90*(1), 33-40. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2010.01024.x>
- Luke, B., & Brown, M. B. (2007). Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Human Reproduction*, *22*(5), 1264-1272. doi:10.1093/humrep/del522
- Lund, E., Mode, N., Waaseth, M., & Thalabard, J. C. (2013). Overdiagnosis of breast cancer in the Norwegian Breast Cancer Screening Program estimated by the Norwegian Women and Cancer cohort study. *BMC Cancer*, *13*, 614. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/1471-2407-13-614>
- Løchen, M.-L., & Gerds, E. (2015). *Kvinnehjarter : en medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Magnussen, E. B., Vatten, L. J., Smith, G. D., & Romundstad, P. R. (2009). Hypertensive disorders in pregnancy and subsequently measured cardiovascular risk factors. *Obstetrics & Gynecology*, *114*(5), 961-970. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181bb0dfc>
- Malterud, K. (2001). *Kvinnens ubestemte helseplager*. Oslo: Pax.
- Manson, J. E., Aragaki, A. K., Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., . . . Wactawski-Wende, J. (2017). Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials. *JAMA*, *318*(10), 927-938. doi:10.1001/jama.2017.11217
- Marjoribanks, J., Farquhar, C., Roberts, H., & Lethaby, A. (2012). Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7), Cd004143. doi:10.1002/14651858.CD004143.pub4

- Medisinsk fødselsregister. (2017). Medisinsk fødselsregister: Folkehelseinstituttet.
- Merry, L., Vangen, S., & Small, R. (2016). Caesarean births among migrant women in high-income countries. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 32, 88-99.
doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.09.002>
- Moen, H. B. (2010). *I spenningsfeltet mellom personlig identitet og sosiale prosesser : en studie av kvinners beretninger om opprinnelse og tilfriskning ved spiseforstyrrelser*. (nr. 3-2010), Høgskolen i Bodø, Bodø.
- Moen, H. B. (2017). Spiseforstyrrelser *Store medisinske leksikon*.
- Moen, K. A., Kumar, B., Qureshi, S., & Diaz, E. (2016). Differences in cervical cancer screening between immigrants and nonimmigrants in Norway: a primary healthcare register-based study. *European Journal of Cancer Prevention*, 04, 04.
doi:<https://dx.doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000311>
- Mogstad, K. L. (2017). *Kroppsklemma : hvordan være trygge og gode voksne for barn og unge i et kroppsfiksert samfunn*. Oslo: Cappelen Damm.
- Moller, P., Stormorken, A., Jonsrud, C., Holmen, M. M., Hagen, A. I., Clark, N., . . . Maehle, L. (2013). Survival of patients with BRCA1-associated breast cancer diagnosed in an MRI-based surveillance program. *Breast Cancer Research & Treatment*, 139(1), 155-161.
doi:<https://dx.doi.org/10.1007/s10549-013-2540-z>
- Morkrid, K., Jenum, A. K., Berntsen, S., Sletner, L., Richardsen, K. R., Vangen, S., . . . Birkeland, K. I. (2014). Objectively recorded physical activity and the association with gestational diabetes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(5), e389-397.
doi:<https://dx.doi.org/10.1111/sms.12183>
- Moseng, B. U. (2002). *Lesbisk psykisk[er] helse* (Vol. 4/02). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Naletova, A. (2011). Women, mental health and suicidality. [Kvinner, psykisk helse og suicidalitet]. *Suicidologi*, 16(1), 25-27.
- Narum, I., & Bergland, A. (2009). Quality of life and salutogenesis: flow and elderly women. [Livskvalitet og salutogenese: flyt og eldre damer]. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 6(2), 100-109.
- Nasjonalt kompetansetjeneste for CFS/ME. Nasjonalt kompetansetjeneste for CFS/ME. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-cfsme>
- Nasjonalt kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer. (2017). Veileder i svangerskap og revmatiske sykdommer: Nasjonalt kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer, Revmatologisk avdeling, St. Olavs Hospital.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2009). *Psykiske lidelser i Norge : et folkehelseperspektiv*. Rapport (Nasjonalt folkehelseinstitutt : online), Vol. 2009:8.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2012). *Dødelighet og dødsårsaker i Norge gjennom 60 år : 1951-2010*. Retrieved from Oslo: <https://www.fhi.no/publ/2012/dodelighet-og-dodsarsaker-i-norge-g/>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kjønnslemlestelse (KLL): En veiviser. Retrieved from <https://www.nkvt.no/sites/Veiviser-KL/Pages/default.aspx>
- Nilsen, A. B., Waldenstrom, U., Hjelmstedt, A., Rasmussen, S., & Schytt, E. (2012). Characteristics of women who are pregnant with their first baby at an advanced age.[Erratum appears in Acta Obstet Gynecol Scand. 2012 Jul;91(7):881 Note: Hjelmsted, Anna [corrected to Hjelmstedt, Anna]]. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91(3), 353-362x.
doi:<https://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01335.x>
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker, (1967).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, (1999).
- Norsk gynekologisk forening. (2014). Veileder i fødselshjelp: Norsk gynekologisk forening.
- Norsk Helseinformatikk. Kvinner og migrene. Retrieved from <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/migrene/migrene-hos-kvinner/>

- Norsk helseinformatikk. Leddgikt (revmatoid artritt). Retrieved from <https://nhi.no/sykdommer/muskelskjelett/giktsykdommer/leddgikt-oversikt/>
- Norsk Helseinformatikk. Overgangsalder. Retrieved from <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/hormonbehandling/overgangsalderen/>
- Nyborg, G. A. (2016). *Innapropriate medication use in the elderly : a modern epidemic*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Nyflot, L. T., Ellingsen, L., Yli, B. M., Oian, P., & Vangen, S. (Submitted 2017). *Maternal deaths from hypertensive disorders: lessons learnt*. Journal article.
- Omsland, T. K., Emaus, N., Tell, G. S., Magnus, J. H., Ahmed, L. A., Holvik, K., . . . Meyer, H. E. (2014). Mortality following the first hip fracture in Norwegian women and men (1999-2008). A NOREPOS study. *Bone*, *63*, 81-86. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.bone.2014.02.016>
- Omsland, T. K., Holvik, K., Meyer, H. E., Center, J. R., Emaus, N., Tell, G. S., . . . Sjøgaard, A. J. (2012). Hip fractures in Norway 1999–2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates. A NOREPOS study. *European Journal of Epidemiology*, *27*(10), 807-814. doi:10.1007/s10654-012-9711-9
- Palefsky, J. M. (2010). Human papillomavirus-related disease in men: not just a women's issue. *J Adolesc Health*, *46*(4 Suppl), S12-19. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.01.010
- Papadopoulos, L. (2010). *Sexualisation of young people review*. Retrieved from <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100408125926/http://www.homeoffice.gov.uk/documents/Sexualisation-of-young-people.html>
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, *36*(4), 424-428. doi:<https://dx.doi.org/10.1177/1403494807088449>
- Rabanal, K. S., Lindman, A. S., Selmer, R. M., & Aamodt, G. (2013). Ethnic differences in risk factors and total risk of cardiovascular disease based on the Norwegian CONOR study. *Eur J Prev Cardiol*, *20*(6), 1013-1021. doi:10.1177/2047487312450539
- Rasmussen, S., Irgens, L. M., & Espinoza, J. (2014). Maternal obesity and excess of fetal growth in pre-eclampsia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *121*(11), 1351-1357. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12677>
- Regitz-Zagrosek, V., Oertelt-Prigione, S., Prescott, E., Franconi, F., Gerds, E., Foryst-Ludwig, A., . . . Stangl, V. (2016). Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *European Heart Journal*, *37*(1), 24-34. doi:10.1093/eurheartj/ehv598
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Richardsen, K. R., Mdala, I., Berntsen, S., Ommundsen, Y., Martinsen, E. W., Sletner, L., & Jenum, A. K. (2016). Objectively recorded physical activity in pregnancy and postpartum in a multi-ethnic cohort: association with access to recreational areas in the neighbourhood. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, *13*, 78. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12966-016-0401-y>
- Riise, H. K., Sulo, G., Tell, G. S., Igland, J., Nygard, O., Vollset, S. E., . . . Daltveit, A. K. (2017). Incident Coronary Heart Disease After Preeclampsia: Role of Reduced Fetal Growth, Preterm Delivery, and Parity. *Journal of the American Heart Association*, *6*(3), 06. doi:<https://dx.doi.org/10.1161/JAHA.116.004158>
- Robsahm, T. E., Bergva, G., Hestvik, U. E., & Moller, B. (2013). Sex differences in rising trends of cutaneous malignant melanoma in Norway, 1954-2008. *Melanoma Research*, *23*(1), 70-78. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/CMR.0b013e32835c7e48>
- Roman, M., Sakshaug, S., Graff-Iversen, S., Vangen, S., Weiderpass, E., Ursin, G., & Hofvind, S. (2016). Postmenopausal hormone therapy and the risk of breast cancer in Norway. *International Journal of Cancer*, *138*(3), 584-593. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/ijc.29810>
- Rosano, G. M., Lewis, B., Agewall, S., Wassmann, S., Vitale, C., Schmidt, H., . . . Tamargo, J. (2015). Gender differences in the effect of cardiovascular drugs: a position document of the Working

- Group on Pharmacology and Drug Therapy of the ESC. *European Heart Journal*, 36(40), 2677-2680. doi:<https://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehv161>
- Rostad, B., Schei, B., & Sundby, J. (2006). Fertility in Norwegian women: results from a population-based health survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1), 5-10. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/14034940510032383>
- Rostad, B., Schmidt, L., Sundby, J., & Schei, B. (2014). Infertility experience and health differentials - a population-based comparative study on infertile and non-infertile women (the HUNT Study). *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(8), 757-764. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/aogs.12404>
- Sagedal, L. R., Overby, N. C., Bere, E., Torstveit, M. K., Lohne-Seiler, H., Smastuen, M., . . . Vistad, I. (2017). Lifestyle intervention to limit gestational weight gain: the Norwegian Fit for Delivery randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(1), 97-109. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13862>
- Schei, B., & Bakketeig, L. S. (2007). *Kvinner lider - menn dør : folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., . . . Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785-795. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36
- Semb, A. G., Ikdahl, E., Hisdal, J., Olsen, I. C., & Rollefstad, S. (2016). Exploring cardiovascular disease risk evaluation in patients with inflammatory joint diseases. *International Journal of Cardiology*, 223, 331-336. doi:10.1016/j.ijcard.2016.08.129
- Semb, A. G., Rollefstad, S., van Riel, P., Kitaz, G. D., Matteson, E. L., & Gabriel, S. E. (2014). Cardiovascular disease assessment in rheumatoid arthritis: a guide to translating knowledge of cardiovascular risk into clinical practice. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(7), 1284-1288. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204792
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U. F., Dalholt, M., Ostensen, A. B., Egeland, T., & Emblem, R. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth--a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(10), 1154-1163.
- Skjothaug, T., Smith, L., Wentzel-Larsen, T., & Moe, V. (2015). Prospective fathers' adverse childhood experiences, pregnancy-related anxiety, and depression during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 104-113. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/imhj.21485>
- Skomsvoll, J. F., Aasarød, K., Salvesen, K. Å., Hoff, M., Wallenius, M., Rødevand, E., . . . Nossent, H. C. (2007). Systemisk lupus erythematosus og svangerskap. *Tidsskrift for Den norske legeförening*(7), 725-729.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Götestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser – en oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeförening*(15), 124:1938-1942.
- Sletten, M. A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom - tidstrender og samfunnsmessige forklaringer : en kunnskapsoversikt og en empirisk analyse* NOVA notat (trykt utg.), Vol. 2016:4. A. Bakken (Ed.)
- Soderlund, A., & Malterud, K. (2005). Why did I get chronic fatigue syndrome? A qualitative interview study of causal attributions in women patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(4), 242-247. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/02813430500254034>
- Solbraekke, K. N., Soiland, H., Lode, K., & Gripsrud, B. H. (2017). Our genes, our selves: hereditary breast cancer and biological citizenship in Norway. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 20(1), 89-103. doi:10.1007/s11019-016-9737-y
- Sorbo, M. F., Grimstad, H., Bjørngaard, J. H., Lukasse, M., & Schei, B. (2014). Adult physical, sexual, and emotional abuse and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14, 316. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-316>

- Staff, A. C., Redman, C. W. G., Williams, D., Leeson, P., Moe, K., Thilaganathan, B., . . . (CoLab), G. P. C. (2016). Pregnancy and long-term maternal cardiovascular health: progress through harmonization of research cohorts and biobank. *Hypertension*, *67*(2), 251-260. doi:<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.06357>
- Statistisk sentralbyrå. (2017a). Befolkning. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning>
- Statistisk sentralbyrå. (2017b). Røykevaner. Retrieved from <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=royk&CMSSubjectArea=helse&checked=tru>
- Steihaug, S. (2002). *Fra trening og undervisning til bevegelse og samhandling : anerkjennelse av kvinner med kroniske muskelsmerter*. (49), Universitetet i Oslo, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin og Senter for kvinne- og kjønnsforskning Unipub, Oslo.
- Straiton, M. L., Powell, K., Reneflot, A., & Diaz, E. (2016). Managing Mental Health Problems Among Immigrant Women Attending Primary Health Care Services. *Health Care for Women International*, *37*(1), 118-139. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/07399332.2015.1077844>
- Straiton, M. L., Reneflot, A., & Diaz, E. (2014). Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 341. doi:10.1186/1472-6963-14-341
- Straiton, M. L., Reneflot, A., & Diaz, E. (2016). Socioeconomic status and primary health service use for mental health problems among immigrants with short and long lengths of stay. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, *12*(2), 85-98. doi:10.1108/IJMHS-01-2015-0001
- Straiton, M. L., Reneflot, A., & Diaz, E. (2017). Mental Health of Refugees and Non-refugees from War-Conflict Countries: Data from Primary Healthcare Services and the Norwegian Prescription Database. *Journal of Immigrant & Minority Health*, *19*(3), 582-589. doi:10.1007/s10903-016-0450-y
- Strand, B. H., Groholt, E. K., Steingrimsdottir, O. A., Blakely, T., Graff-Iversen, S., & Naess, O. (2010). Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000.[Erratum appears in BMJ. 2010;340:c1803]. *BMJ*, *340*, c654. doi:<https://dx.doi.org/10.1136/bmj.c654>
- Stær-Jenssen, J. (2017). Diagnose: Invasiv placenta. *Jordmora*(2), 2.
- Størksen, H. T. (2014a). *Fear of childbirth, mental health, and obstetric outcome : a population-based cohort study*. (no. 1873), Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo.
- Størksen, H. T. (2014b). *Gender differences in risk factors for mental disorders*. Prøveforelesning. Akershus universitetssykehus, Universitetet i Oslo.
- Suhrke, P., & Zahl, P. H. (2015). Breast cancer incidence and menopausal hormone therapy in Norway from 2004 to 2009: a register-based cohort study. *Cancer Medicine*, *4*(8), 1303-1308. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/cam4.474>
- Sundby, J. (1994). *Infertility - causes, care and consequences : studies of frequency, risk factors, psychological consequences and health services for Norwegian women with reduced fertility or childlessness*. Department of Epidemiology, National Institute of Public Health : Section for Medical Anthropology, Department Group for Community Medicine, University of Oslo, Oslo.
- Sundby, J., Schmidt, L., Heldaas, K., Bugge, S., & Tanbo, T. (2007). Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *28*(2), 115-120. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/01674820701447447>
- Sundell, T. (2017). Utviklingen i sykefraværet, 1. kvartal 2017. NAV statistikknotat: NAV.
- Sverre, B. L. (2016). *Migrasjon og helse : en etnografisk studie av eldre pakistanske kvinner i det norske samfunnet*. Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Sørbye, S. W. (2016a). HPV-testing og livmorhalskreft. *BestPractice - Faglig dialog mellom leger*. Retrieved from <https://bestprac.no/hpv-testing-og-livmorhalskreft/>

- Sørbye, S. W. (2016b, 21 November). Menn og kvinner har samme rett til beskyttelse mot kreft, Debattartikkel. *Kilden kjønnsforskning.no*. Retrieved from <http://kjonnsforskning.no/nb/2016/11/menn-og-kvinner-har-samme-rett-til-beskyttelse-mot-kreft>
- Sørbye, S. W., Suhrke, P., Revå, B. W., Berland, J., Maurseth, R. J., & Al-Shibli, K. (2017). Accuracy of cervical cytology: comparison of diagnoses of 100 Pap smears read by four pathologists at three hospitals in Norway. *BMC Clinical Pathology*, *17*(1), 18. doi:10.1186/s12907-017-0058-8
- Thapa, S. B., & Hauff, E. (2005). Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries--findings from the Oslo Health Study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *40*(1), 78-84. doi:<https://dx.doi.org/10.1007/s00127-005-0855-8>
- The Anchor Study. (2017). Anal cancer risks compared. Retrieved from <https://anchorstudy.org/anal-cancer-risk-among-hiv-positive-men-and-women>
- The Research Council of Norway. (2015). *Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. Final report*. Retrieved from Oslo: <https://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-Disposition&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3D%22Combinesiste.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274506969028&ssbinary=true>
- Thogersen, H., Moller, B., Robsahm, T. E., Aaserud, S., Babigumira, R., & Larsen, I. K. (2017). Comparison of cancer stage distribution in the immigrant and host populations of Norway, 1990-2014. *International Journal of Cancer*, *141*(1), 52-61. doi:10.1002/ijc.30713
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge : en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (Vol. 1/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F., & Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*, 1-12. doi:10.3402/ejpt.v6.26259
- Torvik, F. A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenström, T. H., Bramness, J. G., Gillespie, N., . . . Reichborn-Kjennerud, T. (2017). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n/a/n/a. doi:10.1111/acps.12829
- van der Meijden, W. I., Boffa, M. J., Ter Harmsel, W. A., Kirtschig, G., Lewis, F. M., Moyal-Barracco, M., . . . Sherrard, J. (2017). 2016 European guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, *31*(6), 925-941. doi:10.1111/jdv.14096
- Vangen, S. (2002). *Perinatal health among immigrants*. (no. 62), Faculty of Medicine, University of Oslo Unipub, Oslo.
- Vangen, S., Ellingsen, L., Andersgaard, A. B., Jacobsen, A. F., Lorentzen, B., Nyflot, L. T., . . . Oian, P. (2014). Maternal deaths in Norway 2005-2009. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, *134*(8), 836-839. doi:<https://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.0203>
- Vangen, S., Jenum, A. K., Graff-Iversen, S., & Idland, G. (2009). Is gender perspective on health of the elderly necessary? [Trengs det et kjønnsperspektiv på eldres helse?]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, *129*(6), 538-539.
- Viken, B., & Kumar, B. N. (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforl.
- Vis, M., Haavardsholm, E. A., Boyesen, P., Haugeberg, G., Uhlig, T., Hoff, M., . . . Kvien, T. K. (2011). High incidence of vertebral and non-vertebral fractures in the OSTRAL cohort study: a 5-year follow-up study in postmenopausal women with rheumatoid arthritis. *Osteoporosis International*, *22*(9), 2413-2419. doi:<https://dx.doi.org/10.1007/s00198-010-1517-6>

- Waage, C. W., Falk, R. S., Sommer, C., Morkrid, K., Richardsen, K. R., Baerug, A., . . . Jenum, A. K. (2016). Ethnic differences in postpartum weight retention: a Norwegian cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *123*(5), 699-708. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13321>
- Waldenstrom, U., Aasheim, V., Nilsen, A. B., Rasmussen, S., Pettersson, H. J., & Schytt, E. (2014). Adverse pregnancy outcomes related to advanced maternal age compared with smoking and being overweight.[Erratum appears in *Obstet Gynecol.* 2014 Mar;*123*(3):669 Note: Schytt, Erica [corrected to Schytt, Erica]]. *Obstetrics & Gynecology*, *123*(1), 104-112. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000062>
- Wallenius, M., Salvesen, K. A., Daltveit, A. K., & Skomsvoll, J. F. (2014a). Rheumatoid arthritis and outcomes in first and subsequent births based on data from a national birth registry. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *93*(3), 302-307. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/aogs.12324>
- Wallenius, M., Salvesen, K. A., Daltveit, A. K., & Skomsvoll, J. F. (2014b). Systemic lupus erythematosus and outcomes in first and subsequent births based on data from a national birth registry. *Arthritis care & research*, *66*(11), 1718-1724. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/acr.22373>
- Wallenius, M., Salvesen, K. A., Daltveit, A. K., & Skomsvoll, J. F. (2015a). Miscarriage and Stillbirth in Women with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Rheumatology*, *42*(9), 1570-1572. doi:<https://dx.doi.org/10.3899/jrheum.141553>
- Wallenius, M., Salvesen, K. A., Daltveit, A. K., & Skomsvoll, J. F. (2015b). Secular trends of pregnancies in women with inflammatory connective tissue disease. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *94*(11), 1195-1202. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/aogs.12722>
- Wallenius, M., Salvesen, K. A., Daltveit, A. K., & Skomsvoll, J. F. (2016). Reproductive trends in females with inflammatory joint disease. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *16*(1), 123. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0919-7>
- Wallenius, M., Skomsvoll, J. F., Koldingsnes, W., Rodevand, E., Mikkelsen, K., Kaufmann, C., & Kvien, T. K. (2009a). Comparison of work disability and health-related quality of life between males and females with rheumatoid arthritis below the age of 45 years. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, *38*(3), 178-183. doi:10.1080/03009740802400594
- Wallenius, M., Skomsvoll, J. F., Koldingsnes, W., Rodevand, E., Mikkelsen, K., Kaufmann, C., & Kvien, T. K. (2009b). Work disability and health-related quality of life in males and females with psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *68*(5), 685-689. doi:10.1136/ard.2008.092049
- Wanvik, A. K. (2011). Connection between life experiences and development of long-term muscle complaints and fibromyalgia: a phenomenologic study of 5 women's life experiences in the years before they were diagnosed with fibromyalgia. [Sammenhengen mellom livserfaringer og utvikling av langvarige muskelpåger og fibromyalgi; en fenomenologisk livsverdenstudie av 5 kvinners livserfaringer i årene før de fikk diagnosen fibromyalgi]. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, *7*(1), 33-47.
- Werner, A. (2005). *Kampen for (tro)verdighet : kvinner med "ubestemte" helseplager i møtet med legen og dagliglivet.* (no. 249), Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo Unipub, Oslo.
- World Health Organization. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/en/>
- Ziyada, M. M., Norberg-Schulz, M., & Johansen, R. E. (2016). Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: an extrapolation model. *BMC Public Health*, *16*, 110. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-2794-6>
- Øhrn, A. S. H. M., Nielsen, C. S., Schirmer, H., Stubhaug, A., Wilsgaard, T., & Lindekleiv, H. (2016). Pain tolerance in persons with recognized and unrecognized myocardial infarction: a population-based, cross-sectional study. doi:10.1161/JAHA.116.003846
- Øistad, B. S. (2014). ME: Mannssjukdommen som vart kvinnesjukdom. *Kilden kjønnsforskning.no*. Retrieved from <http://kjonnsforskning.no/nb/2014/02/mannssjukdommen-som-vart-kvinnesjukdom>