

RAPPORT

SAMFUNNSNYTTEN AV KVINNEHELSEHUS



MENON-PUBLIKASJON NR. 151/2023

Erland Skogli, Linn Skyum, Caroline Vinter og Ole Magnus Stokke



Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag for Norske Kvinners Sanitetsforening (N.K.S.). N.K.S. er en ideell organisasjon som arbeider for kvinners helse og livsvilkår. Forfatterne står ansvarlig for alt innhold i rapporten.

Underveis i arbeidet med rapporten har vi fått flere nyttige innspill, og vil rette en særlig takk til Ida Heiaas, seniorrådgiver for forskning og utvikling i N.K.S., og lokale ildsjeler som bidrar til tilbudet med kvinnehelsehus lokalt. Vi vil også takke N.K.S. for godt samarbeid og et spennende oppdrag.

September 2023

Erland Skogli
Menon Economics

Innhold

SAMMENDRAG	4
Risikofaktorer knyttet til kvinners helse og livsvilkår koster samfunnet mer enn 100 mrd. kroner per år	4
Mangler i eksisterende helse- og omsorgstjenester	4
Tiltak mot et omfattende samfunnsproblem	5
Realisering av samfunnsgevinster – seks eksempler	5
1. INNLEDNING	6
1.1. Om Sanitetskvinnene	6
1.2. Om Kvinnehelsehus	7
1.2.1. Viktige mål for Kvinnehelsehusene	7
1.2.2. Tilpasset lokale behov	8
1.2.3. Målgruppe og aktivitet i Kvinnehelsehusene	8
1.3. Analytisk rammeverk for å vurdere samfunnsnyttene av Kvinnehelsehus	11
1.3.1. Analytisk rammeverk	11
1.3.2. Kartlegging av risikofaktorer og mangler i eksisterende tilbud	12
1.3.3. Kartlegge omfanget av konsekvensene for samfunnet	13
1.3.4. Vurdere Kvinnehelsehus potensial for å redusere samfunnsproblemet	13
2. MANGLER I DET EKSISTERENDE HELSE- OG OMSORGSTILBUDET	15
2.1. Kort om mangler i det eksisterende helse- og omsorgstilbudet	15
2.2. Nedprioritering av kvinnehelse	15
2.2.1. Nedprioritering av ressurser	16
2.2.2. Tids- og kapasitetspress	19
2.3. For lite kunnskap om kvinnehelse	21
2.3.1. Lite forskning på kvinnesykdommer	21
2.3.2. Kunnskapshull i helseutdanninger	22
2.3.3. Kompetanse om egen helse og om helsetjenesten	23
2.4. Svakheter i dagens helse- og omsorgstjenester rettet mot målgruppen	23
2.4.1. Fragmentert tilbud og geografiske forskjeller	24
2.4.2. Ulike årsaker til at eksisterende tilbud ikke benyttes	24
3. RISIKOFAKTOR FOR RELEVANTE KVINNEHELSEUTFORDRINGER	25
3.1. Kort om risikofaktorer for redusert helse og livsvilkår for kvinner	25
3.2. Sosiale og demografiske forskjeller	25
3.2.1. Større helsemessige utfordringer for personer med lav sosioøkonomisk status	26
3.2.2. Forskjeller i bruk av helsetjenester og udekket behov for helsetjenester	26
3.3. Helseutfordringer som særlig rammer kvinner	27
3.4. Svangerskap og barsel	30
3.4.1. Behov for støttetilbud i en sårbar periode	30
3.4.2. Svangerskapsomsorg og betydning for fysisk og mental helse	30
3.5. Vold mot kvinner	31
3.5.1. Omfang av vold og overgrep mot kvinner i Norge	31
3.5.2. Vold som en risikofaktor for kvinners helse og livsvilkår	32
3.5.3. Behov for helhetlig oppfølging	34
3.6. Ensomhet og utenforskap	35
3.6.1. Ensomhet og betydning for helse og livsvilkår	35
3.6.2. Hvem er de ensomme i Norge?	36
3.6.3. Tiltak- og ressursbruk for å motvirke marginalisering og utenforskap	37

3.7.	Uformell pleie	38
3.7.1.	Kvinneres innsats knyttet til uformelt og ubetalt arbeid	39
3.7.2.	Uformell pleie og risiko for negative helserelaterte konsekvenser	40
4.	SAMFUNNSØKONOMISKE KOSTNADER KNYTTET TIL RELEVANTE KVINNEHELSEUTFORDRINGER	43
4.1.	Samfunnskostnader knyttet til relevante kvinnehelseutfordringer	43
4.1.1.	Samfunnsproblem som trolig utgjør mer enn 100 milliarder kroner årlig	43
4.1.2.	Kort om samfunnskostnader	43
4.2.	Sykdomsbyrde	44
4.2.1.	Samlet sykdomsbyrde i Norge	44
4.2.2.	Sykdomsbyrde knyttet til vold mot kvinner	45
4.2.3.	Sykdomsbyrde knyttet til psykiske lidelser	47
4.3.	Produksjonstap	47
4.3.1.	Produksjonstap knyttet til uformell pleie	48
4.3.2.	Produksjonstap knyttet til endometriose	48
4.4.	Kostnader til offentlig og privat ressursbruk	49
4.4.1.	Ressursbruk knyttet til utenforskap og marginalisering	49
4.4.2.	Ressursbruk knyttet til muskel- og skjelettsykdom	50
4.4.3.	Ressursbruk knyttet til vold i nære relasjoner	51
5.	SAMFUNNSGEVINSTER AV N.K.S. KVINNEHELSEHUS	53
5.1.	N.K.S. Kvinnehelsehus som en del av løsningen	53
5.1.1.	Tiltak mot et omfattende samfunnsproblem	53
5.1.2.	Lavterskeltilbud som supplement til eksisterende tilbud	53
5.1.3.	Helhetlig tilnærming til et fragmentert tilbud	54
5.2.	Mulige samfunnsøkonomiske virkninger av Kvinnehelsehusene	54
	REFERANSELISTE	61

Sammendrag

Kvinnehelsehusene er et lavterskeltilbud tuftet på frivillighet i samarbeid med fagfolk. Tilbudet er et supplement til det offentlige helse- og omsorgstilbudet der dette ikke er tilstrekkelig. Denne rapporten viser at N.K.S. Kvinnehelsehus retter seg mot kvinnehelseproblemer som til sammen koster samfunnet mer enn 100 milliarder kroner per år i Norge. Kvinnehelseutvalget har anbefalt å investere 1 milliard kroner i tiltak for å bedre kvinnehelsen i Norge. Analysene i denne rapporten viser at dette vil være en god investering, og at N.K.S. Kvinnehelsehus er et relevant tiltak.

Risikofaktorer knyttet til kvinners helse og livsvilkår koster samfunnet mer enn 100 mrd. kroner per år

Kvinner er eksponert for en rekke risikofaktorer som på ulike måter øker sannsynligheten for svakere helse og reduserte livsvilkår. Kartleggingen i denne rapporten viser at 100 milliarder kroner vil være et forsiktig anslag på de årlige samfunnskostnadene som disse risikofaktorene representerer.

Anslaget bygger på en gjennomgang av samfunnskostnadsanalyser knyttet til blant annet vold i nære relasjoner, uformell pleie, svangerskap og barsel og helseutfordringer som spesielt rammer kvinner og flere andre risikofaktorer.

Samfunnskostnader beskriver de samlede negative virkningene som disse risikofaktorene har for samfunnet, og deles i følgende tre kategorier:

- **Sykdomsbyrde:** Beskriver betydningen for den norske folkehelsen. Dette måles og kvantifiseres i form av betydning for kvalitetsjusterte leveår. Samlet anslår denne kostnadskategorien tap av helsemessig livskvalitet for kvinner relatert til de kartlagte risikofaktorene og manglene.
- **Produksjonstap:** Beskriver konsekvensene som redusert kvinnehelse har for samfunnets verdiskaping, fordelt på tapt arbeidsinntekt til individet, redusert overskudd til bedriftene og tapte skatteinntekter for staten.
- **Kostnader til offentlig og privat ressursbruk:** Beskriver den samlede ressursbruken knyttet til å forebygge og dempe konsekvenser av risikofaktorer for reduserte livsvilkår for kvinner. Dette inkluderer blant annet offentlig finansierte helsetjenester, men også innsats fra andre frivillige, private eller offentlige organisasjoner.

Mangler i eksisterende helse- og omsorgstjenester

Norge har et godt offentlig helsetilbud. Men flere studier viser at det ikke er likestilling innen helse, og at kvinnehelse fortsatt blir underprioritert både i forskning og behandling. Gjennomgangen i denne rapporten viser flere årsaker til at mange kvinner ikke får behandlingen som de har behov for i offentlig helsetjeneste.

- **Nedprioritering av helsetilstander med «lav status»:** Mange helsetilstander som spesielt rammer kvinner, nedprioriteres i den offentlige helsetjenesten og har lav status blant helsepersonell. Dette kan blant annet føre til sen diagnostisering og at kvinner må kjempe en kamp mot systemet for å få hjelpen som de har behov for.
- **Tids- og kapasitetspress:** En velkjent utfordring med det offentlige helsetilbudet er press på tid og kapasitet. Dette medfører at helsepersonell må fokusere på medisinske oppgaver, som kan gå på

bekostning av det personlige møtet med den enkelte pasient. For kvinner med eksempelvis språkutfordringer eller uspesifikke plager, kan dette være et hinder for helsehjelp, og redusere tillitt og trygghet omkring tjenestene.

- **Kunnskapsmangel:** Manglende kompetanse i helsetjenesten om sykdommer og lidelser som rammer kjønnene ulikt kan føre til dårligere kvinnehelse. Om pasienter ikke får den nødvendige behandlingen, oppfølgingen og omsorgen de trenger, kan dette medføre at helseproblemene forblir ubehandlet eller forverres. Dette kan igjen medføre økt sykkelighet og dødelighet i befolkningen, samt et økt press på helsetjenestene som kunne vært unngått.

Tiltak mot et omfattende samfunnsproblem

I denne rapporten er det kartlagt omfattende utfordringer knyttet til kvinner helse og livsvilkår med tilhørende årlige samfunnskostnader på mer enn 100 milliarder kroner. Samtidig skaper dette et betydelig mulighetsrom for å iverksette tiltak innenfor rammene av samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Kvinnehelseutvalgets anbefaling om å bruke 1 milliard kroner i tiltak for bedre kvinnehelse, må sees i sammenheng med dette.¹

N.K.S. Kvinnehelsehus er ett av flere tiltak for å styrke tilbudet mot viktige kvinnehelseutfordringer i Norge. De store samfunnskostnadene som tiltaket retter seg mot viser et betydelig potensial for å redusere store samfunnskostnader. Manglene i det eksisterende tilbudet bygger opp om det overordnede behovet for tilbudet som N.K.S. Kvinnehelsehus representerer. Mulighetene for å realisere samfunnsgevinster styrkes ytterligere av at hvert kvinnehelsehus er tilpasset regionale behov, som avdekkes gjennom egne behovsanalyser.

Realisering av samfunnsgevinster – seks eksempler

Kartleggingen av samfunnskostnader knyttet til risikofaktorer for kvinners helse og livsvilkår, sammen med mangler i det eksisterende tilbudet av helse- og omsorgstjenester viser at N.K.S. Kvinnehelsehus som konsept har et potensial til å realisere betydelige samfunnsøkonomiske gevinster.

Faktisk realisering av samfunnsgevinst er knyttet til de lokale behovene og hvor vidt lokale kvinnehelsehus i praksis vil imøtekomme disse behovet. Den faktiske realiserede nytten vil først kunne vurderes etter at tilbudet er tatt i bruk.

For å illustrere de samfunnsøkonomiske nyttevirkningene har vi gjennomført eksempelberegninger for den *potensielle* samfunnsøkonomiske gevinsten av Kvinnehelsehus innenfor seks utvalgte kvinnehelseområder/satsingsområder for Kvinnehelsehusene:

1. Kunnskapsformidling knyttet til kvinners helse og relevante helsetjenester
2. Barseelomsorg
3. Veiledningscentre
4. Likepersontiltak
5. Ensomhet
6. Vold og sosial kontroll

Hvert av disse områdene representerer store potensielle samfunnsøkonomiske gevinster.

¹ [Vil ha én milliard til kvinnehelse](#)

1. Innledning

Sanitetskvinnenes Kvinnehelsehus er et initiativ tuftet på frivillighet, som skal styrke kvinners helse, livskvalitet og nettverk. I denne analysen kartlegges bakenforliggende årsaker til relevante kvinnehelseutfordringer, og hva som er de samfunnsøkonomiske konsekvensene av dette. Videre vurderes det hvordan Kvinnehelsehus kan være et relevant tiltak for å adressere de negative samfunnsøkonomiske konsekvensene. Det første Kvinnehelsehuset ble åpnet i Bergen i 2021, og planlegges i Kristiansand, Trondheim, Oslo, Drammen og Lørenskog. Det er de lokale behovene som er avgjørende for både målgruppe, aktivitetene og samarbeidspartnere.

1.1. Om Sanitetskvinnene

Norske Kvinners Sanitetsforening, eller *Sanitetskvinnene*, er Norges største kvinneorganisasjon med 43 000 medlemmer fordelt på 550 lokalforeninger. Sanitetskvinnene fremmer kvinners helse og livsvilkår, bidrar til en inkluderende oppvekst og skaper trygge lokalsamfunn. Frivillighet er en viktig innsatsfaktor for Sanitetskvinnene. De arrangerer aktiviteter for barn og unge, innvandrerkvinner, voldsutsatte kvinner og eldre.

Sanitetskvinnene bidrar også til å skape et trygt lokalsamfunn gjennom beredskap, blant annet omsorgsberedskap i akutt krise, egenberedskap og førstehjelpskurs.² Dette gjør de gjennom frivillighet, forskning, politisk påvirkning og ideelle virksomheter. Sanitetskvinnene har tre prioriterte arbeidsområder:³

1. Fremme kvinners helse og livsvilkår
2. Bidra til en trygg og inkluderende oppvekst
3. Skape trygge lokalsamfunn

Norske Kvinners Sanitetsforening ble stiftet i 1896. Blant stifterne var en av norgeshistoriens viktigste kvinnesaksforkjempere, Fredrikke Marie Qvam. Sanitetskvinnene har helt siden starten arbeidet med ulike oppgaver innen helse og omsorg. Dette inkluderer ikke minst helse for mor og barn. Sanitetskvinnene etablerte bl.a. den første kontrollstasjonen for mor og barn (forløper til dagens helsestasjoner).

Sanitet

Begrepet sanitet er en uspesifikk betegnelse på forhold som har å gjøre med helse, sunnhet og helsetjeneste. Begrepet er tradisjonelt benyttet om den delen av militær virksomhet som har ansvar for forebyggende helsearbeid og behandling av syke og skadede. Sanitet blir også ofte benyttet om førstehjelpstjeneste ved friluftsansatte og idrettsstevner.

(Sanitet – Store medisinske leksikon)

Sanitetskvinnene har vært innovative og sett behov i sin samtid. Allerede i 1916 så man viktigheten av forskning og kunnskap, og opprettet forskningsfond for kreft. I ettertid har Sanitetskvinnene utvidet sitt samfunnsengasjement, og i moderne tid er også arbeid rettet mot barn, unge og eldre en del av organisasjonens satsingsområder.⁴ Sanitetskvinnene har vært strategisk orienterte i hele sin levetid, med en evne til å stadig identifisere aktuelle samfunnsproblemer og måter å bidra til et bedre samfunn.

Sanitetskvinnene har nylig etablert konseptet «Kvinnehelsehus» og har planer om å etablere dette tilbudet flere steder i landet som et gratis tilbud tilgjengelig for alle kvinner. Målet med Kvinnehelsehusene er å styrke kvinners helse, livskvalitet og nettverk. De skal også bidra til å fremme samarbeid mellom organisasjoner, kommune- og spesialisthelsetjenesten og sikre likeverdige helsetjenester.

² <https://sanitetskvinnene.no/side/engasjer-deg>

³ <https://sanitetskvinnene.no/om-oss>

⁴ <https://sanitetskvinnene.no/om-oss/historie>

1.2. Om Kvinnehelsehus

Kvinnehelsehusene er et lavterskeltilbud tuftet på frivillighet i samarbeid med fagfolk, og er ment å gi et supplerende tilbud der det offentlige helse- og omsorgstilbudet ikke er tilstrekkelig. Kvinnehelsehusene skal være en overbygning som samler helsetjenester og tilbyr aktiviteter som styrker kvinners helse, livskvalitet og nettverk. Det skal fungere som en åpen møteplass i trygge former i lokalsamfunnene og ha et regionalt nedslagsfelt. Kvinnehelsehusene skal ha fokus på helsefremmende og forebyggende helsearbeid, og sikre likeverdige helsetjenester.

1.2.1. Viktige mål for Kvinnehelsehusene

Sanitetskvinnenes hovedmål er at alle kvinner skal ha lik tilgang til helsetjenester. På et overordnet nivå skal Kvinnehelsehusene bidra til et økt og bredere helsetilbud til kvinner, og skape et enda større tverrsektorielt samarbeid for å fremme kvinners helse og livsvilkår.

Supplerende tilbud til offentlig helsetjenester

På et overordnet nivå er det et godt tilbud av offentlige helsetjenester i Norge. For individet kan det likevel være ulike faktorer som enten begrenser tilgangen til helsetjenester, eller at offentlige helsetjenester ikke er tilpasset det enkelte individs behov. Ulike livssituasjoner, tidligere erfaringer med helsevesenet eller mangel på kunnskap kan være faktorer som i praksis begrenser tilgangen på helsetjenester. Dette er utfordringer som bidrar til at det fortsatt ikke er likeverdige helsetjenester for alle kvinner i Norge.

Kvinnehelsehusene skal være et tiltak for lik tilgang til helsetjenester ved å være et supplement til det offentlige helsevesenet. Dette handler om å bygge ned barrierer som begrenser ulike individer for å få den helsehjelpen som de har behov for. Eksempler som blir trukket fram er informasjonsarbeid, relasjonsbygging og mer helhetlige lavterskeltilbud. Samtidig skal Kvinnehelsehusene kunne være en veiviser inn i den offentlige helsetjenesten, og bistå kvinner i sårbare situasjoner med å finne fram til bistand og tjenester som passer deres behov.

Sanitetskvinnene presenterer selv Kvinnehelsehusene og hva de skal tilby på følgende måte:

«Her vil vi tilby veiledning, jentegrupper, mammagrupper, flerkulturell doula (en kvinne med minoritetsbakgrunn som snakker godt norsk og som har født barn i Norge, følger en nyankommen kvinne i en sårbar livssituasjon gjennom svangerskap, fødsel og barseltid), hjelp til voldsutsatte kvinner, kunnskapsformidling, kvinnefelleskap og helsetilbud i samarbeid med kommunene og andre samarbeidspartnere.»

Hvordan dette gjøres i praksis vil kunne variere mellom ulike kvinnehelsehus – det er de lokale behovene som er avgjørende for både målgruppe, aktivitetene og samarbeidspartnere.

Sikre sosial likhet og tilgang til fellesskap

Helsemessige utfordringer er en risikofaktor for svakere sosioøkonomisk status, og svak sosioøkonomisk status er en risikofaktor for helsemessige utfordringer. Med andre ord en negativ spiral. Kvinnehelsehusene er et tiltak for å bryte denne negative spiralen gjennom et tilbud til kvinner i sårbare livssituasjoner.

Alle kvinner vil kunne befinne seg i sårbare, tidsavgrensede livssituasjoner. Årsakene kan være mange, inkludert barselperioden, vold i hjemmet eller å være i en pårørendesituasjon. Minoritetskvinner og andre utsatte grupper kan være spesielt eksponert for sårbare livssituasjoner, med negative helseutfall og sosialt utenforskap. Kvinner som er nye i Norge er overrepresentert i negative statistikker.

Gjennom å skape et kvinnenettverk med rom for samtaler, engasjement og omsorg om kvinnehelse og kvinners rettigheter, ønsker Kvinnehelsehusene å gi et fellesskap som hjelper kvinnene med å styrke seg selv og andre. Dette vil kunne bidra til å fremme sosial likhet og bedre kvinnehelse.

1.2.2. Tilpasset lokale behov

Kvinnehelsehusene er et lokalt lavterskeltilbud. Utfordringer og behov vil kunne ha lokale forskjeller, knyttet til blant annet eksisterende tilbud, demografisk sammensetning og andre lokale forhold. For å sikre et tilbud med høyest mulig relevans er det derfor gjennomført lokale behovsanalyser for Kvinnehelsehus. Etablere lokale samarbeid med andre aktører som jobber innen kvinnehelse kan være ett av flere virkemidler for et mer helhetlig og bedre koordinert kvinnehelsetilbud.

Regionale behovsanalyser

For å avdekke lokale behov og etablere et tilbud som er skreddersydd for å møte disse behovene er det gjennomført behovsanalyser i Bergen, Trondheim og Kristiansand.⁵ I behovsanalysene kartlegges blant annet:

1. **Målgruppens behov:** Hvilke behov opplever målgruppen at ikke dekkes av den offentlige helsetjenesten?
2. **Eksisterende tilbud:** Kartlegge eksisterende tilbud i den offentlige helsetjenesten og ideelle organisasjoner. Hvilke tilbud opplever tilbyderne mangler for kvinner?

Med bruk av kvalitative og kvantitative metoder er det kartlagt lokale forhold knyttet til blant annet oppvekst og levekår, innvandring og psykisk og fysisk helse. Videre er det gjennomført idemyldringer knyttet til hvordan avdekkede behov kan imøtekommes.

Samarbeid med relevante aktører

Kvinnehelsehusene skal være en overbygning som samler helsetjenester og tilbyr aktiviteter som styrker kvinners helse, livskvalitet og nettverk. Et naturlig ledd i dette arbeidet er å etablere samarbeid med andre aktører som arbeider for bedre kvinnehelse.

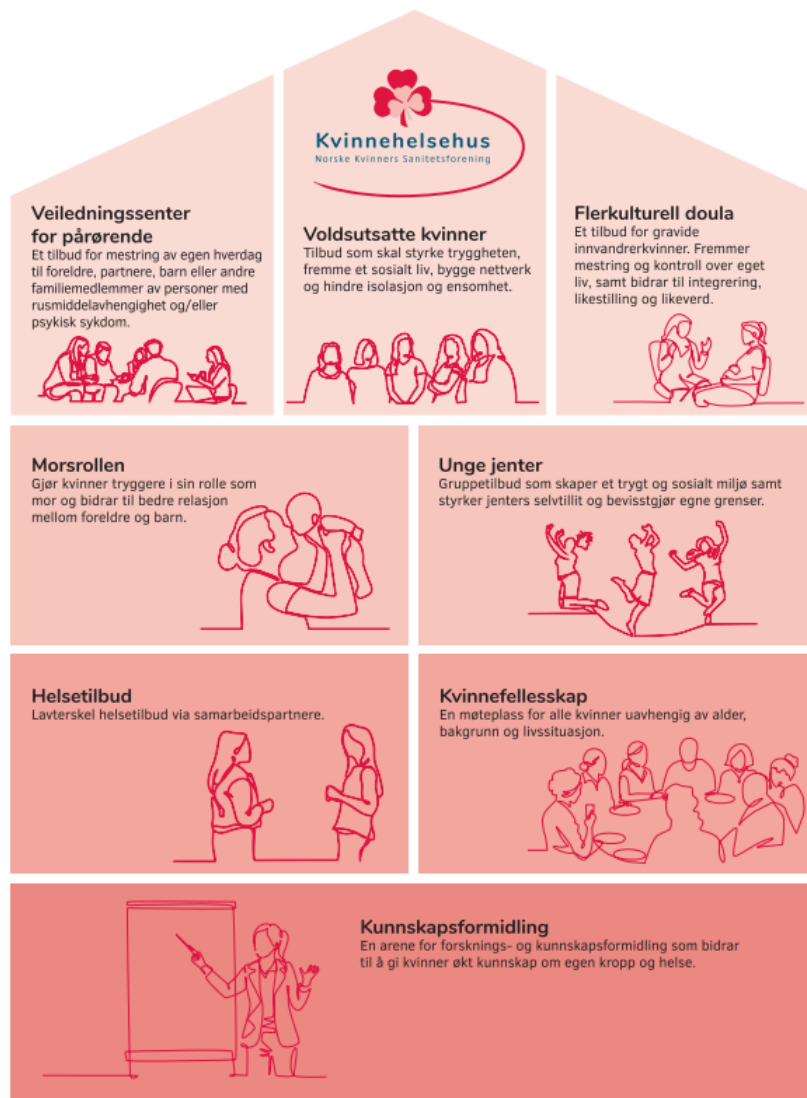
Et eksempel på et slik samarbeid er Kvinnehelsehuset i Bergen som er samlokalisert med Amatheia, som tilbyr gratis lavterskeltjenester innenfor kvinnehelse, minoritetshelse og psykososiale utfordringer ved uplanlagt svangerskap og abort. Fra arbeidet med behovsanalysen i Trondheim har det kommet fram ønsker om tilsvarende samlokalisering også her. I tillegg til samlokalisering med helsetjenestetilbydere, vil Kvinnehelsehuset tilby helseinformasjon gjennom forskningsformidling, debatter, kurs og møtevirksomhet.

1.2.3. Målgruppe og aktivitet i Kvinnehelsehusene

Målgruppen til N.K.S. Kvinnehelsehus er kvinner generelt og kvinner i sårbare livssituasjoner spesielt. Et N.K.S. Kvinnehelsehus skal ha en nasjonal utforming som illustrert i figuren under, men med regionale tilpasninger basert på behovsanalysene.

⁵ Behovsanalyse for [Bergen](#), [Trondheim](#) og [Kristiansand](#)

Figur 1-1: Skjematisk oversikt over målgruppe i N.K.S. Kvinnehelsehus



- **Kunnskapsformidling:** Tetting av kunnskapshull, gjennom både individuell veiledning og felles aktiviteter, kurs og seminarer, vil bidra til å gi kvinner kunnskap om egen kropp, helse og relevante helsetilbud.
- **Helsetilbud:** Være en samlingsarena for relevante tilbud knyttet til seksuell helse, reproduktiv helse, psykisk helse og andre kvinnehelsetilbud.
- **Kvinnefellesskap:** Skape et nettverk som hjelper kvinner med å hjelpe seg selv og andre.
- **Mødregupper:** Arbeide for at kvinner skal føle seg tryggere i sin rolle som mor, og bidra til bedre relasjoner mellom foreldre og barn.
- **Unge jenter:** Aktiviteter og informasjonsarbeid for å styrke selvfølelse og selvtillit, skape bevisstgjøring om egne grenser og skape et godt og sosialt miljø.
- **Veiledningssenter for pårørende:** Bidrar til mestring av egen hverdag, og til å fjerne skammen som pårørende til rusavhengige og psykisk syke opplever.
- **Voldsutsatte kvinner:** Støtte kvinner som er utsatt for vold med nettverk og informasjon om hvor det er mulig å søke hjelp.
- **Flerkulturell doula:** La minoritetskvinner som snakker godt norsk og som har født barn i Norge, følge nyankomne kvinner i en sårbar livssituasjon gjennom svangerskap, fødsel og barseltid.

Nedenfor følger noen eksempler på aktiviteter og tjenester som vil være til stede ved kvinnehelsehus.

Åpne arrangementer og informasjonsarbeid

Kvinnehelsehusene ønsker å drive med informasjonsarbeid gjennom åpne arrangementer med temaer som er relevante for målgruppen. Eksempler på slike arrangementer har så langt vært temakveld om overgangsalder, åpne dager for ukrainske flyktninger og kvinnepolitiske møter med gruppediskusjoner om relevante temaer.

Å tilby denne typen opplysningsarbeid er viktig for å øke befolkningens generelle helsekompetanse. Ikke alle vet hvor man skal henvende seg for å motta helseinformasjon, og det kan være særlig vanskelig å filtrere vekk den informasjonen som ikke er faglig forankret. Ikke minst er det flere helseutfordringer kvinner møter som er lite omtalt, enten i enkelte samfunnsgrupper eller i samfunnet som helhet. Ved å sette søkelys på kvinnehelseutfordringer kan flere kvinner få en bedre forståelse for egen kropp og helsetilstand – og dermed være bedre rustet til å vite hva man har behov for i møte med helsetjenesten.

Med et åpent dagtilbud og åpne arrangementer tilbyr kvinnehelsehuset en møteplass for kvinner. Deltakere og frivillige har muligheten til å møte og knytte nettverk med andre kvinner på tvers av kultur, alder, livssituasjon og samfunnslag. Slike møteplasser og frivillig aktivitet kan være ekstra viktig for de som opplever ensomhet og utenforskap.

Lukkede grupper

Kvinnehelsehusenes lukkede gruppetilbud er ment for å kunne følge en gruppe kvinner med tilsvarende helseutfordringer som en selv over tid, og dermed få støtte gjennom veiledet likepersonsarbeid. Dette inkluderer grupper som «Motherhood», et tilbud til mødre som er nye i landet, og grupper for sorgarbeid.

Det å leve med livs- og/eller helseutfordringer, eller gjennomgå store endringer i livet, kan være en utfordrende situasjon å stå i alene. Å få muligheten til å snakke ut om situasjonen man er i og samtidig få perspektiver fra andre kvinner i samme situasjon, vil for mange kunne bidra til å se problemstillingene i et nytt lys. Effekten av faglig forankrede gruppetiltak er også godt dokumentert: For eksempel finner man at gruppetiltak for foreldre gir positive effekter på både barnets utvikling og foreldrenes evne til å skape en tryggere oppvekst for sine barn.⁶

Å følge samme gruppe over lengre tid gir også deltakerne mulighet til å bygge nettverk og samhold med de andre kvinnene i gruppen. Dermed kan lukket gruppearbeid både gjøre kvinnene bedre rustet til å stå i en utfordrende situasjon, og på samme tid bidra til å bekjempe ensomhet og utenforskap blant deltakerne.

Helsetjenester i Kvinnehelsehusene

Kvinnehelsehuset i Bergen er samlokalisert med Amatheia, og tidlige resultater fra de andre behovsanalysene indikerer at dette er ønskelig også andre steder i landet. Ved å samle kvinnehelsekompetanse på ett sted ønsker Sanitetsforeningen å gi et mer helhetlig helsetilbud til sine brukere.

En slik samlokalisering kan først og fremst være nyttig for de som ikke kjenner det norske helsesystemet eller språket godt nok til å kunne orientere seg i det eksisterende helsetilbudet, og dermed kan motta både lavterskeltjenester og rådgivning om hvordan man kan benytte det offentlige helsesystemet fra ett og samme sted. I tillegg vil de helsefaglige ressursene kunne være til stede på andre arrangementer på huset, slik som det

⁶ Wesseltoft-Rao, N., Holt, T. & Helland, M. S. (2017). *Gruppetiltak og kurs for foreldre: Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer*

har blitt gjort i Bergen. Dette kan spesielt gagne kvinner fra utsatte samfunnsgrupper og med lavere sosioøkonomisk status, da disse generelt har lavere helsekompetanse enn befolkningen for øvrig.⁷

Å samle lavterskel-helsetjenester på samme sted som det foregår andre sosiale arrangementer kan også bidra til å senke terskelen for å benytte helsetjenestene. Som det kommer frem i behovsanalysen er det mange kvinner i målgruppen som opplever at kvinnehelseproblemer ikke blir snakket om i sine miljøer, og at det oppfattes som tabu å snakke om kvinnehelse. Det kan tenkes at det for noen dermed vil være lettere å ta kontakt med helsetjenesten dersom den er tilgjengelig på arenaer man allerede oppholder seg.

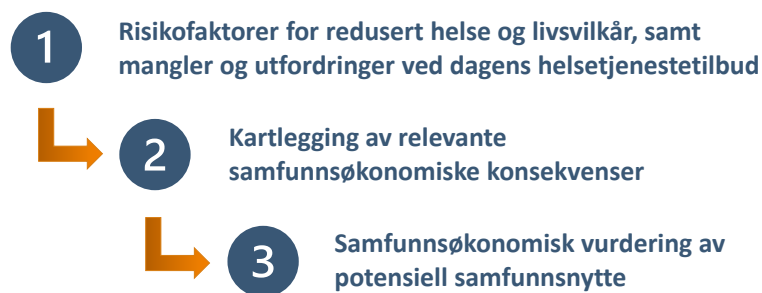
1.3. Analytisk rammeverk for å vurdere samfunnsnyttene av Kvinnehelsehus

Konseptet N.K.S. kvinnehelsehus er et tiltak som adresserer betydelige samfunnsutfordringer knyttet til kvinners helse og livsvilkår. I denne analysen har vi kartlagt samfunnsøkonomiske konsekvenser knyttet til utfordringsbildet. Med utgangspunkt i kartlagte utfordringer og samfunnskostnader vurderes videre potensialet for samfunnsøkonomiske nyttevirkninger knyttet til N.K.S. Kvinnehelsehus.

1.3.1. Analytisk rammeverk

For å gi en vurdering av samfunnsøkonomisk nytte knyttet til N.K.S. Kvinnehelsehus er det gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse i tre steg. I analysen vurderes N.K.S. Kvinnehelsehus som et nasjonalt konsept, som adresserer betydelige samfunnsutfordringer. Analysen gir dermed viktig innsikt i de viktigste samfunnsøkonomiske nyttevirkningene som kvinnehelsehusene vil kunne bidra til å realisere. Den faktiske gevinstrealiseringen vil imidlertid avhenge av flere faktorer knyttet til blant annet aktivitet ved kvinnehelsehusene og lokale forhold.

Figur 1-2: Samfunnsøkonomisk analyse av konseptet N.K.S. Kvinnehelsehus i tre steg.



- **Steg 1:** Kartlegging av de viktigste risikofaktorer og mangler i eksisterende tjenestetilbud. Dette utgjør driverne for utfordringene som kvinnehelsehusene vil adressere. I rapporten dekkes denne kartleggingen i kapittel 2 og 3.
- **Steg 2:** Kartlegging av samlede samfunnskostnader knyttet til utfordringene som kvinnehelsehusene vil adressere. I rapporten dekkes denne kartleggingen i kapittel 4.
- **Steg 3:** Vurdering av den samfunnsøkonomiske nytten som kvinnehelsehusene kan bidra til å realisere gjennom å motvirke risikofaktorer og fylle hull i behovet for helsetilbud. I rapporten dekkes denne vurderingen i kapittel 5.

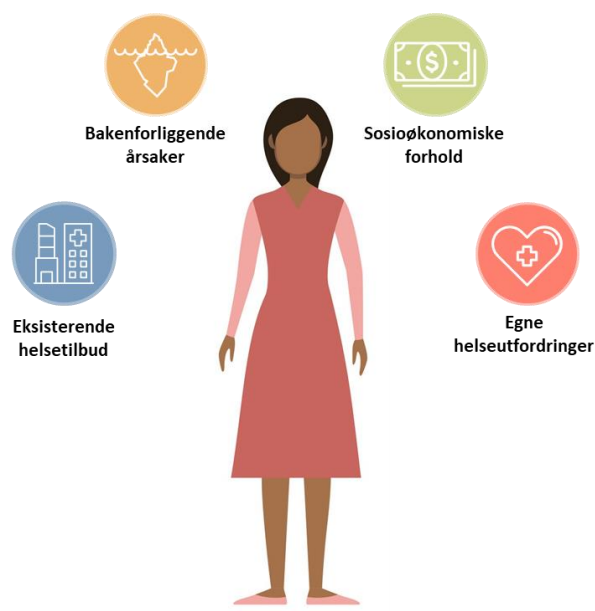
⁷ Se for eksempel Statistisk sentralbyrå (2022): *Kvinner liv og helse siste 20 år & Helse- og omsorgsdepartementet (2020): Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd*

Etableringen av N.K.S. Kvinnehelsehus er fortsatt i en tidlig fase, og det er for tidlig å gjøre vurderinger knyttet til den samfunnsnytt som aktiviteten ved konkrete kvinnehelsehus har realisert. Det er derfor viktig at denne analysen leses som en analyse av potensielle samfunnsgevinster knyttet til det samlede konseptet «N.K.S. Kvinnehelsehus». Analysen gir et kunnskapsgrunnlag om omfanget av de problemområdene som Kvinnehelsehusene vil adressere. Dette vil både være nyttig i prosessen med å etablere Kvinnehelsehus og ved eventuelle senere evalueringer av realiserede nyttevirksomheter.

1.3.2. Kartlegging av risikofaktorer og mangler i eksisterende tilbud

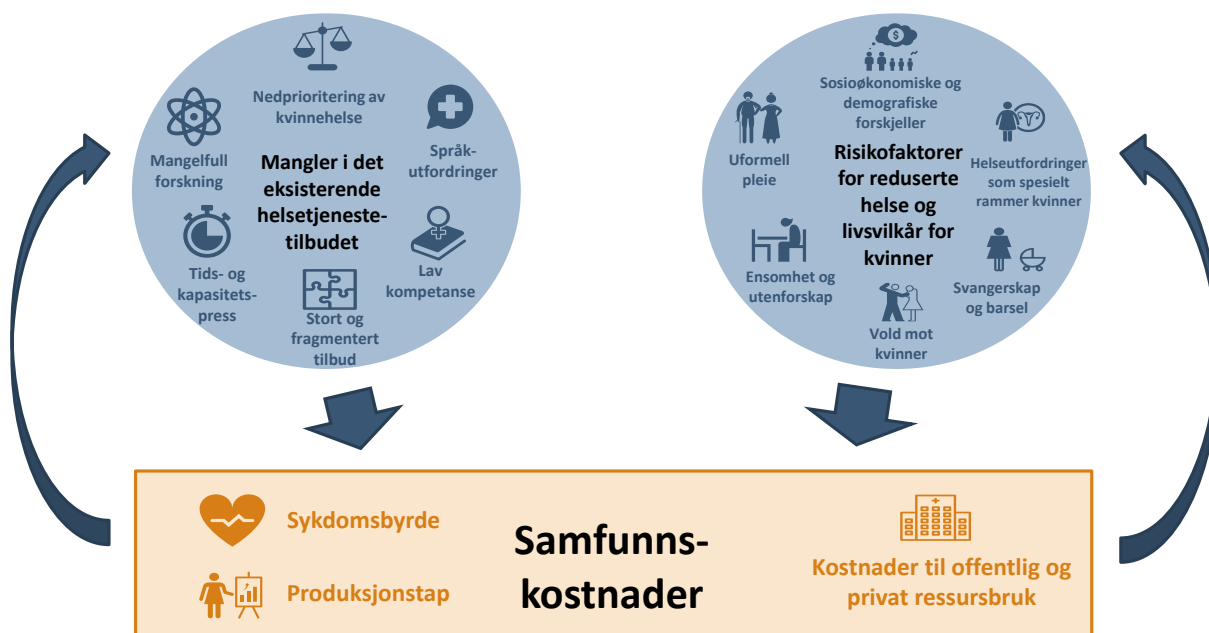
I rapporten er det gjort en systematisk gjennomgang av risikofaktorer for reduserte helse- og livsvilkår for kvinner og mangler i det eksisterende helsetilbudet. Tilstedeværelsen av risikofaktorer og mangelfullt helsetjenestetilbud for å motvirke disse vil sammen kunne føre til betydelige samfunnskostnader.

Figur 1-3: Faktorene som påvirker kvinners helse. Illustrasjon av Menon Economics



Med «risikofaktorer» menes hendelser eller forhold som øker sannsynligheten for redusert helse og livsvilkår for kvinner. Risikofaktorene kan være knyttet til blant annet sosioøkonomiske forhold, svangerskap og barsel, vold mot kvinner eller uformell pleie. Risikofaktorene gir høyere sannsynlighet for økt sykdomsbyrde blant kvinner, at kvinner faller ut av arbeidslivet eller andre samfunnskostnader. Økte samfunnskostnader har en selvforsterkende effekt. Det udekkede helsebehovet, som samfunnskostnadene er et uttrykk for, har negative virkninger for kvinners deltakelse i arbeids- og samfunnsliv. Dette kan virke forsterkende på marginalisering og utenforskap, som igjen er en viktig risikofaktor for udekket helsebehov.

Figur 1-4: Illustrasjon på hvordan mangelfullt helsetilbud og helsemessige risikofaktorer bidrar til samfunnskostnader



«Mangler i det eksisterende helsetjenestetilbudet» viser til forhold som medfører at kvinner ikke får den hjelpen som de har behov for. Vi har et godt offentlig helsetilbud i Norge, men det finnes hull i systemet som fører til at personer ikke får den hjelpen som de har behov for. Dette er hull som blant annet har negative konsekvenser for kvinners helse og livsvilkår, mulighetene for å gi barn en trygg og inkluderende oppvekst og skape trygge lokalsamfunn.

1.3.3. Kartlegge omfanget av konsekvensene for samfunnet

Med samfunnskostnader menes alle de negative konsekvensene som, i dette tilfellet, unngåelige utfordringer for kvinners helse og livsvilkår har for samfunnet. Samfunnskostnadene er kategoriseres vanligvis i tre grupper:

- **Sykdomsbyrde:** Beskriver betydningen for den norske folkehelsen. Dette måles og kvantifiseres i form av betydning for kvalitetsjusterte leveår. Samlet anslår denne kostnadskategorien tap av helsemessig livskvalitet for kvinner relatert til de kartlagte risikofaktorene og manglene.
- **Produksjonstap:** Beskriver konsekvensene som redusert kvinnehelse har for samfunnets verdiskaping, fordelt på tapt arbeidsinntekt til individet, redusert overskudd til bedriftene og tapte skatteinntekter for staten.
- **Kostnader til offentlig og privat ressursbruk:** Beskriver den samlede ressursbruken knyttet til å forebygge og dempe konsekvenser av risikofaktorer for reduserte livsvilkår for kvinner. Dette inkluderer blant annet offentlig finansierte helsetjenester, men også innsats fra andre frivillige, private eller offentlige organisasjoner.

1.3.4. Vurdere Kvinnehelsehus potensial for å redusere samfunnsproblemet

Samfunnskostnadene som skapes av de kartlagte risikofaktorene og manglene i det eksisterende tjenestetilbudet, utgjør et betydelig samfunnsproblem. Det er i stor grad kvinner som bærer byrden av samfunnskostnadene i form av redusert helsemessig livskvalitet og lavere inntekt, men utfordringene rammer

også samfunnet bredt. Selv om det dessverre ikke er sannsynlig at samfunnsproblemet kan løses fullstendig, gir de store samfunnskostnadene et mulighetsrom for å gjennomføre tiltak innenfor rammene av samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Konseptet N.K.S. Kvinnehelsehus er et tiltak for å redusere samfunnskostnadene som kartlegges i denne rapporten. Kartleggingen viser at konseptet er rettet mot et område hvor det er store rom for forbedringer, til det beste for samfunnet. Med andre ord kan kvinnehelsehusene bidra til å realisere store samfunnsøkonomiske nyttevirksomheter.

Den faktiske samfunnsnytt vil være knyttet til i hvilken grad kvinnehelsehusene klarer å møte målgruppen og adressere utfordringene på en hensiktsmessig måte. Samfunnsnytt vil kunne variere mellom ulike kvinnehelsehus og variere over tid.



2. Mangler i det eksisterende helse- og omsorgstilbudet

Norge har et godt offentlig helsetilbud. Flere studier viser at det ikke er likestilling innen helse, og at kvinnehelse fortsatt blir underprioritert både i forskning og behandling. I dette kapitlet viser vi at det finnes flere behov der frivilligheten vil være et viktig supplement for å kompensere for mangler i det offentlige helsetilbudet.

2.1. Kort om mangler i det eksisterende helse- og omsorgstilbudet

Vi har et godt offentlig helsetilbud i Norge, men det finnes hull i systemet som fører til at personer ikke får den hjelpen som de har behov for. I dette kapitlet beskriver vi hull i systemet som fører til negative konsekvenser for kvinner, og som N.K.S. Kvinnehelsehus kan bidra til å tette.



På den ene siden kan de kartlagte manglene være knyttet til mangler i faktisk tilbud, som følge av eksempelvis mangel på kompetanse eller tids- og kapasitetspress. På en annen side vil det også kunne være mangler ved at tilbudet eksisterer, men at kvinner av ulike årsaker ikke finner frem til de tjenestene som de har behov for. Dette kan eksempelvis være knyttet til språkutfordringer eller utfordringer med å koordinere innenfor et stort og fragmentert system.

2.2. Nedprioritering av kvinnehelse

Nedprioritering av kvinnehelse trekkes ofte frem som en sentral utfordring. Mangel på finansielle incentiver og bagatellisering av kvinners livs- og helseutfordringer bidrar til å forklare kunnskapshull, mangler i forskning og behandlingstilbud. Dette finner også det nedsatte Kvinnehelseutvalget, som anbefaler å sette av 1 milliard kroner til investering i tiltak for bedre kvinnehelse.

2.2.1. Nedprioritering av ressurser

Kvinnehelseutvalget peker på flere årsaker til at kvinnehelse nedprioriteres når det kommer til bevilgning av ressurser.⁸ Prioriteringene for helse styres ut ifra politisk vedtatte prioriteringskriterier, men forhold knyttet til blant annet status og incentiver i finansieringsordningene kan bidra til at tilbudet av kvinnehelsetjenester blir svakere enn hva prioriteringskriteriene skulle tilsi.

Prioritering av ressurser til kvinnehelse i offentlig helsevesen

Kvinnehelseutvalget mener at selv om prioriteringer i helsetjenesten gjøres ut fra et regelverk, er det grunn til å være bevisst over hvordan statusvurderinger og finansielle incentiver kan få betydning for prioriteringer i en helsesektor som preges av knapphet.

Prioriteringsmeldingen beskriver forholdet mellom verdigrunnlaget i helsetjenesten, prinsipper og virkemidler for prioritering.⁹ I meldingen foreslår regjeringen at ressurser i helsetjenesten skal prioriteres etter tre prioriteringskriterier;

- **Nyttekriteriet:** Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Nytten er forstått som betydning for redusert sykkelighet og dødelighet, målt i kvalitetsjusterte leveår. Andre samfunnsmessige nyttevirksomheter, som mulighet for deltakelse i arbeids- og samfunnsliv, skal ikke tillegges vekt i prioritering.
- **Ressurskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Ressurser er forstått som budsjettmessige konsekvenser for helsevesenet.
- **Alvorlighetskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. Alvorlighet er definert som «absolutt prognosetap», det vil si forventet tap av kvalitetsjusterte leveår for individer som rammes av den aktuelle tilstanden.

Nyttekriteriet i Prioriteringsmeldingen tilsvarer det som i samfunnsøkonomiske analyser regnes på som (positive og negative) virkninger av et tiltak, mens *ressurskriteriet* tilsvarer den direkte investeringskostnaden av et tiltak.¹⁰ Sammen beskriver nytte- og ressurskriteriet kostnadseffektiviteten ved innføring av nye tiltak i helsesektoren, som kan sammenlignes med vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet. *Alvorlighetskriteriet* sier at tilstander som er mer alvorlig skal gis høyere prioritet, hvor implikasjonen også er lavere prioritet til tilstander med lavere alvorlighet.

Operasjonaliseringen av prioriteringskriteriene kan ha flere negative konsekvenser for prioriteringen av tjenestetilbudet rettet mot en rekke sykdommer hvor kvinner er overrepresentert. Kvinnehelseutvalget peker på blant annet på muskel- og skjelettsykdom, angst og depresjon som sykdommer hvor kvinner er overrepresentert. Felles for disse tilstandene er at de ofte medfører betydelige negative konsekvenser knyttet til pasientenes mulighet til deltakelse i arbeids- og samfunnsliv. I tillegg vil de rangeres relativt lavt i prioriteringshierarkiet i henhold til alvorlighetskriteriet.

⁸ NOU 2023: 5: Den store Forskjellen, Helse- og omsorgsdepartementet (2023). [Link](#)

⁹ Prioriteringsmeldingen – Meld. St. 34 (2015-2016). [Link](#)

¹⁰ [Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser | Finansdepartementet](#)

Muskel- og skjelettsykdom

Muskel- og skjelettsykdom er den sykdomsgruppen som rammer flest og koster mest i Norge. Omtrent 27 prosent av befolkningen er rammet av muskel- og skjelettlidelser årlig, og kvinner er mer utsatt enn menn. Forekomsten har vært økende over tid, og størst i aldersgruppen 20-29 år. Økningen knyttes ofte til en tilsvarende økning i livsstilsrelaterte risikofaktorer som overvekt og inaktivitet, samt økning i levealder.

Til tross for at de fleste muskel- og skjelettlidelser ikke medfører betydelig overdødelighet, har de store samfunnsøkonomiske kostnader. Beregninger fra 2016 tilsa at de samlede samfunnskostnadene relatert til muskel- og skjelettsykdommer var på over 255 milliarder kroner. Det som skiller muskel- og skjelettlidelser fra andre store sykdomsgrupper, er at kostnadene i stor grad ligger utenfor helsevesenet: Utgiftene i forbindelse med sykefravær og uførhet er vesentlig høyere enn for alle andre sykdomsgrupper. 28 prosent av mottakerne av uføretrygd i 2015 var uføre som følge av muskel- og skjelettsykdommer, og er dermed kun forbigått av psykiske lidelser. Når det kommer til legemeldt sykefravær er muskel- og skjelettsykdommer klart størst, og årsaken til nær 40 prosent av det legemeldte sykefraværet i Norge.

Mange pasienter opplever at det tar svært lang tid fra man først opplever symptomer til endelig diagnose settes, og for enkelte muskel- og skjelettsykdommer er det ikke uvanlig at det tar mellom seks og åtte år å få korrekt diagnose. Blant revmatikere opplevde hele 61 prosent at det tok mer enn ett år å få diagnose, og 43 prosent hadde besøkt fastlege *seks ganger eller mer* før de ble henvist til spesialist. Å få riktig diagnose er ikke bare viktig for å slippe å leve i usikkerhet og bekymring – det er også sentralt for å utløse rettigheter i det norske systemet. Når det går så lang tid fra sykdommen starter å utvikle seg til riktig behandling kan påbegynnes, kan det for mange allerede ha utviklet seg irreversibel skade. For mange kunne dette vært unngått ved tidligere diagnostisering.

Kilde:

Menon Economics (2019): Samfunnskostnader knyttet til muskel- og skjelettsykdom. [Link](#)

I henhold til vedtatte prioriteringskriterier vil derfor en rekke sykdommer hvor kvinner er overrepresentert prioriteres lavt innenfor det offentlige helsetilbudet. Operasjonaliseringen av nytte- og ressurskriteriet innebærer at tilbudet for disse sykdommene prioriteres lavere enn hva samfunnsøkonomisk nytte isolert sett skulle tilsi. Dette styrker det samfunnsøkonomiske grunnlaget for helsemessige lavterskeltilbud som supplerer det offentlige helsetjenestetilbudet, slike som N.K.S. Kvinnehelsehus er et eksempel på.

Lav status blant helsepersonell

Til tross for at kvinnehelse er satt på dagsorden og har fått økt oppmerksomhet de siste årene, er Kvinnehelseutvalget klare på at kvinners helse og typiske kvinnesykdommer har lav status.¹¹ Bevissthet om typiske kvinnesykdommer kan i stor grad tilskrives at kvinner selv har stått frem offentlig med personlige sykdomshistorier og fortalt om et utilstrekkelig tilbud fra den offentlige helsetjenesten. Lav status kan medføre en lavere prioritering av kvinnehelse utover hva kriteriene for prioritering tilsier.

Utvalget peker på forskning som viser at noen sykdommer har lavere status blant helsepersonell enn andre. Sykdommer som rammer kvinner i særlig grad, ligger langt nede i statushierarkiet. For eksempel rangeres

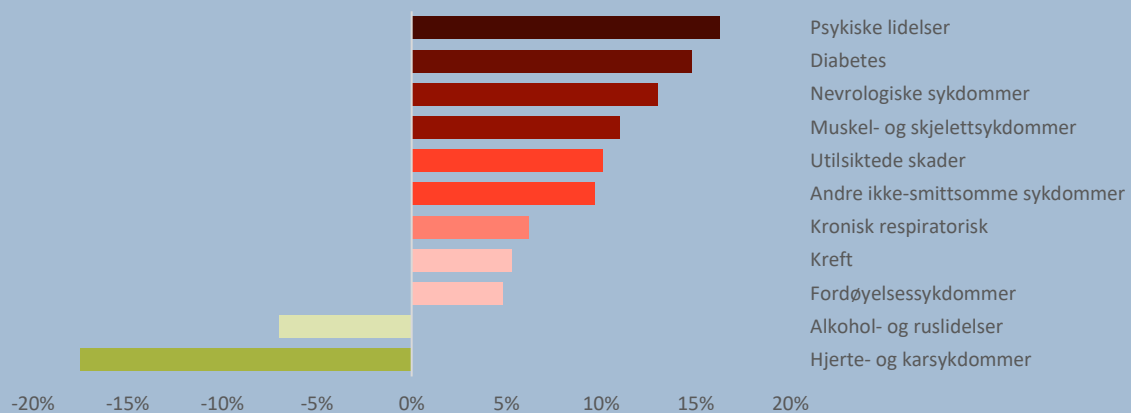
¹¹ *NOU 2023: 5: Den store Forskjellen, Helse- og omsorgsdepartementet (2023). [Link](#)*

muskel- og skjelettsykdommen fibromyalgi, som rammer flest kvinner, lavest på prestisjestigen. Angst og depresjon, som også rammer flere kvinner enn menn, rangerer også langt ned.

Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er et av sykdomsområdene som vokser raskest (se figuren nedenfor). Et stadig større antall unge mottar behandling for psykiske lidelser. Kommunene rapporterer om en økning på 28 prosent i 2021 i antall henvendelser og henvisninger for psykiske helseproblemer fra barn og unge. Særlig gjelder det jenter og kvinner i alderen 12-24 år.

Prosentvis endring i sykdomsbyrde, målt som tapte gode leveår for utvalgte tilstander mellom 2004 og 2017. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet (2019)



Menon har estimert at om lag 88 000 personer lider av spiseforstyrrelser i Norge i dag. Estimaten inkluderer anoreksi, bulimi, overspisingsslidelse og uspesifiserte spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser rammer begge kjønn, men er mest utbredt blant kvinner og i de yngre aldersgruppene. Nær halvparten av alle som lider av spiseforstyrrelser er under 30 år, mens om lag tre av fire er kvinner.

Angst, depresjon og spiseforstyrrelser er psykiske lidelser som rammer mange kvinner, og som er forbundet med lav status blant helsepersonell.

Kilder:

Menon Economics (2022): Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser. [Link](#)

Surén (2018): Har ungdommer dårligere psykisk helse enn før?

Pasienter som har en sykdom med lav status, vil kunne påvirke møtet mellom den enkelte kvinne og helse- og omsorgstjenesten. Det kan eksempelvis gjøre det vanskeligere å kreve pasientrettigheter, eller påvirke hvor lang tid det tar å få stilt en diagnose. Manglende bevissthet rundt en sykdom og dens kjennetegn vil kunne medføre at pasienter blir kasterballe i systemet, uten at det settes i gang behandling. For eksempel kan det ta opptil fem år å få stilt diagnosen endometriose.

Lav status er tett forbundet med stigmatisering. Kvinnehelseutvalget finner at det har vært, og til dels fremdeles er, en ikke ubetydelig stigmatisering knyttet til sykdommer og helsetilstander som særlig rammer kvinner. Eksempelvis opplever mange kvinner stigmatisering og skam knyttet til overgangsalder.

Det å ikke bli hørt i møte med helsetjenesten og ikke få behandlingen en trenger, kan være en stor psykisk påkjenning i seg selv. At en betydelig andel kvinner fremdeles må kjempe for å få den helsehjelpen de har behov for, står etter Kvinnehelseutvalgets vurdering i skarp kontrast til regjeringens uttalte mål om å prioritere kvinnehelse.

N.K.S. Kvinnehelsehus kan bidra til kunnskapsformidling og etablere kvinnenettverk, som bidrar til å bryte ned utfordringer knyttet til status og forebygge stigmatisering og skamfølelse knyttet til helsemessige utfordringer blant kvinner.

Underfinansiering av kvinnehelsetilbud

Kvinnehelseutvalget vurderer at statusvurderinger også reflekteres i hvordan helse- og omsorgstjenestene er finansiert. Finansieringsordninger i både kommunale og spesialisthelsetjenester er ikke tilstrekkelig tilpasset kvinnehelse, og det er manglende økonomiske incentiver for å prioritere kvinnehelse i helsevesenet. Dette gjelder spesielt fødselsomsorgen og oppfølging av abort, som begge er viktige områder innen kvinnehelse.

I spesialisthelsetjenesten er dagens finansieringsordninger dårlig egnet for fødselsomsorgen. Videre har det vært rapportert om manglende bemanning og ressurser i fødselsomsorgen, og dette kan delvis skyldes at det ikke er økonomiske incentiver til å forbedre disse forholdene. Det har over flere år blitt rapportert om at finansieringsordningen kompenserer sykehusene for dårlig økonomisk for fødsler¹², og at dette fører til press på liggetiden der kvinner føler seg presset ut av barselavdelingene.¹³

Kommunehelsetjenesten er heller ikke tilstrekkelig tilpasset kvinnehelse, da det ikke finnes takster for oppfølgingssamtaler i forbindelse med spontan eller provosert abort. Dette kan gjøre det vanskeligere for kvinner å få den støtten og oppfølgingen de trenger i en sårbar situasjon. I tillegg finnes det heller ingen takst for å ta i bruk samtaleverktøy i møte med pasienter med sammensatte lidelser, som rammer mange kvinner. Dette kan hindre helsepersonell i å gi den beste mulige behandlingen til pasientene sine.

Tilbud i N.K.S. Kvinnehelsehus vil sørge for at kvinner blir møtt med omsorg og respekt i sårbare situasjoner.

2.2.2. Tids- og kapasitetspress

En velkjent utfordring med det offentlige helsetilbudet er press på tid og kapasitet. Dette medfører at helsepersonell må fokusere på medisinske oppgaver, som kan gå på bekostning av det personlige møtet med den enkelte pasient. Selv om det medisinske tilbudet isolert sett er godt, kan dette medføre at pasienter ikke føler seg sett, får redusert tillitt eller trygghetsfølelse. Utfordringer knyttet til språk, eller diffuse helsetilstander, kan forsterke denne opplevelsen og er eksempler på grupper som lett kan falle mellom to stoler i et stort og fragmentert helsetilbud.

Språk og andre utfordringer knyttet til kvinner som er nye i Norge

Norge har gjennom de siste tiårene blitt et stadig mer flerkulturelt samfunn, noe som også får betydning i helsevesenet. En konsekvens er økte utfordringer knyttet til språk i møte mellom pasient og helsepersonell. Språkutfordringer kan gå utover pasientsikkerheten, der feil i verste fall kan få fatale konsekvenser.¹⁴

¹² [ISF fungerer ikke i fødselsomsorgen | Dagens Medisin](#)

¹³ [Kvinner føler seg presset ut av barselavdelingene | Sykepleien](#)

¹⁴ [Helsevesenet bør gjenspeile mangfoldet i befolkningen, men ikke for enhver pris | Sykepleien](#)

En gjennomgang av Folkehelseinstituttet viser at språk og andre utfordringer knyttet til det å være ny i Norge, kan gjøre møtet med helsetjenesten vanskeligere.¹⁵ I enkelte grupper er kunnskap om helse, kropp og medisin svært lav, noe som kan bidra til å øke utfordringene. Kommunikasjonsvansker fører til at pasienten får mindre informasjon, og kan gå utover tillitt og tilfredshet hos pasient.

Et eksempel som illustrerer utfordringsbildet, er knyttet til screeningprogrammer for kreft.¹⁶ Norge har to nasjonale screeningprogrammer for kreft kun for kvinner; livmorhalskreft og brystkreft. Målet er å fjerne forstadier eller behandle kreft i et tidlig stadium. Andelen som møtte til screening for livmorhalskreft var 66 prosent for alle kvinner i Norge, mens blant innvandrede kvinner var andelen 48 prosent. Tilsvarende sees for Mammografiprogrammet der 86 prosent av norskfødte kvinner og 67 prosent av innvandrede kvinner har møtt én eller flere ganger i programmet. En systematisk litteraturlanalyse fant at barrierer for ikke følge livmorhalsprogrammet omfatter sosioøkonomiske barrierer (utdanning, økonomi, alder, familieliv og botid), sosiokulturelle barrierer (kultursensitivitet, stigmatisering, relasjon til fastlege, helsekunnskap og språkbarrierer) og strukturelle barrierer (organisering av helsevesenet, tillitt til helsevesenet).

Brystkreft

Til tross for at brystkreft kan ramme alle kjønn er kvinner kraftig overrepresentert – over 99 prosent av nye tilfeller i Norge i 2020 gjaldt kvinner. Brystkreft er også den klart vanligste kreftformen hos kvinner, og rammer omtrent 3 500 kvinner årlig. Fire av fem som rammes er over 50 år.

På grunn av omfanget er brystkreft en av krefttypene som koster helsetjenesten mest – I 2014 ble kostnadene til primærlegetjeneste, spesialisthelsetjeneste og legemidler estimert til å være på 1,7 milliarder kroner årlig, uten at pleie og omsorg var inkludert. I en panelundersøkelse svarte 68 prosent av deltakerne med brystkreft at de opplevde redusert produktivitet i arbeidslivet, som er den høyeste andelen av alle krefttypene i undersøkelsen.¹ Brystkreft har dermed den klart største andelen av samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til produksjonstap ved fravær fra arbeidslivet, som i 2017 ble estimert til å utgjøre 57 prosent av de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene av brystkreft.

Kilder:

NHI (2021): Brystkreft, noen faktaopplysninger

Oslo Economics (2016): Kreft i Norge - kostnader for pasientene, helsetjenesten og samfunnet, Oslo Economics (2022): Arbeid, helse og kreft

Bugge, Sæther, Brustugun & Kristiansen (2021): Societal cost of cancer in Norway - Results of taking a broader cost perspective

N.K.S. Kvinnehelsehus vil kunne bidra til å veilede kvinner inn i helsetjenesten, gi informasjon om hva helsetjenesten kan bidra med og hva som forventes av pasienten selv. Dette er en oppgavedeling som innebærer at en presset helsetjeneste kan fokusere på kjerneoppgaver, mens supplerende tilbud rundt helsetjenesten bidrar til veiledning, skape tillitt og trygghet omkring tjenestene.

¹⁵ [Ny i Norge - Utfordringer i møte med helsevesenet | FHI](#)

¹⁶ [Behovsanalyse - Kvinnehelsehus i Trondheim | N.K.S.](#)

Uspesifikke plager

Noe av det som skiller menn og kvinners helse er at kvinners helseplager oftere består av uspesifikke lidelser. I en ny rapport (ifbm. Kvinnehelseutvalget) om kvinners liv og helse de siste 20 årene diskuterer Statistisk Sentralbyrå om dette kan skyldes den høye totalbelastningen i et vanlig kvinneliv som følge av kombinasjonen mellom arbeidsliv, arbeid i hjemmet og deltakelse i lokalsamfunn.¹⁷

Langt flere kvinner tar høyere utdanning og er yrkesaktive enn for bare 20 år siden. Samtidig har mange kvinner fremdeles en omsorgs- og støtterolle i og utenfor familien.¹⁸ Blant annet har andelen kvinner som gir regelmessig ulønnet hjelp eller tilsyn til pleie- eller tilsynstrengende i og utenfor egen husholdning økt siden 2008. Blant middelaldrene kvinner er det hele 1 av 4 som yter denne typen ubetalt omsorg. Mange opplever utfordringer med å få disse ulike livsrollene til å gå i hop.

Med andre ord er det en rekke årsaker som har konsekvenser for kvinners helsetilstand. Helsetilstanden påvirkes også av kvaliteten og tilgangen på det eksisterende helsetilbudet og sosioøkonomiske forskjeller som fattigdom og arbeidsløshet. I tillegg finnes det en rekke bakenforliggende faktorer, som ensomhet, utenforskap, familiesituasjon og språk- og helsekompetanse, som kan være med på å forsterke eksisterende helseutfordringer eller øke risikoen for å utvikle nye helseproblemer.

Å prioritere kvinnehelse handler om å støtte arbeid med helseutfordringer som særlig påvirker kvinners fysiske og psykiske helse, og tilhørende underliggende årsaker. Gjennom økt tilgang på relevante helsetjenester og kunnskap vil man kunne forbedre både helsetilstand og livskvalitet for mange kvinner, og særlig de i utsatte gruppene som er målgruppen til N.K.S. Kvinnehelsehus. I dette problembildet fyller frivillighet og lavterskeltilbud en viktig rolle i å komplimentere det offentlige helsetjenestetilbudet, og motvirke at spesielt sårbare grupper i samfunnet faller utenfor.

2.3. For lite kunnskap om kvinnehelse

Innen forskning og utdanningssystemet viser flere kilder et mangelfullt fokus på kvinnehelse. Dette bidrar til at det er manglende kompetanse i helsetjenesten.

2.3.1. Lite forskning på kvinnesykdommer

I mai 2022 publiserte Folkehelseinstituttet et forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner. Her kartlegges systematiske oversikter over forskning på behandling av sykdommer som kun rammer kvinner og sykdommer som kan ramme ulikt avhengig av kjønn. De utvalgte kvinnesykdommene var de samme kvinnesykdommene som NOUen «Kvinnens helse i Norge» fra 1999 trakk fram som sykdommer det manglet forskning på.¹⁹

Blant forskningen på sykdommer som kun rammer kvinner finner de at svært mange omhandler reproduktiv helse, og over halvparten av oversiktene hadde fokus på kvinner i fertil alder. Samtidig finner de svært lite om andre kvinnesykdommer, og to av de utvalgte kvinnesykdommene var ikke omtalt i noen systematiske oversikter. Det var også 15 sykdommer som rammer ulikt for ulike kjønn som manglet oversikter med en separat analyse

¹⁷ Statistisk sentralbyrå (2022): *Kvinnens liv og helse siste 20 år*

¹⁸ Statistisk sentralbyrå (2022): *Kvinnens liv og helse siste 20 år*

¹⁹ [NOU 1999: 13 Kvinnens helse i Norge](#)

for kvinner. FHI konkluderer med at det finnes skuffende store kunnskapshull innenfor de utvalgte sykdommene også 23 år senere, og at det er store mangler i forskningen på yngre og eldre kvinner.²⁰

Tabell 1: Fordeling av systematiske oversikter og protokoller som omhandler behandling av sykdommer som kun rammer kvinner. Kilde: Folkehelseinstituttet (2022), bearbeidet av Menon Economics

Sykdom	Systematisk oversikt	Protokoll for systematisk oversikt
Menstruasjonsrelatert	63	13
Reproduktiv helse, prevensjon	17	1
Reproduktiv helse, fertilitet	297	27
Reproduktiv helse, graviditet og svangerskap	491	28
Reproduktiv helse, fødsel	165	5
Reproduktiv helse, barseltiden	89	8
Overgangsalder-relatert	114	9
Endometriose og adenomyose	54	7
Kroniske underlivssmerter, vulvodyni	3	-
Gynekologisk kreft	258	15
Andre sykdommer	165	18
To eller flere sykdommer samtidig	3	-

Det finnes mye forskning på de større sykdomsgruppene som muskel- og skjelettplager, psykiatri, hjerte- og karsykdommer og kreft. Likevel baseres ofte disse studiene på gitte aldersgrupper, og et stort flertall av studiene har en overvekt av menn. Det etterlyses derfor flere og bedre studier av disse sykdommene for kvinner i ulike livsfaser.²¹ SSB trekker også fram at når det gjelder sykdommer som rammer færre, men som har alvorlige konsekvenser for de som rammes, er det med unntak av reproduktive helseforhold et så lite datagrunnlag at det ikke er mulig å kommentere. Framover vil det være ekstra viktig å sette søkelys på helseplager og sykdommer der man ser markante negative endringer over tid.

2.3.2. Kunnskapshull i helseutdanninger

Manglende kompetanse i helsetjenesten om sykdommer og lidelser som rammer kjønnene ulikt kan føre til dårligere kvinnehelse. Om pasienter ikke får den nødvendige behandlingen, oppfølgingen og omsorgen de trenger, kan dette medføre at helseproblemene forblir ubehandlet eller forverres. Dette kan igjen medføre økt sykkelighet og dødelighet i befolkningen, samt et økt press på helsetjenestene som kunne vært unngått.

Nylig ble det gjennomført en kartlegging av hvilke krav som stilles i helseprofesjonsutdanninger når det gjelder kunnskap om kjønn og kvinnehelse blant de nasjonale retningslinjer for helseprofesjonsutdanninger og læringsutbyttebeskrivelser fra de enkelte studieprogrammene.²² Kartleggingen finner svært få tilfeller av at kjønn og kvinnehelse var tematisert. Basert på dette slo de fast at kvinne- og kjønnsperspektiver per dags dato ikke er systematisk integrert i helseprofesjonsutdanningene i Norge.

²⁰ Folkehelseinstituttet (2022): *Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner*

²¹ Statistisk sentralbyrå (2022): *Kvinner liv og helse siste 20 år*

²² Korsvik et al. (2020): *Kjønn og kvinnehelse i helseprofesjonsutdanninger*

2.3.3. Kompetanse om egen helse og om helsetjenesten

God helsekompetanse er en forutsetning for å kunne ta informerte valg rundt egen helse og behandling. Lav helsekompetanse er mer vanlig i grupper med lavere utdanning enn i befolkningen ellers, og er generelt forbundet med dårligere helse.²³

Plager i overgangsalderen

Overgangsalderen er i utgangspunktet en normal prosess og ingen sykdom. Overgangsalderen oppstår for mange kvinner rundt 50 årsalderen. Kvinner får varierende grader av symptomer og som følge av lavere østrogenmengde i kroppen. De vanligste plagene er unormal svetting, hetetokter, blødningsforstyrrelser, hjerteklapp, søvnforstyrrelser og urinveisplager. Psykiske symptomer som nedstemthet, ustabil stemningsleie og irritabilitet er også vanlig. Det anslås at tre av fire kvinner får en eller annen form for besvær knyttet til overgangsalderen. Det vil si at en av fire kvinner ikke har plager i det hele tatt. Samtidig regner man med at en av fire kvinner er sterkt plaget.

En undersøkelse gjennomført i England i 2016, fant at én av fire kvinner i overgangsalderen vurderte å forlate jobben på grunn av symptomene knyttet til overgangsalderen. Om dette er tilfelle også i Norge, er det snakk om et stort produksjonstap for samfunnet.

Hormonterapi kan gi en helsefremmende behandling for plagede kvinner. I en årrekke har imidlertid bruken av slik behandling, etter store oppslag om at behandlingen kan være kreftfremkallende. Nyere studier har ettertrykkelig motbevist at behandlingen er skadelig, men skepsisen er vanskelig å bli kvitt. Den manglende kunnskapen om behandlingen fører derfor til at mange kvinner har en dårligere helse, med smerter og plager som enkelt kunne ha vært unngått.

Kilder:

NHI (2022): Overgangsalderen

ICAEW Insight (2021): The economic cost of menopause transition

Enger (2023): Hormonterapi kan trygt brukes i overgangsalderen. [Link](#)

Blant innvandrerkvinner er det stor variasjon i helsekompetanse mellom ulike minoritetsgrupper, og spesielt når det gjelder kunnskap om kropp, seksualitet, prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner.²⁴ I tillegg kan man som nyankommet innvandrer mangle nødvendige språkkunnskaper og kjennskap til norsk helsevesen for å kunne orientere seg i de eksisterende tilbudene.

2.4. Svakheter i dagens helse- og omsorgstjenester rettet mot målgruppen

Det er geografiske forskjeller i helsetjenestetilbudet i Norge. Andre barrierer til helsetjenestene inkluderer blant annet språkferdigheter, kulturforskjeller og manglende kompetanse.

²³ Statistisk sentralbyrå (2022): *Kvinner liv og helse siste 20 år*

²⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2020): *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd*

2.4.1. Fragmentert tilbud og geografiske forskjeller

I forbindelse med nedsettelsen av kvinnehelseutvalget gjennomførte senter for klinisk dokumentasjon og evaluering en analyse av geografisk variasjon i bruk av utvalgte helsetjenester.²⁵ De viser blant annet til stor geografisk variasjon i antall inngrep for endometriose per 1000 kvinner i alderen 16-55 år – antall inngrep var eksempelvis fire ganger så høy for bosatte i Vestfold som i Førde og Nord-Trøndelag. Dette skyldes blant annet at Sykehuset i Vestfold har et sterkt kompetansemiljø på både sykdommen og operasjoner som blant annet gjennomføres i behandling av endometriose

Det er også svært stor geografisk variasjon i bruk av poliklinikker de første seks ukene etter fødsel. Bergen skiller seg ut med en særlig høy rate (92,7 prosent), noe som trolig skyldes at mange fødende ved Haukeland Universitetssjukehus reiser tidlig hjem etter fødsel.²⁶ Den geografiske variasjonen er også stor når det kommer til andelen barselkvinner som har hatt kontakt med kommunal jordmortjeneste i løpet av de første seks ukene etter utskrivelse.

Alle fødende skal tilbys hjemmebesøk av jordmor innen tre dager etter utskrivelse per sykehus, men analysen finner at den geografiske variasjonen er stor også her.²⁷ Mens det nasjonale gjennomsnittet var på omtrent 27 prosent, var det kun 7 prosent av fødende i Finnmark som hadde kontakt med kommunal jordmortjeneste innen tre dager etter utskrivelse.

Det er også geografiske forskjeller i hvilke tjenester som tilbys i ulike landsdeler. Eksempelvis finnes det tre vulvaklinikker i Norge – i Oslo, Trondheim og Tromsø. Klinikkerne tar ikke imot kvinner utenfor sitt helseforetak, noe som innebærer at kvinner bosatt i opptaksområdet til Helse Vest står uten et slikt tilbud.

2.4.2. Ulike årsaker til at eksisterende tilbud ikke benyttes

Oppsummert kan vi si at det for mange kvinner er en mismatch mellom behov og tilbud når det kommer til helse- og omsorgstjenester:

- Manglende kunnskap, språkferdigheter, sosiale ferdigheter og kulturelle barrierer fører til at en del kvinner ikke oppsøker og benytter helsetjenester i tilstrekkelig grad.
- Det er fortsatt et betydelig gap mellom de behov mange kvinner har mht. kvinnehelseutfordringer og det tilbudet som finnes lokalt gjennom både spesialisthelsetjenesten og kommunalt helse- og omsorgstilbud; tilbudet som eksisterer er ikke godt nok tilpasset de faktiske behovene hos deler av den kvinnelige befolkningen.

I sum bidrar dette altså til at det offentlige helse- og omsorgstilbudet ikke benyttes i tilstrekkelig grad, og at det dermed blir et gap mellom behov og tilbud som andre aktører, som Kvinnehelsehusene, må bidra til å fylle.

²⁵ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2022): Analyser til Kvinnehelseutvalget: Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester på utvalgte områder

²⁶ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2022): Analyser til Kvinnehelseutvalget: Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester på utvalgte områder

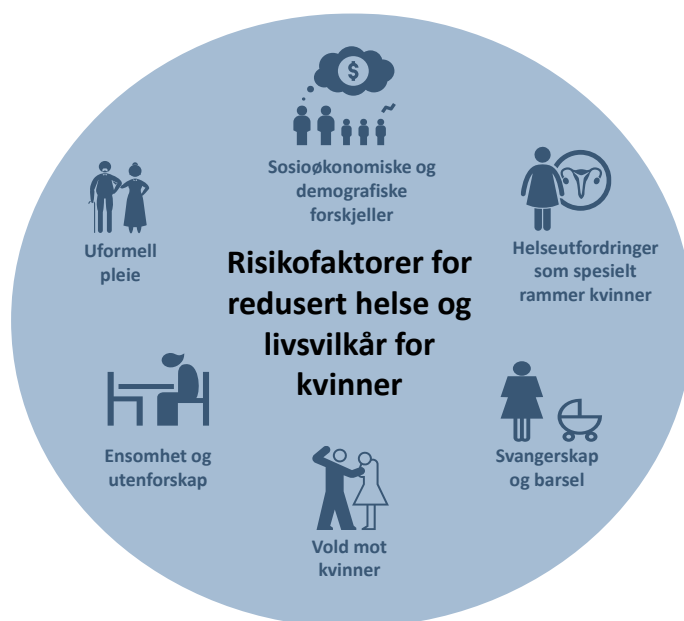
²⁷ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2022): Analyser til Kvinnehelseutvalget: Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester på utvalgte områder

3. Risikofaktor for relevante kvinnehelseutfordringer

Hva er de bakenforliggende årsakene til at kvinner i Norge i sum har dårligere helse i dag enn for 20 år siden? Dette er av betydning for analysen av hvordan N.K.S. Kvinnehelsehus kan bidra til å redusere samfunnsøkonomiske kostnader knyttet kvinnehelse. I dette kapittelet kartlegges og beskrives ulike risikofaktorer som utgjør en risiko for reduserte helse- og livsvilkår for kvinner.

3.1. Kort om risikofaktorer for redusert helse og livsvilkår for kvinner

Med risikofaktorer mener vi her ulike forhold eller hendelser i en kvinnes liv som bidrar til økt sannsynlighet for helsemessige utfordringer eller reduserte livsvilkår. Økt sannsynlighet for negative utfall innebærer samfunnskostnader. Tiltak som adresserer og motvirker risikofaktorene på en hensiktsmessig måte vil dermed redusere samfunnskostnadene, og bidra til samfunnsøkonomiske nyttevirkninger.



Sentralt for de vurderte risikofaktorene er at konseptet N.K.S. Kvinnehelsehus vil kunne bidra til å motvirke negative utfall knyttet til de ulike forholdene og hendelsene. Dette inkluderer både forebygging av at hendelser inntreffer, men også bidra til å dempe negative konsekvenser i tilfeller der risikofaktoren allerede er til stede. Konkret hvordan N.K.S. Kvinnehelsehus kan bidra til reduserte samfunnskostnader er vurdert nærmere i kapittel 5.

3.2. Sosiale og demografiske forskjeller

Sosiale forskjeller i helse- og omsorgstjenesten har lenge vært en kjent utfordring i Norge.²⁸ Personer med lavere sosioøkonomisk status har generelt svakere helse, men også et lavere forbruk av mange helsetjenester. Det er dokumentert at personer i denne gruppen lever med et udekket behov for helsehjelp.

²⁸ Sosial og helsedirektoratet (2005): Gradientutfordringen

3.2.1. Større helsemessige utfordringer for personer med lav sosioøkonomisk status

I Norge har de sosiale forskjellene økt de siste årene, og det ses at høy utdanning og god økonomi fortsatt er forbundet med færre problemer med helsen og med lengre levetid.²⁹ Nesten uavhengig av årsak er dødeligheten høyere blant personer med lavere sosioøkonomisk status, og derfor kan sosial ulikhet i helse sies å være et generelt fenomen.

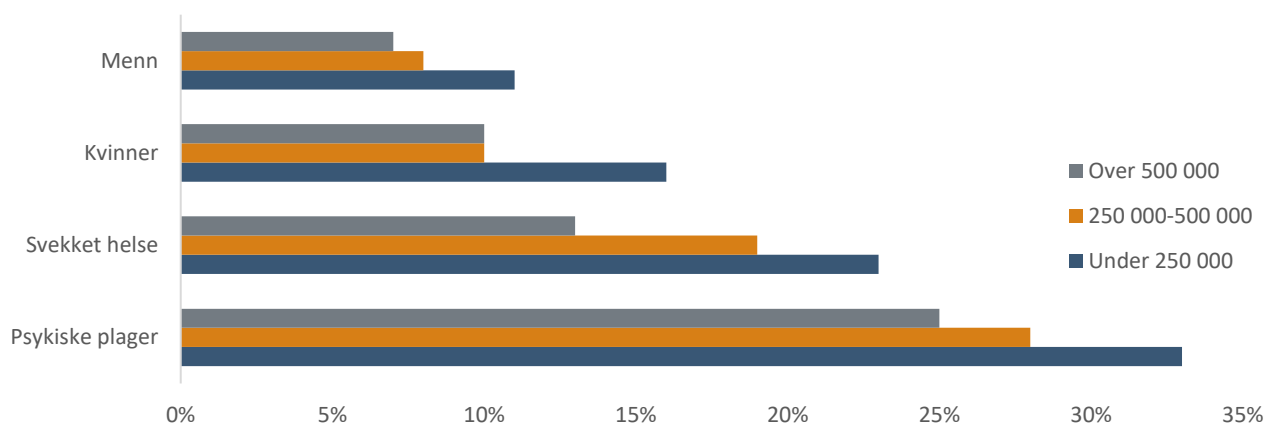
Vanlige forklaringer på sosial ulikhet i helse inkluderer:

- **Helseatferdsforklaringer:** Helseatferdsforklaringer tar utgangspunkt i at sosiale forskjeller i helse har sammenheng med forskjeller i atferd, som for eksempel røykevaner, alkohol og kosthold. Sykdomsutvikling er nært forbundet med livsstil og levevaner, og mennesker med ulik sosial status tar ulike livsvalg og anlegger ulike helseatferd.
- **Materielle forklaringer:** Materielle forklaringer tar utgangspunkt i hvordan mennesket daglig påvirkes av biologiske, kjemiske, fysiske og mekaniske belastninger, som luftkvalitet, sanitetsforhold, støy og ugunstige arbeidsstillinger. Materielle goder kan påvirke helsen fordi det er et grunnlag for hvilke ressurser man gis tilgang til.
- **Psykososiale forklaringer:** De psykososiale modellene forklarer sosial ulikhet i helse gjennom individets subjektive oppfatning av sosial status. Det er vist at personer med lav sosial status oftere har færre kognitive verktøy for å mestre stressende situasjoner, samtidig som de kan være mer utsatt for stress og uro. Psykososialt stress kan aktivere en rekke biologiske prosesser i kroppen som for eksempel økt inflammasjonsrespons, nedsatt immunfunksjon, hormonelle og epigenetiske forandringer, og raskere aldring.

3.2.2. Forskjeller i bruk av helsetjenester og udekket behov for helsetjenester

Figuren nedenfor viser at personer med lavere inntekt i gjennomsnitt opplever å ha et udekket behov for legehjelp, enn personer med høyere inntekt, særlig blant kvinner.³⁰ Opplevd udekket behov for legehjelp er spesielt høyt blant personer som har svekket helse eller sliter med psykiske plager.

Figur 3-1: Udekket behov for lege etter inntekt. Kilde: Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester, SSB (2021)



²⁹ [Sosial ulikhet og helse | Kreftregisteret](#)

³⁰ Lunde & Ramm (2021): Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. Statistisk sentralbyrå

Blant begrunnelsene som oppgis for hvorfor personene i undersøkelsen lever med et udekket behov for legehjelp, oppgir

- Én av fire at det tar for lang tid å få timeavtale
- Én av ti oppgir dårlig råd som grunn
- 7 prosent har problemer med transport eller reisevei
- Flest oppgir «andre grunner», herunder
 - o Knapphet på tid
 - o Frykt for hva legen skal finne
 - o Redsel for at det skal gjøre vondt

Undersøkelsen viser også at fire prosent av respondentene har et opplevd udekket behov for psykiske helsetjenester.³¹ I denne gruppen er det tre ganger så mange kvinner som menn, og flere med lav inntekt enn med høy inntekt.

3.3. Helseutfordringer som særlig rammer kvinner

Kvinnehelse er i fokus som aldri før, både i media og hos myndighetene. I 2022 ble det nedsatt et offentlig utvalg for å gjøre en grundig vurdering av kvinners folkehelse. Sanitetskvinnene har utarbeidet et omfattende innspillnotat og er representert i utvalget.³²

Fakta grunnlaget som har blitt utarbeidet i forbindelse med utvalgsarbeidet viser at utviklingen går feil vei på viktige områder: Til tross for en positiv utvikling i levealder, ser andelen kvinner med dårlig helse ut til å ha vært økende de siste 20 årene.³³ Økningen er spesielt sterk for yngre kvinner, mens den har vært gradvis synkende for eldre kvinner. Generelt har innvandrerkvinner dårligere egenvurdert helse enn kvinner uten innvandrerbakgrunn, men her er det store forskjeller mellom opprinnelsesland, innvandringsgrunn og botid i Norge.³⁴

I dag er de vanligste helseproblemene blant kvinner knyttet til reproduktiv helse, muskel- og skjelettplager og psykisk helse. Hjerter- og karsykdommer er også en stor årsak til helseplager for eldre kvinner.³⁵ I tillegg oppgir mange diffuse eller ubestemte symptomer på tvers av aldersgrupper, og gjentakende eller varig hodepine og rygg- og nakkesmerter er svært vanlig.³⁶

³¹ Lunde & Ramm (2021): Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. Statistisk sentralbyrå

³² <https://www.kvinnehelseutvalget.no/2022/09/27/ssb-rapport-kvinnens-liv-og-helse-siste-20-ar/>,
Innspill Sanitetskvinnene.pdf (regjeringen.no)

³³ Statistisk sentralbyrå (2022): Kvinnens liv og helse siste 20 år

³⁴ Statistisk sentralbyrå (2022): Kvinnens liv og helse siste 20 år

³⁵ [Muskel- og skjelettsykdom i Norge | Menon Economics](#)

³⁶ Statistisk sentralbyrå (2022): Kvinnens liv og helse siste 20 år

Vulvalidelser

Vulvalidelser er en samlebetegnelse for mange ulike sykdomstilstander i ytre kjønnsorganer og omfatter kroniske infeksjoner, hudsykdommer og vulvodynier. Det er usikkert hvor mange som er plaget med vulvalidelser. Internasjonale tall viser at omkring 10 til 15 prosent av kvinner rammes av vulvodyni. Vulvodyni kan oppstå hos kvinner i alle aldre, men hyppigst hos yngre kvinner. For å stille diagnosen er det ønskelig med et tverrfaglig samarbeid mellom gynekolog og hudlege, men dessverre er det tverrfaglige tilbudet i Norge begrenset.

Å leve med vulvalidelser kan være plagsomt for mange kvinner. Det er ofte smertefullt å ha på trange klær, for eksempel undertøy eller bukser. I tillegg til smertene, påvirker også det intime samlivet.

Mange kvinner som opplever vulvalidelser og smertene som følger med, opplever at de står helt alene med det. Vulvalidelser er lite pratet om og de fleste vet ikke at det er mange andre som sliter med akkurat det samme. Dette er en av årsakene til at mange venter lenge med å oppsøke hjelp.

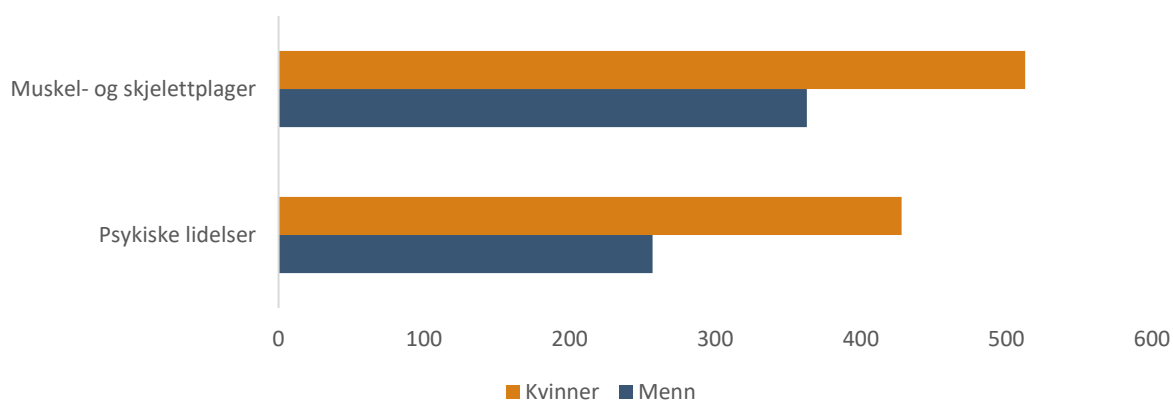
Kilder:

NHI (2022): Vulvodyni

<https://vulva.no/pasient/sykdommer-og-tilstander/vulvodynier/>

Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken for at kvinner oppsøker fastlegen. Over 17 prosent av alle konsultasjoner faller innenfor denne kategorien, og andelen er særlig høy for kvinner i aldersgruppen 50 til 66. Muskel- og skjelettplager er også den vanligste grunnen til å få innvilget uføretrygd for middelaldrende og eldre kvinner.³⁷

Figur 3-2: Antall konsultasjoner hos fastlegen per 1000 innbyggere, etter utvalgte diagnosegrupper og kjønn, 2021. Kilde: SSBs kildetabell 10141, bearbeidet av Menon Economics



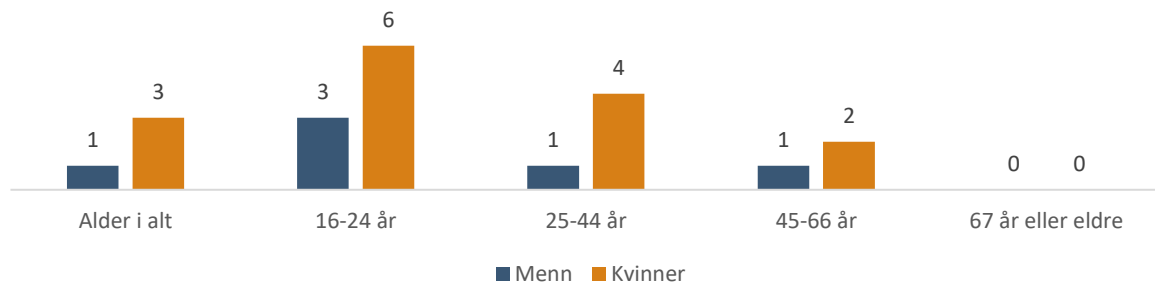
Kvinner er generelt mer utsatt for psykiske vansker, og dobbelt så mange unge kvinner som menn møter utfordringer med angst og depresjon.³⁸ Blant kvinner mellom 18 og 39 år er det psykiske helseplager som oppgis

³⁷ Statistisk sentralbyrå (2022): *Kvinnens liv og helse siste 20 år*

³⁸ [Helsesituasjon og kjønn | Bufdir](#)

som den vanligste årsaken for uføretrygd. I tillegg oppgir flere kvinner enn menn, og spesielt unge og de med husholdningsinntekt under 250 000 kroner, et udekket behov for psykolog eller psykiater.³⁹

Figur 3-3: Andel med udekket behov for psykisk helsehjelp (prosent) etter kjønn og alder, 2019. Kilde: SSBs kildetabell 06182, bearbeidet av Menon Economics



Kvinnens reproduktive livsløp har gjennomgått store endringer over de siste generasjonene. Kvinner føder både færre barn og senere i livet enn tidligere, og andelen kvinner som blir mødre er synkende.⁴⁰ Blant annet ser man en økning i andel barn som fødes etter assistert befruktning fra to prosent i 2000 til over seks prosent i 2020. Høy alder hos førstegangsfødende øker også risikoen for blant annet svangerskapsforgiftning og svangerskapsdiabetes.

Seksuell og reproduktiv helse

Reproduktiv og seksuell helse er nært knyttet til hverandre, og en helhetlig tilnærming krever bevissthet om begge. Seksuell uhelse kan gi konsekvenser for reproduktiv helse, blant annet er det økt risiko for ufrivillig barnløshet og spontanaborter knyttet til 28 seksuelt overførbare infeksjoner hos kvinner spesielt. Ufrivillig barnløshet eller komplikasjoner etter fødsel er eksempler på at utfordringer knyttet til reproduktiv helse kan gi negative innvirkninger på seksuell helse.

Seksuell helse tematiseres i liten grad i helse- og omsorgstjenestene med mindre det knyttes direkte eller indirekte til reproduksjon. Selv om problemstillinger knyttet til reproduktiv helse i høyeste grad påvirker seksuell helse og livskvalitet, handler seksuell helse om mer enn reproduksjon.

Ideelle organisasjoner og bruker- og interesseorganisasjoner har alltid vært viktige aktører innen feltet seksuell helse og er viktige samarbeidspartnere for Helsedirektoratet, kommuner og andre aktører. I tilfeller der sivilsamfunnsaktører representerer en særskilt bruker- eller interessegruppe vil de gjennom å delta i offentlige prosesser kunne sikre reell brukermedvirkning og bidra med likepersonarbeid overfor grupper som trenger et slikt tilbud. Flere av tilbudene når også grupper med særlig sårbarhet for seksuell uhelse, som vanskeligere nås gjennom de ordinære helsetjenestene.

³⁹ Statistisk sentralbyrå (2022): *Kvinnens liv og helse siste 20 år*

⁴⁰ [Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtperioden | FHI](#)

3.4. Svangerskap og barsel

Svangerskap og barsel er en periode i kvinners liv som er sårbar. Utfallet av denne perioden kan ha langvarige virkninger for både mor og barn. Det er en utfordring i dag at det ikke tilbys nok støtte til mor i denne perioden.

3.4.1. Behov for støttetilbud i en sårbar periode

Selv om de fleste norske kvinner går gjennom graviditet og fødsel uten å oppleve alvorlige og eller langvarige helseutfordringer, er svangerskap, fødsel og barseltid en periode som preges av fysiske og psykiske påkjenninger. Svangerskaps- og barselperioden er en sårbar periode for alle kvinner som får barn.⁴¹

Svangerskapskvalme, blødninger, rifter etter fødsel, bekkenbunnsplager, bekkenleddsmerter, urinlekkasjer, sårhet og betennelse i forbindelse med amming, psykisk stress og bekymringer er eksempler på helsemessige påkjenninger som kvinner erfarer gjennom svangerskap, fødsel og i tiden etter fødsel. For mange er plagene etter en fødsel ubehagelige, men kortvarige og forbigående. Andre kvinner opplever alvorlige helseutfordringer før og etter fødsel, som vedvarer og gir store smerter og funksjonsnedsettelse. Også mindre alvorlige komplikasjoner kan medføre at kvinner føler på betydelig skam, som gir begrenset livsutfoldelse.

Alenemødre og innvandrerkvinner trekkes av Kvinnehelseutvalget frem som særskilt sårbare. Antall alenemødre er nær doblet i perioden 2005 til 2021, det viser tall fra Kvinnehelseutvalget sin rapport. Innvandrerkvinner har høyere risiko enn gjennomsnittsbefolkningen for fødselskomplikasjoner og dødfødsel. Årsaken til den økte risikoen blant innvandrerkvinner må sees i sammenheng med kompetanse om egen helse, og kjennskap til relevante behandlingstilbud.

Kombinasjonen av nedgang i antall fødsler og økt kompleksitet i fødepopulasjonen har ført til svakere økonomi, i et allerede presset fødetilbud.⁴² Konsekvensene har vært nedleggelse av fødestuer og et høyt arbeidspress på ansatte.⁴³ Mangelen på kapasitet i den offentlige helsetjenesten, kan føre til at kvinner skrives ut raskere og i større grad blir overlatt til seg selv i en sårbar periode.

3.4.2. Svangerskapsomsorg og betydning for fysisk og mental helse

Flere norske studier viser at utfordringer og samfunnskostnader knyttet til mangler i det offentlige tilbudet til kvinner i forbindelse med barsel er betydelige selv i 2022.⁴⁴ Dette gjelder både for mor og barns helsetilstand.

Flere studier, også fra Norge, viser at manglende svangerskapsomsorg kan føre til for tidlig fødsel eller dødfødsel. En studie av fødende kvinner i Norge som fikk liten eller ingen offentlig omsorg og oppfølging under svangerskapet (såkalte papirløse kvinner) viser store at dette får store helsemessige konsekvenser: Kvinnene som deltok i studien opplevde 1 prosent dødfødsler, mot 0,3 prosent gjennomsnitt for norske kvinner med

⁴¹ NOU 2023: 5: Den store Forskjellen, Helse- og omsorgsdepartementet (2023). [Link](#)

⁴² Helsedirektoratet (2020): Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem. [Link](#)

⁴³ [To til fire fødestuer stenges på OUS: Jordmødre erfarer et voldsomt arbeidspress | Sykepleien](#)

⁴⁴ Se bl.a. Store forskjeller i barselomsorg - Forskning, Spesialisthelsetjeneste - Dagens Medisin Eberhard-Gran, M., Engelsen, L. Y., Al-Zirqi, I. & Vangen, S.. (2022). Depressive symptomer og fødselsopplevelse hos spedbarnsmødre under covid-19-pandemien. Tidsskrift for Den norske legeforening (3). doi: 10.4045/tidsskr.21.0450. <https://tidsskriftet.no/2022/02/originalartikkel/depressive-symptomer-og-fodselsopplevelse-hos-spedbarnsmoedre-under-covid>

Holmboe, O. & Sjetne, I. S. (2018). Brukeres erfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017 (PasOpp.rapport nr 2018:46). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/brukeres-erfaringer-med-fodsels--og-barselomsorgen-i-2017/>

offentlig svangerskapsomsorg og oppfølging. 10,3 prosent av disse kvinnene endte opp med for tidlig fødsel, mot 5,6 prosent gjennomsnitt for fødsler eller i Norge.⁴⁵

I Storbritannia har det blitt gjennomført omfattende samfunnsøkonomiske analyser av mor/barn-tilbud til fødende kvinner. Særlig tilbud til kvinner i mer utsatte grupper viser seg å være effektivt.⁴⁶ Studien viste at fødselsdepresjon medfører samfunnskostnader fra 250 000 til 500 000 kroner per år for de som rammes hardest (samlede samfunnskostnader i form av helsetjenestekostnader, tap av helse/livskvalitet og tapt arbeid).

Også barna rammes av mors fødselsdepresjon. Dette gir enda større samfunnskostnader for barna som blir mest rammet: de samfunnsøkonomiske kostnadene kan komme opp i 600 000 kroner per år pga. ekstra helsetjenestekostnader, tap av helse og livskvalitet samt arbeidsuførhet.

3.5. Vold mot kvinner

Vold mot kvinner er et omfattende samfunnsproblem. Nye omfangsundersøkelser i Norge dokumenterer at vold mot kvinner er utbredt og gir alvorlige og langvarige negative konsekvenser for voldsutsattes helse og arbeidsdeltakelse. Dette medfører store samfunnsøkonomiske tap, og rapportene er tydelige på at det er behov for et utvidet tilbud av støtteapparat for kvinner som opplever vold.

3.5.1. Omfang av vold og overgrep mot kvinner i Norge

En nylig publisert studie fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) viser at én av fem kvinner i Norge oppgir å ha blitt voldtatt.⁴⁷ Funnene fra denne undersøkelsen viser at vold og overgrep fremdeles er et alvorlig samfunnsproblem i Norge. Omfanget er høyt i befolkningen, og kvinner er særlig utsatt for alvorlig vold i nære relasjoner og seksuell vold.

Kun en liten andel av voldstilfellene var kjent for politi og rettsvesen, og under halvparten av de utsatte hadde snakket med helsepersonell om det de hadde vært utsatt for. Utsatte rapporterte ofte at de hadde opplevd flere typer vold og overgrep, og det var en sammenheng mellom å være utsatt i barndommen og å oppleve vold og overgrep i voksen alder.

Totalt er menn mer utsatt for voldskriminalitet enn kvinner, men kvinner er overrepresentert i statistikken for seksuell vold og vold i nære relasjoner. Andelen kvinner som utsettes for voldskriminalitet har vært jevnt økende siden 2014, men har avtatt noe de siste to årene. Over fire av fem utsatte i anmeldte seksuallovbrudd og to av tre utsatte for mishandling i nære relasjoner er kvinner. Til tross for at over halvparten av drapsofre i Norge er menn, er så mange som 8 av 10 ofre for partnerdrap kvinner.⁴⁸

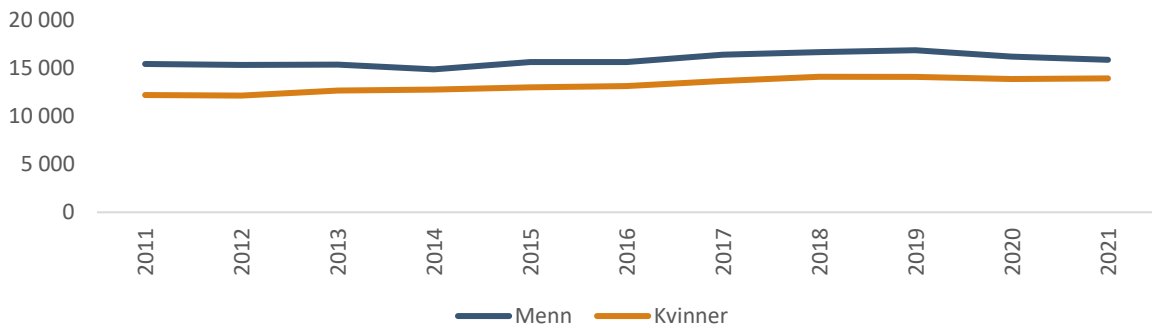
⁴⁵ Eick et. al, 2022: *Use of non-governmental maternity services and pregnancy outcomes among undocumented women: a cohort study from Norway - PMC (nih.gov), Papirløse kvinner får ikke god nok oppfølging under svangerskapet - Institutt for helse og samfunn (uio.no)*

⁴⁶ Bauer, A., Knapp, M. & Adelaja, B. (2016). *Best Practice for Perinatal Mental Health Care: The Economic Case (PSSRU Discussion Paper DP2913)*. London School of Economics. <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/reports/best-practice-for-perinatal-mental-health-care>

⁴⁷ NKVTS (2023): *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen*. [Link](#)

⁴⁸ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Kjonnsliekestilling/Vold_og_kjonn/Utsatthet_for_vold/

Figur 3-4: Personofre for vold og mishandling i anmeldte lovbrudd, 2011-2021. Kilde: SSB kildetabell 08638, bearbejdet av Menon Economics

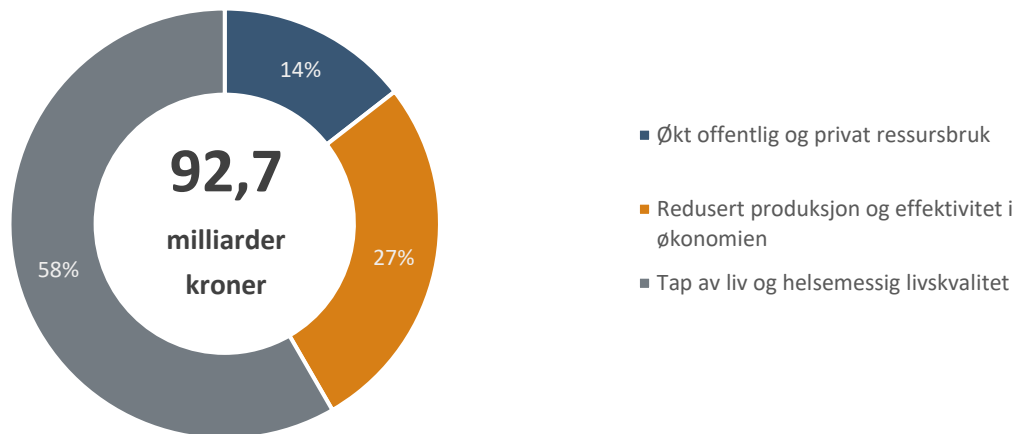


Kvinner mottar både flere trusler om vold og er mer urolige for å bli utsatt for vold eller trusler i nærmiljøet. Kvinner i alderen 16-24 år er den gruppen som er mest urolig for å bli utsatt for vold eller trusler, og er også den gruppen som i størst grad utsettes for trusler. Over tid ser man en sterk reduksjon i andelen kvinner over 67 som er urolige for vold eller trusler.⁴⁹

3.5.2. Vold som en risikofaktor for kvinners helse og livsvilkår

På oppdrag for Justis- og beredskapsdepartementet har Menon nylig beregnet samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til vold i nære relasjoner.⁵⁰ Total estimeres samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner i Norge å utgjøre 92,7 milliarder kroner for 2021.

Figur 3-5 Forventede samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til vold i nære relasjoner i Norge i 2021



Tap av liv og helsemessig livskvalitet. 58 prosent av de samfunnsøkonomiske kostnadene bæres av innbyggerne som opplever vold, i form av tidlig død og svekket helsemessig livskvalitet. Konsekvensene av volden er anslått til et tap av nær 40 000 kvalitetsjusterte leveår til voldsutsatte, voldsutøver og pårørende i 2021. Dette tilsvarer

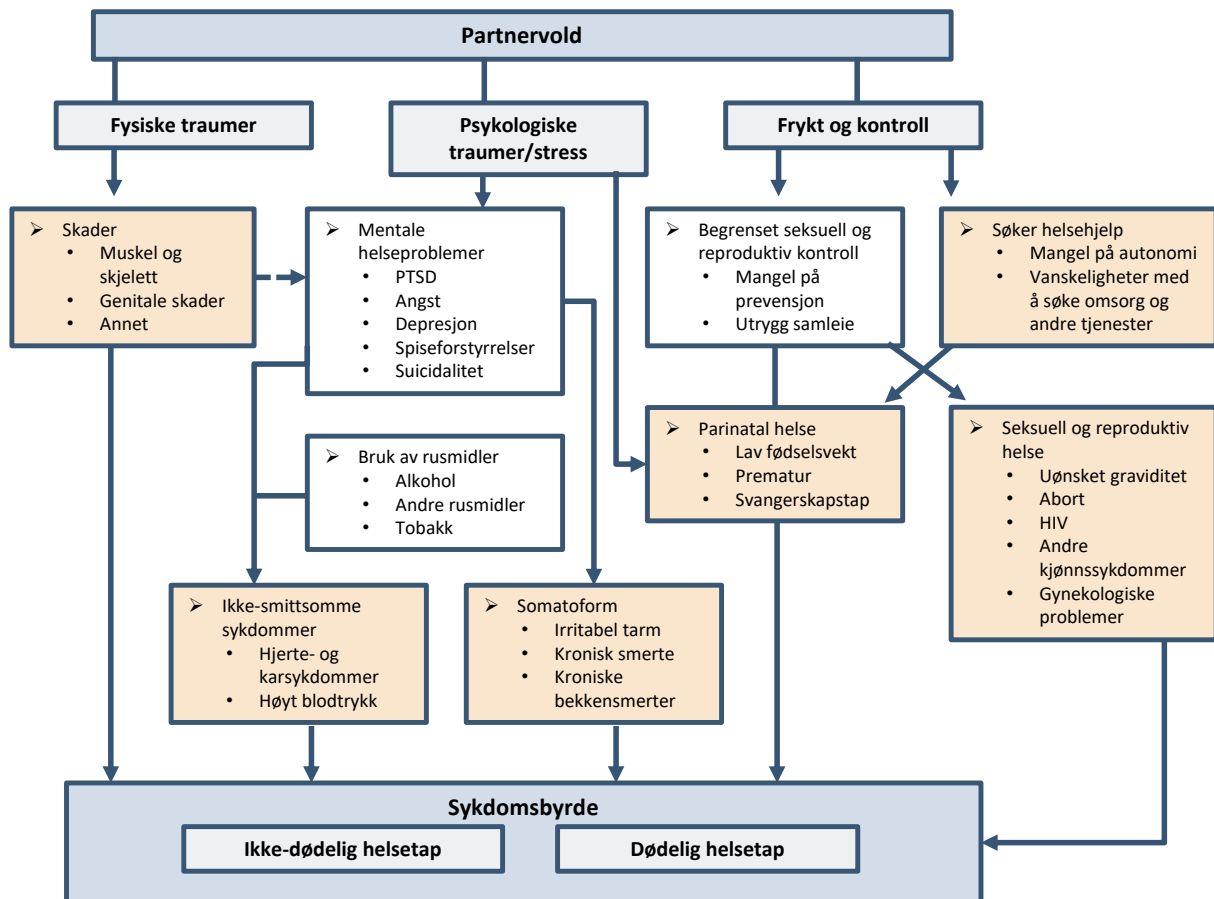
⁴⁹ SSBs kildetabell 04621

⁵⁰ Menon Economics (2023) Samfunnskostnader av vold i nære relasjoner. [Link](#)

et forventet samfunnsøkonomisk tap til en verdi av om lag 54 milliarder kroner. Mer enn 80 prosent av de helsemessige konsekvensene er knyttet til vold mot kvinner.

I en rapport fra WHO er det skissert et kart for hvordan partnervold fører til økt sykdomsbyrde for den voldsutsatte. Skissen som er gjengitt i figuren nedenfor viser hvordan vold gir et komplekst konsekvensbilde for en rekke negative helseutfall for den som rammes.

Figur 3-6: Konsekvenser og helseeffekter av partnervold. Kilde: WHO⁵¹

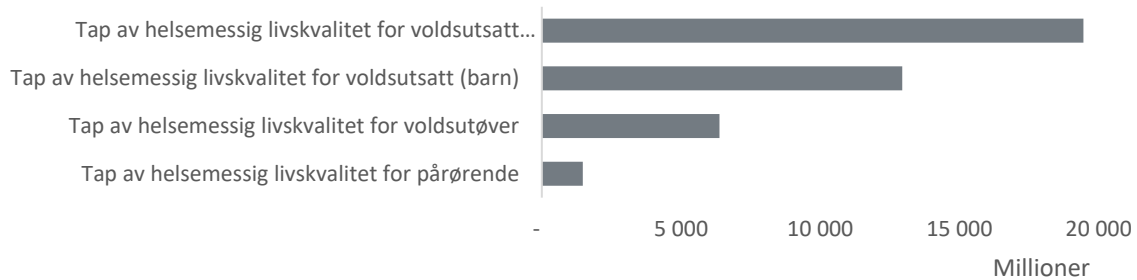


Tap av kvalitetsjusterte leveår grunnet redusert helsemessig livskvalitet er anslått til en samfunnsøkonomisk verdi på 36,3 milliarder kroner. Om lag 50 prosent av det ikke-dødelige helsetapet blant voksne kan forklares med økt omfang av psykisk uhelse, som depresjon, angst og spiseforstyrrelser. Negative helseutfall knyttet til økt bruk av alkohol, tobakk og andre rusmidler har også en vesentlig betydning for voldsfarenes reduserte helsemessige livskvalitet. De negative helsemessige konsekvensene kan ofte være langvarige. Helsetapet som beregnes for 2021 kan derfor være knyttet til voldshendelser som ligger flere år tilbake i tid.

Å være pårørende til personer som rammes av vold i nære relasjoner kan være en krevende situasjon, og også gi økt risiko for negative helsemessige konsekvenser for de pårørende. I våre beregninger bærer pårørende om lag 4 prosent av det ikke-dødelige helsetapet.

⁵¹ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf

Figur 3-7: Ikke-dødelig helsetap knyttet til vold i nære relasjoner, fordelt på bærer av helsetapet, for 2021. Verdi i millioner 2021-kroner



Redusert produksjon og effektivitet. Vold i nære relasjoner påvirker verdiskapingen i samfunnet negativt, ved at voldsutsatte, voldsutøver og pårørende som ellers ville vært i jobb holdes helt eller delvis utenfor arbeid. Denne virkningen er anslått til 25,2 milliarder kroner i 2021. Det vil si at norsk brutto nasjonalprodukt ville vært 0,8 prosent høyere i fravær av vold i nære relasjoner. Kostnadene er fordelt på personene som opplever vold i form av lavere inntekt, norske bedrifter i form av redusert overskudd og staten knyttet til økte trygdeutbetalinger og redusert skatt.

Offentlig og privat ressursbruk. Den offentlige og private ressursbruken beskriver innsatsen vi som samfunn investerer i å dempe de negative konsekvensene av vold i nære relasjoner. Den samlede ressursbruken anslås til 13,4 milliarder kroner, som tilsvarer om lag 14 prosent av de samlede kostnadene knyttet til vold i nære relasjoner. Frivillig, ulønnet arbeid i organisasjoner og fra pårørende er anslått til 2,3 milliarder kroner, mens 11,1 milliarder kroner er knyttet til offentlig finansiert innsats fordelt på ulike sektorer og organisasjoner.

3.5.3. Behov for helhetlig oppfølging

Både Menon og NKVTS konkluderer med at det er behov for økt prioritering av voldsforebyggende arbeid, samt et utvidet tilbud til de som rammes av vold.

I Menon-rapporten fremheves behovet for økt innsats for å forebygge de negative konsekvensene knyttet til vold i nære relasjoner, sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det vises til det faktum at samfunnsproblemet er stort og flere deler av norsk offentlig sektor har en relativt lav ressursbruk sett opp mot størrelsen på samfunnsproblemet.

Dette aktualiserer spørsmålet om vold i nære relasjoner bør prioriteres høyere enn det gjøres i dag. For å ha et godt svar på dette spørsmålet må man både forstå hvilke muligheter man har for å forebygge vold i nære relasjoner og hvilken effekt de forebyggende tiltakene man kan iverksette har på omfanget av vold i nære relasjoner. Det er blant annet viktig å påpeke at det gjøres mye for å øke nasjonalt og lokalt forebyggingsarbeid.

I 2021 presenterte NKVTS på oppdrag fra Ligestillings- og diskrimineringsombudet rapporten *Kommunenes helhetlige arbeid med vold mot kvinner og vold i nære relasjoner*. Rapporten undersøker hvordan kommunene arbeider for å forebygge vold mot kvinner og vold i nære relasjoner gjennom å avdekke, avverge og bistå de voldsberørte. De fant blant annet at alle syv utvalgte kommuner hadde utfordringer med å gi et tilbud til spesielt

risikoutsatte grupper. Risikoutsatte grupper inkluderer blant annet kvinner i aktiv rus og kvinner med fysiske og psykiske funksjonsutfordringer.⁵²

Rapporten fant også at store kommuner har ofte mer kompetanse og ressurser, men tjenestene risikerer å bli fragmenterte. Små kommuner har korte tjeneste- og samarbeidsveier, men til gjengjeld færre ressurspersoner å spille på.

Forskerne bak NKVTS-undersøkelsen peker på viktige satsingsområder når det gjelder forebygging og håndtering av vold og overgrep i Norge. De argumenterer for at det bør forebygges fra tidlig alder, fordi volden ser ut til å ramme en betydelig andel av befolkningen allerede i barndommen. Samtidig må forebygging skje på flere nivå, og voldsutsatte må få tilstrekkelig hjelp og støtte i etterkant.

Rapporten pekte på at voldsarbeid sjelden er institusjonalisert i kommunenes ordinære hjelpearbeid, og at ulike grupper er avhengige av både krisesentre og hjelpetiltak fra sivilsamfunnet for å ha et tilfredsstillende tilbud. Kommunene hadde mindre fokus på hvilke tilbud og tjenester som gis voldsutsatte som trenger oppfølging over tid, og manglet god samordning av eksisterende tjenester – spesielt for utsatte som er i reetableringsfasen.

3.6. Ensomhet og utenforskap

Ensomhet beskrives som følelsen av å være alene, uavhengig av mengden av sosial kontakt. Over de siste årene har det blitt publisert flere forskningsartikler som studerer de helsemessige effektene av ensomhet.

3.6.1. Ensomhet og betydning for helse og livsvilkår

Nyere forskning har vist at ensomhet er en betydelig påvirkningsfaktor for et bredt spekter av ulike fysiske og psykiske helsetilstander.⁵³ Dette inkluderer tilstander som høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer, fedme, svekket immunforsvar, angst, depresjon, kognitiv svikt, Alzheimers sykdom og økt dødelighet.⁵⁴

De negative helsemessige effektene av ensomhet ble for alvor satt på den internasjonale agendaen etter en stor metastudie fra 2010 som viste en sterk sammenheng mellom ensomhet og dødelighet.⁵⁵ Studien som omfattet en gjennomgang av 148 studier og mer enn 300 000 deltakere, viste at personer med sterke sosiale relasjoner hadde 50 prosent større sjans for å overleve studieperioden med gjennomsnittlig lengde på 7,5 år. Funnene var stabile på tvers av bakgrunnsvariabler som alder, kjønn, opprinnelig helsestatus, dødsårsak og studieperiode.

Kraften av de negative helseeffektene av ensomhet kan ifølge forskerne sammenlignes med å røyke 15 sigaretter daglig. Det vil si at ensomhet utgjør en større helsemessig risiko enn flere velkjente risikofaktorer, slik som fedme og fysisk inaktivitet.

Det amerikanske senteret for sykdomskontroll og forebygging (CDC) beskriver ensomhet som en betydelig risiko for folkehelsen. CDC viser at nyere studier har dokumentert en rekke negative virkninger av ensomhet⁵⁶:

⁵² Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2021). *Kommunenes helhetlige arbeid med vold mot kvinner og vold i nære relasjoner*

⁵³ Cacioppo & Cacioppo (2018): *The growing problem of loneliness. The Lancet*

⁵⁴ [Social isolation, loneliness in older people pose health risks | National Institute of Ageing](#)

⁵⁵ Holt-Lunstad, Smith, & Layton (2010): *Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review*

⁵⁶ [Loneliness and Social Isolation Linked to Serious Health Conditions | Centers for Disease Control and Prevention](#)

- Sosial isolasjon gir en signifikant økning i individets risiko for prematur død for alle dødsårsaker, hvor risikoen kan sammenlignes med røyking, fedme og fysisk inaktivitet.
- Sosial isolasjon er assosiert med en 50 prosent økning i risikoen for demens.
- Svake sosiale relasjoner er assosiert med en 29 prosent økning i risikoen for hjerte- og karsykdom, og 32 prosent økt risiko for slag.
- Ensomhet er assosiert med økt grad av depresjon, angst og selvmord.
- Ensomhet er blant hjertesviktpasienter assosiert med 4 ganger høyere risiko for død, 68 prosent høyere risiko for innleggelse på sykehus og 57 prosent økt risiko for akutte legebesøk.

Ensomhet for stadig større oppmerksomhet, både i politikk og media. Regjeringen lanserte i 2019 en strategi for å forebygge ensomhet, som del av Folkehelsemeldingen.⁵⁷ I meldingen understrekes behovet for mer kunnskap. En strøm av ny forskning og nye bøker om temaet har sett dagens lys.

3.6.2. Hvem er de ensomme i Norge?

En nylig analyse fra SSB viser at om lag 11 prosent av den norske befolkningen er til enhver tid mye plaget av ensomhet.⁵⁸ Kvinner er i snitt noe mer ensomme enn menn, men det er ikke store forskjeller mellom kjønnene. Innenfor andre bakgrunnsvariabler er det imidlertid betydelige forskjeller knyttet til ensomhet.

Flere undersøkelser tyder på en langsiktig økning av ensomhetens utbredelse blant norsk ungdom. For unge i alderen 13-19 år viste Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Ung-HUNT) økt ensomhet fra midten av 1990-tallet fram til 2006-2008.⁵⁹ Pisa-undersøkelsene i perioden 2003-2018 tyder på at flere unge i 15-årsalderen føler seg ensomme på skolen, og oftere opplever at de blir holdt utenfor, er annerledes og ikke passer inn.⁶⁰

I SSBs livskvalitetsundersøkelse fra 2020 ser vi også at det er de yngste aldersgruppene som er hardest rammet av ensomhet (se figuren nedenfor). Mens ensomheten synker nokså jevnt med alderen blant menn, øker andelen som er plaget på slutten av livsløpet blant kvinner, for dem over 75 år. Dette er i samsvar med tidligere forskning.⁶¹ Kjønnforskjellene har sannsynligvis sammenheng med forskjeller i samlivsstatus. Mens nær to av tre menn 80+ lever i parforhold, gjelder det bare én av fire kvinner i samme alder.⁶²

Undersøkelsen viser at personer som lever i en vanskelig økonomisk situasjon, har helsemessige utfordringer, eller står utenfor arbeidsstyrken er betydelig mer utsatt for ensomhet. Dette er kjennetegn som i mange tilfeller henger tett sammen, og er mest utbredt i grupper med lav sosioøkonomisk status.

Innenfor innvandringsbakgrunn, ser vi at andelen som plages av ensomhet er særlig høy blant kvinner med andregenerasjonsinnvandrerbakgrunn (norskfødt med to innvandrerforeldre). Om lag hver tredje kvinne i denne gruppen er plaget av ensomhet.

⁵⁷ [Meld. St. 19 \(2018-2019\) Folkehelsemeldinga - Gode liv i et godt samfunn | Helse- og omsorgsdepartementet](#)

⁵⁸ [Blir vi stadig mer ensomme? | SSB Analyse 2021/08](#)

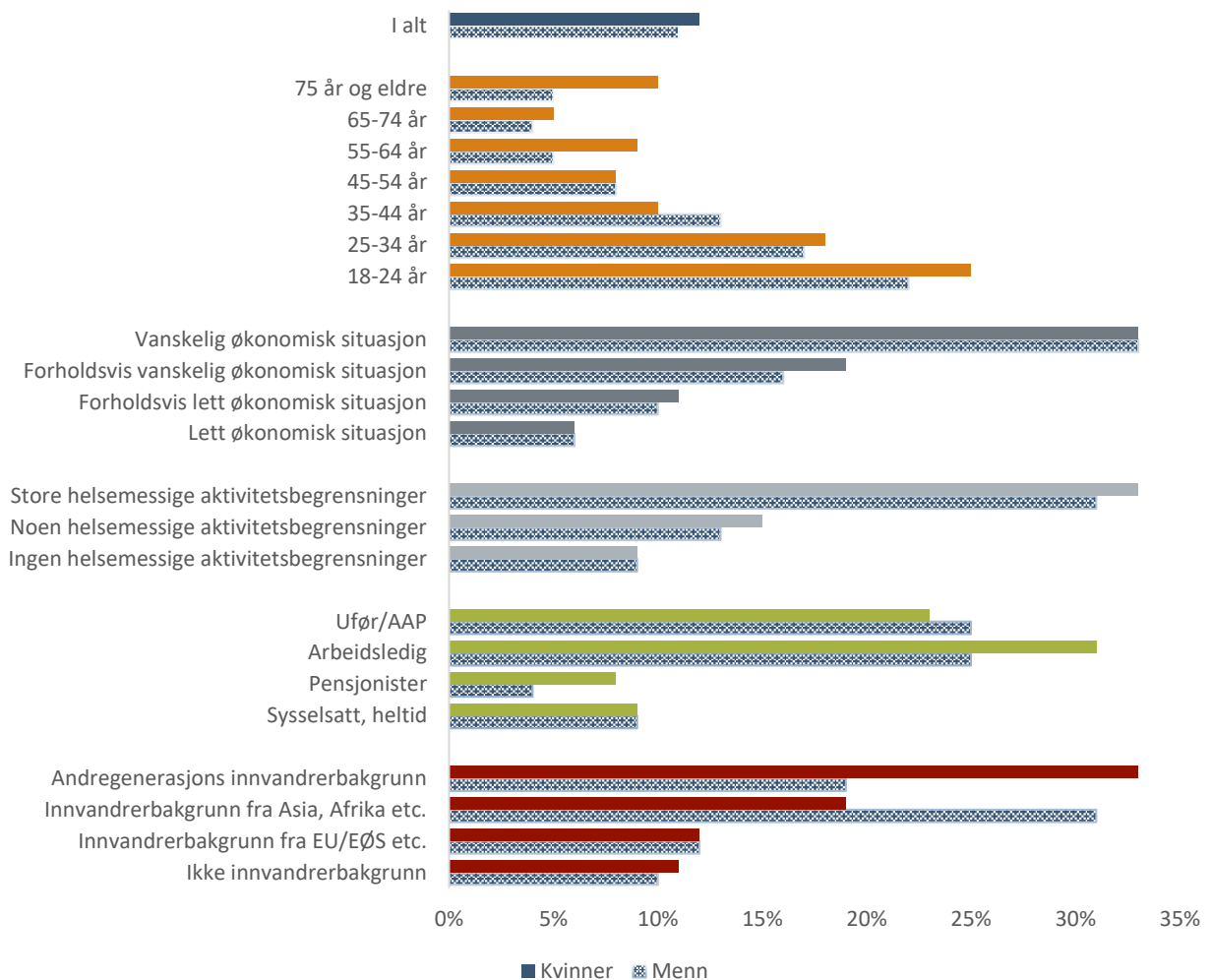
⁵⁹ Krokstad & Knudtsen (2011): *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag, HUNT Forskningscenter NTNU*

⁶⁰ Jensen et al. (2019): *PISA 2018: Norske elevers kompetanse i lesing, matematikk og naturfag*

⁶¹ Barstad & Sandvik (2015): *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene. SSB*

⁶² [1 av 3 eldre bor alene | SSB](#)

Figur 3-8: Andel som er mye plaget av ensomhet siste 14 dager etter ulike bakgrunnsvariabler i 2020. Kilde: SSB



3.6.3. Tiltak- og ressursbruk for å motvirke marginalisering og utenforskap

Det brukes mye ressurser på å forebygge og dempe omfanget av marginalisering og utenforskap i det norske samfunnet. I en nylig kartlegging gjennomført av Oslo Economics finner de en samlet offentlig ressursbruk på 314 milliarder kroner i 2021 rettet mot risikofaktorer for marginalisering, samt tiltak som avdemper marginalisering og utenforskap. Den samfunnsøkonomiske kostnaden av den offentlige ressursbruken estimeres til 150 milliarder kroner i 2021.⁶³ Samtidig konkluderer rapporten med at de store kostnadene som følge av marginalisering og utenforskap tilsier at det er behov for å justere ressursinnsatsen, og på sikt rette den inn tidligere i marginaliseringsforløpet, der muligheten til å påvirke utfallet er større.

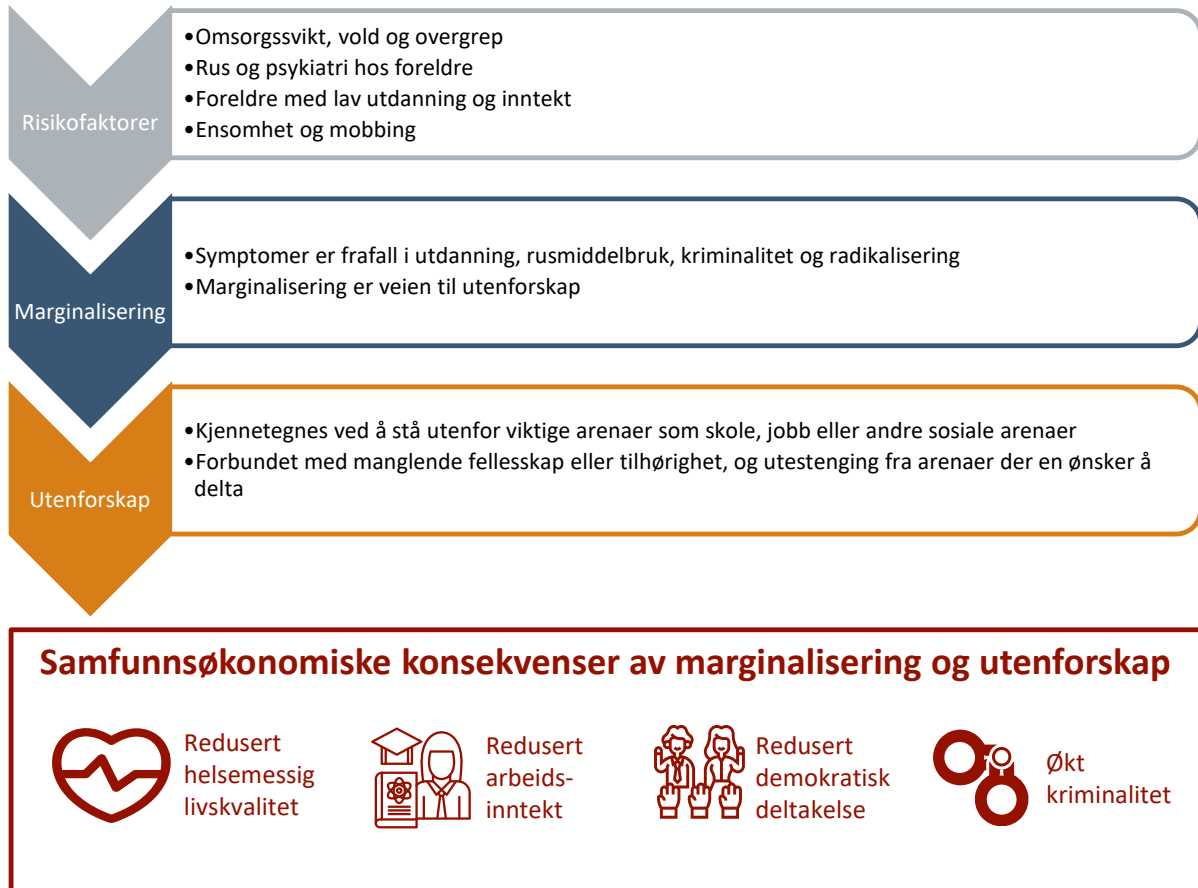
Ensomhet, i tillegg til faktorer som rusmisbruk hos foreldre, omsorgssvikt, vold og overgrep, beskrives som viktige risikofaktorer for marginalisering og utenforskap. Nylig er det vedtatt med flertall på Stortinget å øke innsatsen mot ensomhet i samfunnet.⁶⁴ Representantforslaget fra Høyre gikk ut på å utarbeide en handlingsplan mot

⁶³ Oslo Economics (2022): Samfunnsøkonomisk vurdering av marginalisering og utenforskap

⁶⁴ [Flertall på Stortinget for tiltak mot ensomhet | Dagsavisen](#)

ensomhet, samt styrke forskning og samarbeid mellom ulike samfunnsaktører. Det vises til en Røde Kors-rapport som viser at én av fire er mer ensomme enn før pandemien.⁶⁵

Figur 3-9: Illustrasjon på konsekvenskjede for ensomhet og andre risikofaktorer for marginalisering og utenforskap



Figuren overfor illustrerer dynamikken i hvordan ensomhet og andre risikofaktorer påvirker marginalisering og utenforskap, med negative samfunnsøkonomiske konsekvenser. En viktig innsikt er at symptomer på utenforskap hos foreldre (e.g. rusmisbruk, psykiatri, lav utdanning og lav inntekt) er sentrale risikofaktorer for barn. Dette gir konsekvensene av marginalisering og utenforskap en selvforsterkende kraft over tid.

Frivillige og ideelle organisasjoner spiller en viktig rolle i mobilisering mot ensomhet.⁶⁶

3.7. Uformell pleie

Arbeid knyttet til pleie- og omsorgsoppgaver fra pårørende er et omfattende arbeid på samfunnsnivå. Til sammen estimeres det at om lag 140 000 årsverk fra pårørende knyttet til uformell pleie. Selv om uformell pleie oppleves som meningsfullt og givende for mange pårørende, vil det samtidig kunne direkte og indirekte negative konsekvenser for de pårørendes egen helse og livsvilkår.

⁶⁵ [Må prioritere ensomhetsbekjempelse etter pandemi | Røde Kors](#)

⁶⁶ [Mobilisering mot ensomhet | Helsedirektoratet](#)

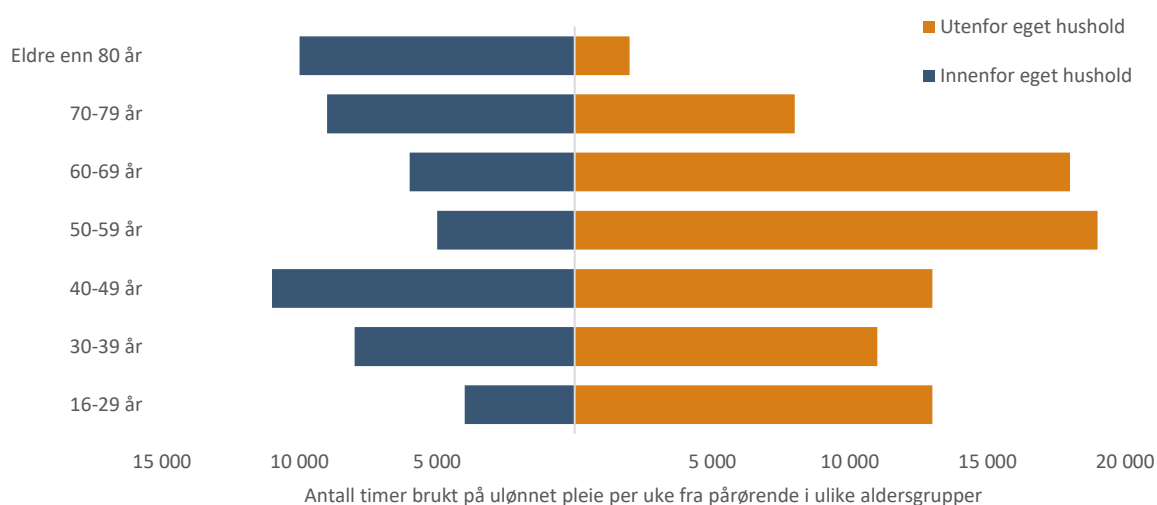
3.7.1. Kvinners innsats knyttet til uformelt og ubetalt arbeid

Ved siden av årsverkene som ytes av helsepersonell, ligger det en tung arbeidsbelastning på pårørende til syke og pleietrengende. Den uformelle omsorgen forstås som innsats fra pårørende som regelmessig yter praktisk hjelp eller tilsyn med syke, funksjonshemmede eller eldre utenfor og/eller innenfor husholdningen. Siden det meste av hjelpen gis innenfor nær familie omtales den gjerne som familieomsorg.

Ethvert anslag på omfanget av ulønnet omsorg vil ha et relativt svakt informasjonsgrunnlag. Den beste informasjonen kommer fra Levekårsundersøkelsen, utført av SSB i 2008, 2012 og 2015. Med utgangspunkt i resultatene fra denne undersøkelsen estimerer SSB at familieomsorg står for 90 000 årsverk, men at omfanget også kan utgjøre så mye som 136 000 årsverk i 2017.⁶⁷ Til sammenligning utgjorde den formelle årsverksinnsatsen i hjemme- og institusjonsomsorgen 141 000 årsverk i 2017. Det er personer i alderen 40 til 69 år som i gjennomsnitt yter mest familieomsorg, noe som kan forklares med at det er i denne aldersgruppen at man finner barna til de mest pleietrengende.

Selv om kjønnsprofilen på pårørendeomsorg er svakere og kvinners posisjon i arbeidslivet er sterkere i Norge enn i mange andre land, er det grunn til bekymring om de politiske føringene for økt pårørendeomsorg i kombinasjon med den demografiske utviklingen vil resultere i en marginalisering av kvinner i arbeidslivet.⁶⁸

Figur 3-10: Anslått antall timer ulønnet hjelp eller tilsyn per uke som ytes av ulike aldersgrupper innenfor eller utenfor eget hushold 2017. Kilde: SSB



Den videre utviklingen i familieomsorg er av stor betydning for framskrivinger av fremtidig antall lønnede årsverk i helse- og omsorgssektoren. Til forskjell fra faktorer som demografi, helsetilstand og standardforbedring, er ikke familieomsorg en faktor som påvirker samfunnets etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Familieomsorg fungerer i stedet som en ventil for det behovet for helse- og omsorgstjenester som ikke dekkes av offentlige eller private tilbydere av disse tjenestene.

⁶⁷ Hjemås et al. (2019): *Fremskrivinger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. SSB

⁶⁸ Blix et al. (2021): *Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge*. Tidsskrift for omsorgsforskning

Et hovedtrekk ved den historiske utviklingen er at offentlige helse- og omsorgstjenester har erstattet mer og mer av familieomsorgen ved å overta en stadig større andel av pleie- og omsorgsbehovet.⁶⁹ Dette har sitt motstykke i økt lønnsarbeid blant kvinner. Koren (2012) beskriver hvordan ordninger for likestillings- og familiepolitikk har bidratt til både å stimulere kvinners yrkesdeltakelse, samtidig som utbyggingen av velferdsstaten også har skapt etterspørsel etter arbeidskraften.⁷⁰ På denne måten har velferdsstatsutbyggingen bidratt til at omsorgsoppgaver som kvinner tradisjonelt utførte i hjemmet har blitt flyttet til markedet. Institusjonaliseringen av helse- og omsorgsoppgaver har dermed bidratt til å stimulere kvinners arbeidsdeltakelse.

Overføringen av kvinners arbeidskraft fra den uformelle til den formelle økonomien har ikke bare vært viktig for likestilling, men også for norsk BNP.⁷¹ Institutt for samfunnsforskning (2016) har beregnet at ti prosent av BNP-veksten i Norge mellom 1972 og 2003 kan føres tilbake til økt kvinnelig sysselsetting.⁷²

I en rapport fra 2014 vises det at eldre pleietrengende som har en sønn, mottar i gjennomsnitt to timer mer offentlig omsorg enn eldre pleietrengende som har en datter.⁷³ Dette støtter opp om at familieomsorg og offentlig tjenestetilbud i stor grad kan erstatte hverandre. Mens ansvarsoverføringen historisk har gått fra familieomsorg til helsevesenet, vil den forestående kapasitetsmangelen i helsevesenet kunne snu om på denne trenden. Dette kan få uønskede følger knyttet til blant annet verdiskaping, arbeidsdeltakelse og likestilling, samt sosial og økonomisk ulikhet. Samtidig kan det være en bidragsytende faktor til at kvinner velger å jobbe deltid. Dessuten vil overføring av omsorgsansvar fra yrkesprofesjonelle til familie og pårørende både gi lavere kvalitet og utføres mindre effektivt.

3.7.2. Uformell pleie og risiko for negative helserelaterte konsekvenser

Sykdom hos en person kan også påvirke de pårørendes psykiske og fysiske helse negativt, og forårsake videre sykdomsbyrde for den pårørende. De helsemessige konsekvensene for pårørende har vært gjenstand for oppmerksomhet i flere offentlige utredninger. Blant annet viser utredningen «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten» fra 2014 at pasienters helse kan påvirke helsen til pårørende negativt på tre ulike måter:⁷⁴

1. **Belastning av uformell pleie:** Pårørendes psykisk eller fysiske helse svekkes som en følge av at belastningen ved å hjelpe og støtte blir for stor.
2. **Følelsesmessig belastning:** Pårørendes psykiske og fysiske helse svekkes som følge av emosjonelle reaksjoner som stress og sorg knyttet til å oppleve at pasienten lider, eller står i fare for å dø.
3. **Manglende oppfølging fra pasienten:** Sykdom kan føre til at pasienten ikke er i stand til å utføre sine omsorgsoppgaver overfor pårørende fullt ut, noe som særlig kan gjelde for pasienter med små barn.

Sammen vil byrden fra disse tre komponentene utgjøre endringen i livskvaliteten for de pårørende, også kalt helsetapet. Belastningen av uformell pleie påvirker kun de med omsorgsansvar, mens den følelsesmessige belastningen påvirker en potensielt mye større gruppe pårørende. I litteraturen kalles denne effekten for

⁶⁹ Hjemås et al. (2019): *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. SSB

⁷⁰ Koren (2012): *Kvinnens rolle i norsk økonomi*

⁷¹ Påpekt av bl.a. Jens Stoltenberg: <https://www.aftenposten.no/norge/i/3JOEv/kvinnejobber-mer-verdt-mer-enn-oljen>

⁷² Østbakken (2016): *Likestilling og verdiskaping: om kvinners yrkesdeltakelse og dens betydning for økonomisk vekst*. Institutt for samfunnsforskning

⁷³ Berge mfl. (2014): *Formell og uformell omsorg. Samspillet mellom familien og velferdsstaten*. NOVA

⁷⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2014): *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*

familieeffekten (*the family effect*), ettersom den påvirker familiemedlemmer uansett grad av omsorgsansvar, mens belastningen fra uformell pleie kalles omsorgsgivereffekten (*the caregiver effect*).⁷⁵

Forskning indikerer at familieeffekten, den følelsesmessige belastningen for pårørende, kan være like viktig som omsorgsgivereffekten. For eksempel fant Bom mfl. (2019) at et negativt sjokk på pasientens helse også påvirker den pårørendes helse, som ifølge forskerne er indikasjon på at også følelsesmessig belastning påvirker de pårørendes helse. I tillegg var denne effekten potensielt like stor som den negative helseeffekten fra omsorgsansvar. Også i Bobinac mfl. (2010) var helseeffekten for ikke-omsorgsgivende pårørende omtrent like stor som helseeffekten for omsorgsgivende pårørende.

I figuren nedenfor har vi illustrert hvordan sykdom hos pasienten forårsaker økt risiko for sykdom hos pårørende gjennom de tre effektene nevnt ovenfor. Sykdom hos pårørende forårsaker i sin tur økt risiko for sykdom hos deres pårørende igjen. Det hadde vært høy usikkerhet knyttet til estimering av denne videre ringvirkningen for de pårørendes pårørende, og derfor kommer vi ikke å inkludere dette i estimat av pårørendebyrden.



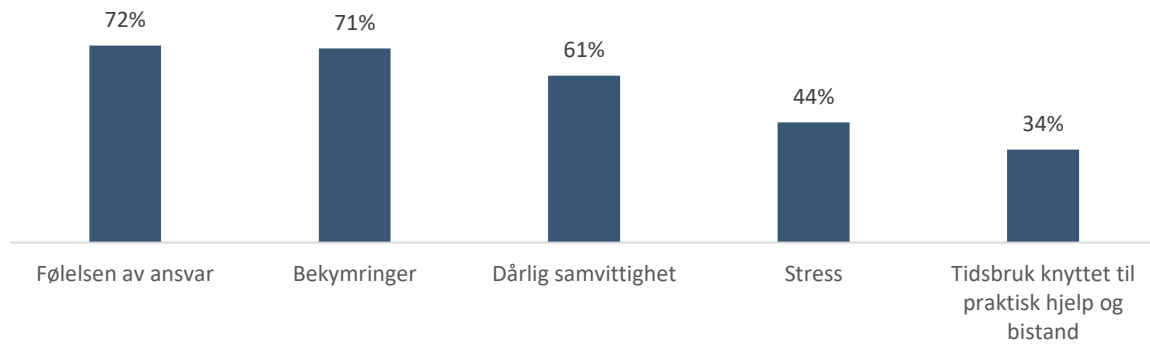
Vi vet ikke i dag i hvilken grad de pårørendes helse blir påvirket av pårørendeansvaret, men resultat fra to spørreundersøkelser viser at flere opplever at deres helse påvirkes. Basert på en spørreundersøkelse av Pårørendealliansen påvirkes 73 prosent av norske pårørendes helse negativt av pårørendeansvaret.⁷⁶

Det å være pårørende oppleves også i stor grad som belastende. For eksempel opplever 72 prosent følelsen av ansvar som belastende. Det som er interessant med resultatene i figuren nedenfor, er at det ikke er de praktiske oppgavene som i størst grad oppleves som belastende, men heller følelsen av ansvar og bekymringer.

⁷⁵ Wittenberg mfl. (2013): *Disutility of Illness for Caregivers and Families: A Systematic Review of the Literature*, Wittenberg mfl. (2019): *Spillover Effects on Caregivers' and Family Members' Utility: A Systematic Review of the Literature*, Bobinac mfl. (2010): *Caring for and caring about: disentangling the caregiver effect and the family effect*, og Basu mfl. (2005): *Implications of spillover effects within the family for medical cost-effectiveness analysis*.

⁷⁶ Pårørendealliansen, september (2018), *Raske fakta – psykisk helse og avhengighet. Pårørendealliansens spørreundersøkelse er rettet til pårørende i Norge, men utgjør ikke nødvendigvis et representativt utvalg av alle pårørende. Derfor skal resultatene ses som veiledende.*

Figur 3-11 Prosent av pårørende som oppgir stor grad av belastning knyttet til ulike deler av hverdagen som pårørende til en person over 65 år. Kilde: Norske kvinners sanitetsforening (2019)



Helsemessige konsekvenser for pårørende har blitt studert av flere, blant annet av Bom mfl. (2019) som har sett på pårørende i Nederland. Basert på denne studien virker helsekonsekvensene for de pårørende å øke jo mer uformell pleie den pårørende yter. Forskerne så også en effekt fra både omsorgsbyrde og følelsesmessig byrde for kvinner, men kun en effekt fra omsorgsbyrde for menn. I tillegg er omsorgsbyrden klart høyere for kvinner enn for menn i studien. Ektefeller hadde også i studien høyere omsorgsbyrde enn barn som pleier sine foreldre.

4. Samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til relevante kvinnehelseutfordringer

I kapittel 2 og 3 er det kartlagt risikofaktorer som øker sannsynligheten for redusert helse og livsvilkår blant kvinner, samt mangler i det eksisterende tilbudet for å forebygge og motvirke konsekvensene av disse risikofaktorene. I dette kapittelet vurderes samfunnsøkonomiske konsekvenser av dette utfordringsbildet.

4.1. Samfunnskostnader knyttet til relevante kvinnehelseutfordringer

4.1.1. Samfunnsproblem som trolig utgjør mer enn 100 milliarder kroner årlig

Kartleggingen i denne rapporten avdekker utfordringer som sammen utgjør et omfattende samfunnsproblem. Analysen viser at relevante utfordringer knyttet til kvinners helse og livsvilkår utgjør et samfunnsøkonomisk tap på mer enn 100 milliarder kroner årlig. Selv om det dessverre ikke er sannsynlig at problemet kan løses fullstendig, gir de store samfunnskostnadene et mulighetsrom for sykdomsreducerende tiltak innenfor rammene av samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Ettersom konseptet N.K.S. Kvinnehelsehus ikke er begrenset mot et tydelig avgrenset problem eller strengt definert målgruppe (alle kvinner), vil det heller ikke være mulig å gjøre en tydelig avgrensning og måling av samlede samfunnskostnader. Like fullt er det mulig å vise at konseptet N.K.S. Kvinnehelsehus er rettet mot store samfunnsutfordringer. Formålet med dette vurderingen av samfunnskostnader er å skape en forståelse av de store samfunnsøkonomiske utfordringene som N.K.S. Kvinnehelsehus vil kunne bidra til å dempe. De store samfunnskostnadene som kartlegges viser at det er rom for både N.K.S. Kvinnehelsehus, og andre tiltak, i arbeidet med å styrke kvinners helse og livsvilkår.

4.1.2. Kort om samfunnskostnader

Samfunnskostnader beskriver de negative virkningene som et gitt problem har for samfunnet. Problemet kan eksempelvis være sykdommer, usunt kosthold, miljøskader eller lignende. Samfunnskostnadene er kategoriseres vanligvis i tre grupper:

- **Sykdomsbyrde:** Beskriver betydningen for den norske folkehelsen. Dette måles og kvantifiseres i form av betydning for kvalitetsjusterte leveår. Samlet anslår denne kostnadskategorien tap av helsemessig livskvalitet for kvinner relatert til de kartlagte risikofaktorene og manglene.
- **Produksjonstap:** Beskriver konsekvensene som redusert kvinnehelse har for samfunnets verdiskaping, fordelt på tapt arbeidsinntekt til individet, redusert overskudd til bedriftene og tapte skatteinntekter for staten.
- **Kostnader til offentlig og privat ressursbruk:** Beskriver den samlede ressursbruken knyttet til å forebygge og dempe konsekvenser av risikofaktorer for reduserte livsvilkår for kvinner. Dette inkluderer blant annet offentlig finansierte helsetjenester, men også innsats fra andre frivillige, private eller offentlige organisasjoner.

Videre i dette kapittelet vil vi gå gjennom relevante samfunnskostnader innen hver av disse kategoriene. Med relevante samfunnskostnader menes her samfunnskostnader som N.K.S. Kvinnehelsehus kan bidra til å redusere.

Menon har tidligere kartlagt samfunnskostnader til en rekke ulike samfunnsproblemer, inkludert vold i nære relasjoner⁷⁷, spiseforstyrrelser⁷⁸ og muskel- og skjelettsykdom⁷⁹. Dette er alle eksempler på omfattende samfunnsproblemer, med betydelig negative virkninger for det norske samfunnet.

Samfunnskostnadene som kartlegges i denne analysen er ikke avgrenset til ett problem, men vurderer summen av mange, til dels overlappende, samfunnsproblemer. Eksempelvis er spiseforstyrrelser i mange tilfeller en konsekvens av vold i nære relasjoner. Det vil si at de to områdene har overlappende konsekvenser, slik at å legge de sammen vil gi dobbelttelling av samfunnskostnader.

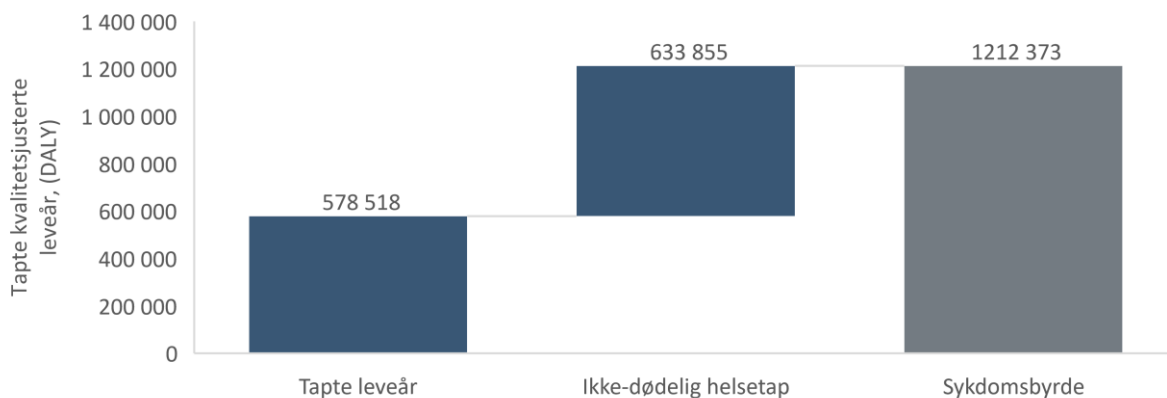
4.2. Sykdomsbyrde

Sykdomsbyrden beskriver hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer befolkningen i form av helsetap og dødelighet.⁸⁰ Informasjon om sykdomsbyrden brukes blant annet til å følge utviklingen i befolkningens helsetilstand og i risikofaktorer over tid. Det er også et viktig redskap for å styrke helsemyndighetens arbeid med planlegging av helsetjenester, og som grunnlag for utforming og evaluering av forebyggende tiltak.

4.2.1. Samlet sykdomsbyrde i Norge

Sykdomsbyrden beregnes i Globale Burden of Disease-prosjekt (GBD), blant annet i samarbeid med FHI. I Norge er den samlede sykdomsbyrden beregnet til om lag 1,2 millioner kvalitetsjusterte leveår. Tapet av kvalitetsjusterte leveår er nokså jevnt fordelt på dødelig og ikke-dødelig helsetap. Ikke-smittsomme sykdommer står for i underkant av 90 prosent av sykdomsbyrden.

Figur 4-1: Samlet sykdomsbyrde i Norge i 2016, målt i tapte kvalitetsjusterte leveår. Kilde: FHI



Den samlede sykdomsbyrden i Norge er jevnt fordelt mellom kvinner og menn, men det er tydelige kjønnsforskjeller innen ulike kategorier av sykdomsbyrden.⁸¹ Om lag 55 prosent av sykdomsbyrden knyttet til tapte leveår er knyttet til menn, mens om lag 55 prosent av sykdomsbyrden for ikke-dødelig helsetap er knyttet

⁷⁷ Menon Economics (2023): Samfunnskostnader av vold i nære relasjoner. [Link](#)

⁷⁸ Menon Economics (2022): Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser. [Link](#)

⁷⁹ Menon Economics (2019): Samfunnskostnader knyttet til muskel- og skjelettsykdom. [Link](#)

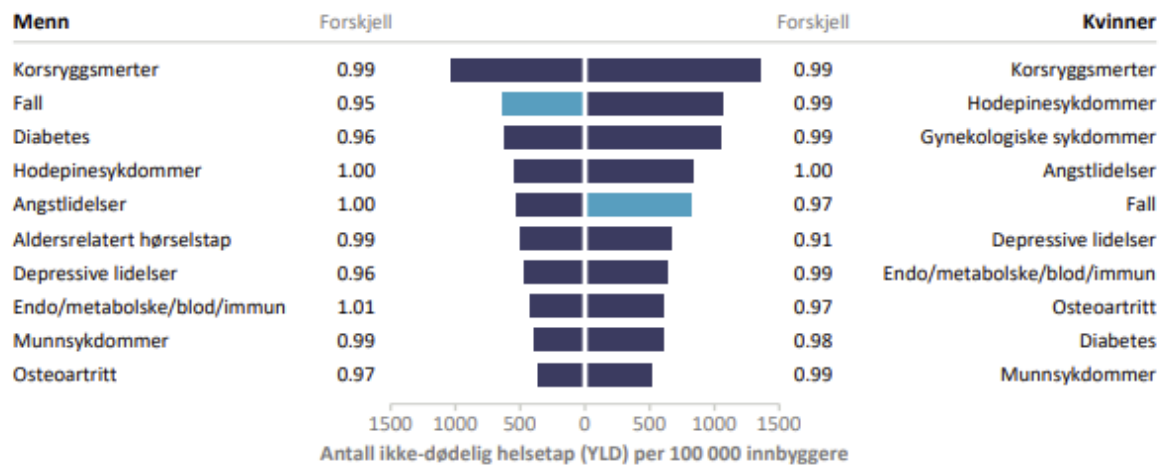
⁸⁰ [Hva er sykdomsbyrde? | FHI](#)

⁸¹ https://www.helseomsorg21monitor.no/figur/18?_M%C3%A5leenhet=%5B%22YLL%22%5D

til kvinner. Dette viser at kvinner i større grad enn menn lever med sykdom og helsemessige plager gjennom livet.

Figuren nedenfor viser de viktigste årsakene til ikke-dødelig helsetap i Vestland fylke, hvor Kvinnehelsehuset i Bergen er lokalisert.⁸² Figuren viser at det er en overvekt av ikke-dødelig helsetap knyttet til kvinner, og at de viktigste årsakene er blant annet korsryggsmerter, gynekologiske sykdommer og psykiske lidelser.

Figur 4-2: Topp 10 årsaker til ikke-dødelig helsetap hos menn og kvinner i Vestland fylke i 2019. «Forskjell» viser ratio mellom YLD raten i Vestland og YLD raten i Norge, og uthesves hvis forskjellen er statistisk signifikant.



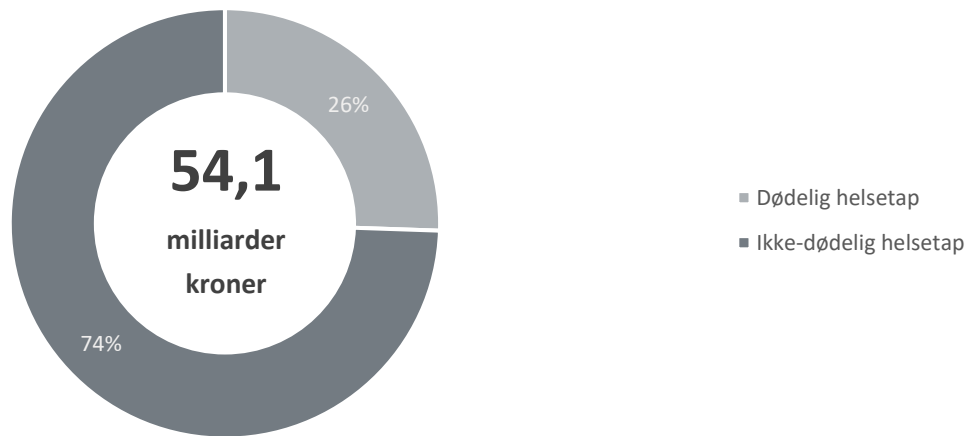
4.2.2. Sykdomsbyrde knyttet til vold mot kvinner

Menon har beregnet den samlede sykdomsbyrden knyttet til vold i nære relasjoner i Norge til 54,1 milliarder kroner i 2021.⁸³ Sykdomsbyrden er i stor grad knyttet til voldsutsatte kvinner, og være relatert til voldshendelser som ligger flere år tilbake i tid. De viktigste kildene til helsetap som følge av vold i nære relasjoner er senvirkninger i form av psykiske lidelser og rusproblematikk.

⁸² [Fylkesvise resultater om sykdomsbyrde | FHI](#)

⁸³ Menon Economics (2023): Samfunnskostnader av vold i nære relasjoner. [Link](#)

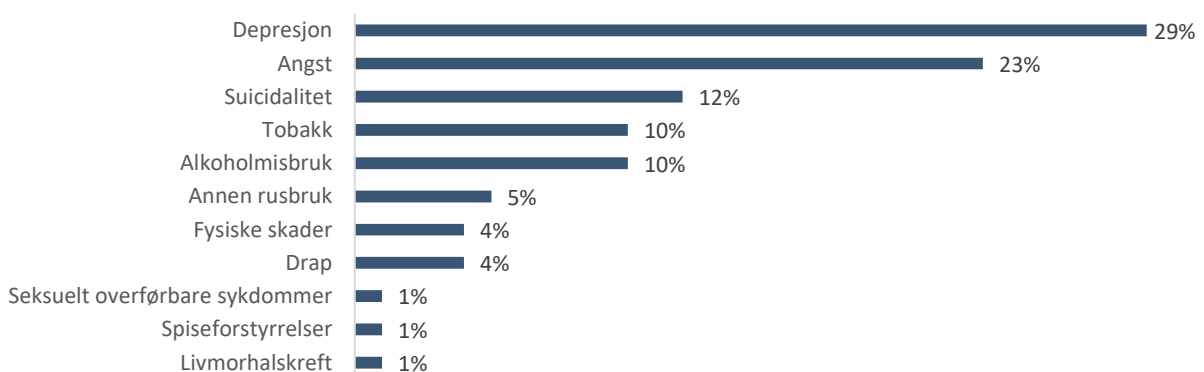
Figur 4-3: Fordeling av dødelig og ikke-dødelig helsetap grunnet vold i nære relasjoner for 2021



I det som beskrives som den første landsdekkende undersøkelsen av vold i parforhold i Norge, gjennomført av NIBR i 2005, beskrives ulike helsemessige utfall.⁸⁴ De finner at kvinner som rapporterte om vold fra partner oftere hadde selvmordstanker, depresjon, angst og posttraumatiske stresssymptomer enn andre kvinner. Skade som følge av partnervold ble oppgitt av 29,5 prosent. De vanligste skadene etter siste hendelse var blåmerker. Alvorlige skader som brudd, indre skader og hjernerystelse ble oppgitt av henholdsvis 3,1 prosent, 1,9 prosent og 3,8 prosent av alle kvinner som hadde vært utsatt for partnervold. Funnene understøttes av flere internasjonale studier.

Funnene fra Australia viser at partnervold kunne forklare om lag 19 prosent av sykdomsbyrden knyttet til depresjon blant australske kvinner. I en annen studie fra Australia, er den samlede sykdomsbyrden fordelt på ulike diagnoser og hendelser med helsemessig utfall.⁸⁵ Også denne oversikten viser at det er negative utfall for psykisk helse som utgjør de viktigste årsakene til helsetap. Depresjon, angst og spiseforstyrrelser er antatt å utgjøre mer enn halvparten av sykdomsbyrden. Til sammenlikning antas suicidalitet og drap å utgjøre 16 prosent av helsetapet. Helsemessige konsekvenser knyttet til alkohol, tobakk og annen rusbruk er antatt å utgjøre 25 prosent av sykdomsbyrden knyttet til vold i nære relasjoner i Australia.

Figur 4-4 Ulike diagnoser og helseutfalls bidrag til sykdomsbyrden som følge av vold i nære relasjoner i Australia



⁸⁴ Haaland, Clausen og Schei (2005): *Vold i parforhold - Ulike perspektiver*

⁸⁵ KPMG (2009): *The Cost of Violence Against Woman and Their Children*

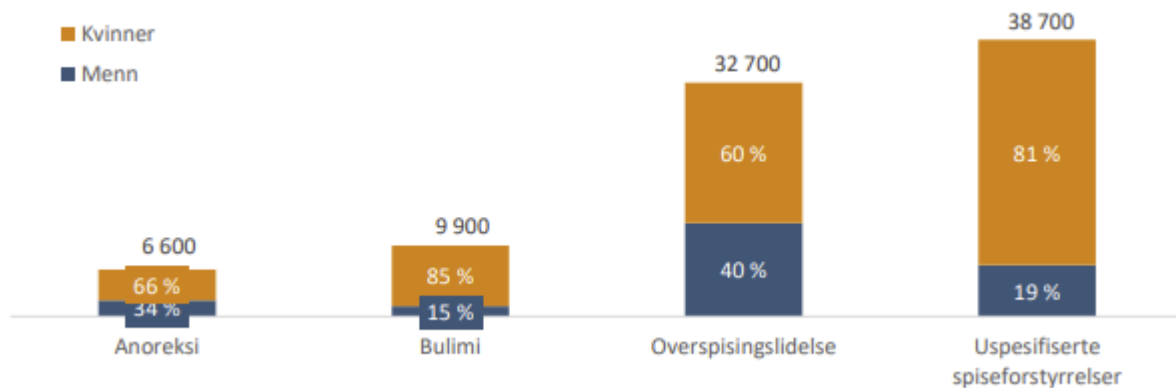
4.2.3. Sykdomsbyrde knyttet til psykiske lidelser

Psykiske plager og lidelser er vanlig i befolkningen.⁸⁶ Mellom én av seks og én av fire vil oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år. Alvorlige psykiske lidelser er forbundet med uførhet, fysiske sykdommer og redusert forventet levealder. For unge voksne, spesielt unge kvinner, har det vært en økning i andelen som rapporterer om psykiske plager de siste tiårene.

Angst og depresjon er de mest utbredte psykiske lidelsene i Norge, og begge innebærer et stort årlig helsetap i befolkningen. Oslo Economics (2022) har beregnet sykdomsbyrden knyttet til depresjon i Norge. Kvinner står for mer enn 60 prosent av den samlede sykdomsbyrden på 46,1 milliarder kroner.

Menon har tidligere kartlagt omfang av samfunnsøkonomiske konsekvenser av spiseforstyrrelser i Norge. Utredningen viser at det er om lag 88 000 personer som har en spiseforstyrrelse i Norge, hvorav flest lider av en uspesifisert spiseforstyrrelse. Den samlede sykdomsbyrden innebærer et årlig samfunnsøkonomisk tap på 15 milliarder kroner.

Figur 4-5: Estimert antall personer i Norge med spiseforstyrrelser, fordelt etter diagnose og kjønn



Menons utredning av spiseforstyrrelser viser at det er et mangelfullt tilbud til personer som sliter med spiseforstyrrelser, hvor kun de mest akutte og alvorlige tilfellene får behandling i det offentlige helsevesenet. Tilbudet av lavterskeltilbud til denne gruppen er begrenset. Samtidig er det store samfunnsøkonomiske besparelser knyttet til forebygging. Dette etterlater et vakuum for lavterskeltilbud for å sikre et mer helhetlig og koordinert behandlings- og oppfølgingstilbud.

4.3. Produksjonstap

Tilstedeværelsen av risikofaktorer og mangler i eksisterende helse- og omsorgstilbud fører til økt sannsynlighet for at kvinner som ellers ville vært i arbeid, faller helt eller delvis utenfor arbeidsstyrken eller på andre måter har en redusert arbeidsinnsats i en kortere eller lengre periode. Dette innebærer et produksjonstap for samfunnet. Produksjonstapet omfatter det samlede samfunnsmessige verditapet av redusert arbeidsinnsats. Det vil si både tapt inntekt for arbeidstakere, redusert overskudd for bedriftene og reduserte skatteinntekter til myndighetene.

⁸⁶ [Psykiske plager og lidelser hos voksne | FHI](#)

Produksjonstapet kan forstås som den negative virkningen på norsk brutto nasjonalprodukt (BNP). I dette kapittelet har vi vurdert produksjonstap knyttet til uformell pleie og endometriose, som begge vil kunne være relevante for tilbudet ved N.K.S. Kvinnehelsehus.

4.3.1. Produksjonstap knyttet til uformell pleie

Overføringen av kvinners arbeidskraft fra den uformelle til den formelle økonomien har ikke bare vært viktig for likestilling, men også for norsk BNP.⁸⁷ Institutt for samfunnsforskning (2016) har beregnet at ti prosent av BNP-veksten i Norge mellom 1972 og 2003 kan føres tilbake til økt kvinnelig sysselsetting.⁸⁸ Fortsatt ligger det en stor belastning på pårørende, hvor særlig kvinner ofrer muligheten til å delta i inntektsgivende arbeid for å utføre omsorgsoppgaver i hjemmet.

SSB har estimert at familieomsorg står for 90 000 årsverk, men at omfanget også kan utgjøre så mye som 136 000 årsverk i 2017.⁸⁹ Til sammenligning utgjorde den formelle årsverksinnsatsen i hjemme- og institusjonsomsorgen 141 000 årsverk i 2017.

Et hovedtrekk ved den historiske utviklingen er at offentlige helse- og omsorgstjenester har erstattet mer og mer av familieomsorgen ved å overta en stadig større andel av pleie- og omsorgsbehovet.⁹⁰ Dette har sitt motstykke i økt lønnsarbeid blant kvinner. Koren (2012) beskriver hvordan ordninger for likestillings- og familiepolitikk har bidratt til både å stimulere kvinners yrkesdeltakelse, samtidig som utbyggingen av velferdsstaten også har skapt etterspørsel etter arbeidskraften.⁹¹ På denne måten har velferdsstatsutbyggingen bidratt til at omsorgsoppgaver som kvinner tradisjonelt utførte i hjemmet har blitt flyttet til markedet. Institusjonaliseringen av helse- og omsorgsoppgaver har dermed bidratt til å stimulere kvinners arbeidsdeltakelse.

Brutto produksjonstap blant pårørende som har sluttet i jobb / redusert stilling er anslått til å utgjøre mellom 6,6 og 13,2 milliarder kroner i 2020.⁹² Kartlegginger viser at det ofte ytes en betydelig arbeidsinnsats fra pårørende i forbindelse med psykisk sykdom, blant annet er det beregnet at arbeidsinnsatsen til pårørende i forbindelse med spiseforstyrrelser utgjør om lag 1 milliard kroner.⁹³ For pårørende med demens er det beregnet et årlig produksjonstap på med enn 2 milliarder kroner i Norge.⁹⁴ Oslo Economics (2022) har anslått at kostnader knyttet til uformell pleie i forbindelse med depresjon utgjør om lag 600 millioner kroner.

4.3.2. Produksjonstap knyttet til endometriose

Endometriose er en kronisk kvinnesykdom som kan påvirke flere indre organer. Et av de vanligste symptomene på endometriose er sterke menstruasjonssmerter. Sykdommen rammer omtrent 10 prosent av alle kvinner og er en av de vanligste kvinnesykdommene i Norge.⁹⁵ Sykdommen består av at livmorhalsvev vokser utenfor livmoren som kan medføre lokale betennelser og arrdanninger. Mange kvinner opplever dette som svært

⁸⁷ Påpekt av bl.a. Jens Stoltenberg: <https://www.aftenposten.no/norge/i/3JOEv/kvinnejobber-mer-verdt-mer-enn-oljen>

⁸⁸ Østbakken (2016): *Likestilling og verdiskaping: om kvinners yrkesdeltakelse og dens betydning for økonomisk vekst*. Institutt for samfunnsforskning

⁸⁹ Hjemås et al. (2019): *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. SSB

⁹⁰ Hjemås et al. (2019): *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. SSB

⁹¹ Koren (2012): *Kvinnens rolle i norsk økonomi*

⁹² Menon Economics (2021): *Brutto produksjonstap av pårørende innsats i Norge*

⁹³ Menon Economics (2022): *Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser*

⁹⁴ Menon Economics (2020): *Pårørendebyrden ved Alzheimers sykdom og annen demens*. [Link](#)

⁹⁵ [Endometriose | Helsenorge](#)

smertefullt, og hos enkelte kan tilstanden gjøre det vanskelig å bli gravid. Endometriose oppstår som oftest hos kvinner i fruktbar alder, og symptomene vil vanligvis avta etter overgangsalderen.

Som følge av at mange av symptomene på endometriose er uspesifikke og diffuse, får mange kvinner ofte en rekke feildiagnoser, som irritabel tarm eller urinveisinfeksjoner. Dette medfører at det kan ta lang tid å stille diagnosen. Ulike kilder viser til at det i gjennomsnitt tar 6 til 7 år å få korrekt diagnose.

Flere studier har estimert store samfunnskostnadene knyttet til endometriose. Blant annet går sykdommen på bekostning av kvinners evne til å delta i arbeidslivet.⁹⁶ Gjennomsnittlig årlig produksjonstap per kvinne med endometriose varierer mellom 70 000 og 175 000 kroner i ulike studier.⁹⁷ I tillegg kommer konsekvenser for tap av helsemessig livskvalitet og kostnader til helsetjenester.

4.4. Kostnader til offentlig og privat ressursbruk

Den offentlige og private ressursbruken beskriver her innsatsen vi som samfunn investerer i å dempe de negative konsekvensene av ulike forhold og hendelser som bidrar til reduserte helse og livsvilkår for befolkningen. I dette kapittelet har vi vurdert ressursinnsats som legges ned fra offentlig, privat, inkludert frivillige organisasjoner, for å dempe samfunnskostnader knyttet til ulike utfordringer i samfunnet.

4.4.1. Ressursbruk knyttet til utenforskap og marginalisering

Utenforskap handler om å stå utenfor viktige arenaer som skole, jobb eller andre sosiale arenaer. Utenforskap på ett område behøver ikke innebære utenforskap på andre områder, men utenforskap er forbundet med manglende fellesskap eller tilhørighet og begrepet forstås gjerne som utestenging fra arenaer der man egentlig har et ønske om å delta.

Marginalisering er veien til utenforskap, og kan se ulik ut for ulike personer. På samfunnsnivå kan marginalisering forbindes med frafall i utdanning, risikoatferd knyttet til rusmiddelbruk, kriminalitet eller radikalering blant enkelte grupper.

I en rapport på vegne av Barne- og familiedepartementet har Oslo Economics kartlagt de samfunnsøkonomiske konsekvensene av marginalisering og utenforskap i Norge.⁹⁸ De har beregnede prissatte konsekvenser av marginalisering og utenforskap av barn og unge alene, medfører samfunnskostnader i størrelsesorden 73 milliarder kroner.

⁹⁶ Simons mfl. (2012): *The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres*

⁹⁷ Armour mfl. (2019): *The cost of illness and economic burden of endometriosis and chronic pelvic pain in Australia: A national online survey*

⁹⁸ Oslo Economics (2021): *Samfunnsøkonomisk vurdering av marginalisering og utenforskap*. [Link](#)

Figur 4-6: Totale beregnede samfunnsøkonomiske kostnader som følge av marginalisering og utenforskap. Kilde: Oslo Economics (2021)

Prissatte kostnader	Kostnader per år
Totale beregnede prissatte kostnader per år, herunder	73 mrd. kr
<i>Produksjonstap som følge av tapte arbeidsinntekter</i>	58 mrd. kr
<i>Skattefinansieringskostnader ved stønader og overføringer</i>	5 mrd. kr
<i>Velferdstap som følge av tapte leveår</i>	10 mrd. kr
Ikke-prissatte kostnader	Vurdert konsekvens
Velferdstap som følge av dårligere helse og livskvalitet	Svært stor negativ konsekvens
Kriminalitetskostnader	Svært stor negativ konsekvens
Redusert demokratisk og sosial deltakelse	Middels stor negativ konsekvens

Samtidig er den offentlige ressursbruken rettet mot risikofaktorer for marginalisering, samt tiltak som avdemper marginalisering og utenforskap, beregnet til 314 milliarder kroner. Denne ressursbruken har en samfunnsøkonomisk kostnad på 150 milliarder kroner. Ressursbruken gir samtidig samfunnsøkonomiske gevinster på kort og lang sikt. Ressursbruken er avgjørende for mange av landets innbyggere. Forfatterne bak rapporten anbefaler å justere ressursinnsatsen, og på sikt rette den inn tidligere i marginaliseringsforløpet, der muligheten til å påvirke utfall er større.

4.4.2. Ressursbruk knyttet til muskel- og skjelettsykdom

Muskel- og skjelettsykdommer er en av de aller viktigste årsakene til helsetap i Norge i dag. Menon har beregnet at de samlede samfunnsøkonomiske konsekvensene knyttet til denne diagnosegruppen til 255 milliarder kroner i 2016, hvorav kostnader til helsetjenester utgjorde om lag 18 milliarder kroner.⁹⁹

Kartleggingen viser at det er mangel på kompetanse innen muskel- og skjelettsykdom i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Behandlingstilbudet ute i kommunene er underdimensjonert og av svært varierende kvalitet. At variasjonen i tilgangen på et godt behandlingstilbud i kommunene er stor underbygges også av data fra Folkehelseinstituttet. Det er betydelige forskjeller mellom landets fylker hva angår andelen pasienter som legges inn på sykehus som følge av muskel- og skjelettsykdommer. Dette kan være en indikasjon på at «førstelinjen», kommunehelsetjenesten, er for svak i deler av landet. Trøndelag har eksempelvis 60 prosent flere sykehusinnleggelser per 1000 innbygger enn Oslo.

Både pasienter og helsepersonell trekker videre frem mangelfull samhandling og koordinering i helsetjenesten som en gjennomgående utfordring innen muskel- og skjelettområdet. Konsekvensene av dette er at helsetilbudet ikke gis i en hensiktsmessig sammenheng og rekkefølge, samt at pasientene selv ender opp med en koordineringsrolle i sitt eget behandlingsforløp. Dette er en jobb som bare de mest ressurssterke vil kunne mestre.

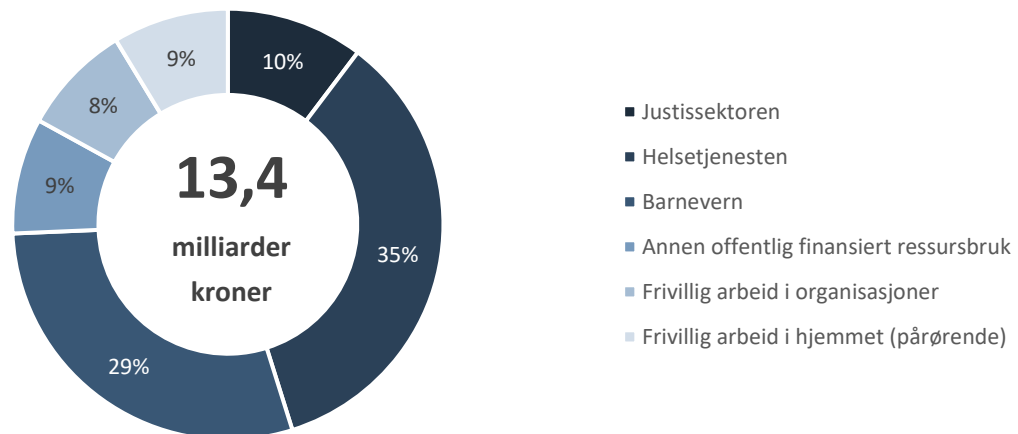
⁹⁹ Menon Economics (2019): Samfunnskostnader knyttet til muskel- og skjelettsykdom. [Link](#)

4.4.3. Ressursbruk knyttet til vold i nære relasjoner

I Menons nylige kartlegging av samfunnskostnader knyttet til vold i nære relasjoner er den samlede offentlige og private ressursbruken beregnet til 13,4 milliarder kroner i 2021.¹⁰⁰ Den offentlige og private ressursbruken beskriver innsatsen vi som samfunn investerer i å dempe de negative konsekvensene av vold i nære relasjoner.

Frivillig, ulønnet arbeid i organisasjoner og fra pårørende er anslått til en verdi av 2,3 milliarder kroner, mens 11,1 milliarder kroner er knyttet til offentlig finansiert innsats fordelt på ulike sektorer og organisasjoner.

Figur 4-7: Offentlig og privat ressursbruk knyttet til vold i nære relasjoner i Norge i 2021



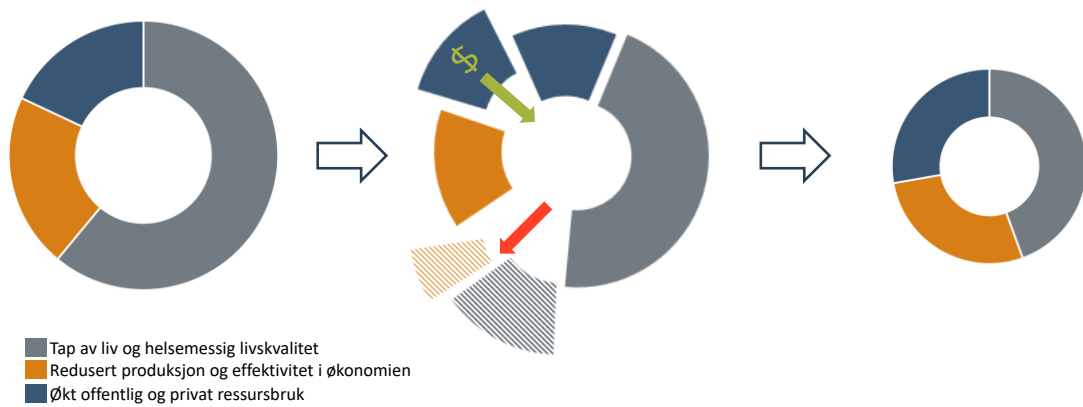
Uten den offentlige og private innsatsen ville trolig samfunnskostnadene knyttet til vold i nære relasjoner vært vesentlig høyere. Samtidig har vold i nære relasjoner store negative konsekvenser for norsk folkehelse og økonomi. De store samfunnskostnadene gir dermed et betydelig mulighetsrom for forebyggende tiltak innenfor rammene av samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Det faktum at samfunnsproblemet er stort og at flere deler av norsk offentlig sektor har en relativt lav ressursbruk sett opp mot størrelsen på samfunnsproblemet, utløser spørsmålet om vold i nære relasjoner bør prioriteres høyere enn det gjøres i dag.

For å ha et godt svar på dette spørsmålet, må man både forstå hvilke muligheter man har for å forebygge vold i nære relasjoner og hvilken effekt de forebyggende tiltakene man kan iverksette har på omfanget av vold i nære relasjoner og hva tiltakene koster. Det er blant annet viktig å påpeke at det gjøres mye for å øke nasjonalt og lokalt forebyggingsarbeid. Figuren nedenfor illustrerer hvordan økt forebygging i form av økt offentlig og privat ressursbruk på effektive forebyggingstiltak kan redusere omfanget av samfunnsproblemet vold i nære relasjoner.

¹⁰⁰ Menon Economics (2023): Samfunnskostnader av vold i nære relasjoner. [Link](#)

Figur 4-8: Illustrasjon av hvordan økt offentlig ressursbruk kan redusere totale samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til vold i nære relasjoner



N.K.S. Kvinnehelsehus kan være ett av flere tiltak for å tilby et bedre tilbud til voldsutsatte kvinner, og dempe de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til dette samfunnsproblemet.

5. Samfunnsgevinster av N.K.S. Kvinnehelsehus

Risikofaktorer for redusert helse og livsvilkår for kvinner i Norge utgjør et samfunnsøkonomisk tap som trolig overstiger 100 milliarder kroner årlig. Samtidig er det flere mangler i det eksisterende helse- og omsorgstilbudet. N.K.S. Kvinnehelsehus er et frivillighetsdrevet tiltak for å supplere det offentlige helsevesenet og tette hull i eksisterende tilbud. På denne måten kan kvinnehelsehusene bidra til å realisere store samfunnsgevinster.

5.1. N.K.S. Kvinnehelsehus som en del av løsningen

N.K.S. Kvinnehelsehus er et lavterskeltilbud tuftet på frivillighet i samarbeid med fagfolk. Det er ment å gi et supplerende tilbud, for alle kvinner, der det offentlige helse- og omsorgstilbudet ikke er tilstrekkelig. Kvinnehelsehusene skal være en overbygning som samler helsetjenester og tilbyr aktiviteter som styrker kvinners helse, livskvalitet og nettverk. Det skal fungere som en åpen møteplass i trygge former i lokalsamfunnene og ha et regionalt nedslagsfelt. Kvinnehelsehusene skal ha fokus på helsefremmende og forebyggende helsearbeid, og sikre likeverdige helsetjenester.

5.1.1. Tiltak mot et omfattende samfunnsproblem

I denne rapporten er det kartlagt omfattende utfordringer knyttet til kvinner helse og livsvilkår. Som et konservativt estimat anslås det samfunnskostnader på mer enn 100 milliarder kroner årlig. Samtidig skaper dette et betydelig mulighetsrom for å iverksette tiltak innenfor rammene av samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Kvinnehelseutvalgets anbefaling om å bruke 1 milliard kroner i tiltak for bedre kvinnehelse, må sees i sammenheng med dette.¹⁰¹

N.K.S. Kvinnehelsehus er ett av flere tiltak for å styrke tilbudet mot viktige kvinnehelseutfordringer i Norge. De store samfunnskostnadene som tiltaket retter seg mot viser et betydelig potensial for å redusere store samfunnskostnader. Manglene i det eksisterende tilbudet bygger opp om det overordnede behovet for tilbudet som N.K.S. Kvinnehelsehus representerer. Mulighetene for å realisere samfunnsgevinster styrkes ytterligere av at hvert kvinnehelsehus er tilpasset regionale behov, som avdekkes gjennom egne behovsanalyser.

5.1.2. Lavterskeltilbud som supplement til eksisterende tilbud

Kvinnehelsehusene ønsker ikke å være en konkurrent til eksisterende tilbud, men heller et supplement som kan treffe grupper som ofte faller utenfor ellers. Dette kan eksempelvis handle om unge kvinner som etter en viss alder mister tilgangen på lavterskeltjenestene hos helsestasjonene, nyankomne innvandrerkvinner som har utfordringer med å navigere seg i det eksisterende tilbudet, eller kvinner som opplever utenforskap og ensomhet og har behov for et sted å bygge seg et nettverk.

Som tidligere omtalt er det mange kvinner, og særlig unge kvinner, som har et udekket behandlingsbehov innenfor psykisk helse. Vi har også løftet frem hvordan det er store variasjoner i helsetilbudet både på tvers av geografi og økonomi. Dette gir et samlet bilde av at det er en rekke tjenester og tilbud kvinner av ulike årsaker ikke har reell tilgang på innenfor det eksisterende tilbudet, og at det dermed er behov for å styrke kvinnehelsefeltet i Norge. Kvinnehelsehusene vil kunne bidra til å dempe presset på det eksisterende tilbudet

¹⁰¹ [Vil ha én milliard til kvinnehelse](#)

gjennom å tilby lavterskeltjenester, men også fordi økt helsekompetanse som følge av husenes informasjonsarbeid, vil kunne føre til mer målrettet bruk av de øvrige tjenestene.

5.1.3. Helhetlig tilnærming til et fragmentert tilbud

I omtalen av utfordringene vi har løftet og deres bakenforliggende årsaker trekkes svært ofte behovet for en helhetlig tilnærming fram. Som forklart i introduksjonen er det en rekke faktorer utover spesifikke helseutfordringer som er med og påvirker kvinners helse, og det vil derfor ikke være tilstrekkelig å kun behandle helseutfordringene i seg selv, uten å ta for seg konteksten de har oppstått i.

Her kan Kvinnehelsehusene bistå med faglig kompetanse, rådgivning og informasjon, og på den måten gi nyttig veiledning på veien inn i det profesjonelle helsetilbudet der det er nødvendig.

5.2. Mulige samfunnsøkonomiske virkninger av Kvinnehelsehusene

Kartleggingen av samfunnskostnader knyttet til risikofaktorer for kvinners helse og livsvilkår, sammen med mangler i det eksisterende tilbudet av helse- og omsorgstjenester viser at N.K.S. Kvinnehelsehus som konsept har et potensial til å realisere betydelige samfunnsøkonomiske gevinster.

Faktisk realisering av samfunnsgevinst ved kvinnehelsehus vil hvile på en kombinasjon av lokale behov, og hvor vidt lokale kvinnehelsehus i praksis vil imøtekomme dette behovet. Dette inkluderer at tilbudet ved lokale kvinnehelsehus gjøres kjent for relevante brukere, at tilbudet ved kvinnehelsehuset reflekterer lokale behov og at tilbudet tas i bruk av de kvinner som har størst nytte av tilbudet. I praksis vil nytten mellom kvinnehelsehus variere mellom ulike områder og variere fra år til år. Den faktisk realiserede nytten vil derfor først kunne vurderes etter at tilbudet er tatt i bruk, men også da med måleutfordringer knyttet til nyttevirkninger.

Det er viktig å presisere at utfordringer med å måle nytte, ikke betyr at nytten ikke er til stede eller reell. For å illustrere de mulige samfunnsøkonomiske nyttevirkningene er det derfor gjennomført eksempelberegninger for den *potensielle* samfunnsøkonomiske gevinsten av Kvinnehelsehus innenfor seks utvalgte kvinnehelseområder/satsingsområder for Kvinnehelsehusene:

7. Kunnskapsformidling knyttet til kvinners helse og relevante helsetjenester
8. Barselomsorg
9. Veiledningssentre
10. Likepersontiltak
11. Ensomhet
12. Vold og sosial kontroll

Hvert av disse områdene representerer store potensielle samfunnsøkonomiske gevinster.

Eksempel 1: Kunnskapsformidling knyttet til kvinners helse og relevante helsetjenester

Helsekompetanse vil si personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.¹⁰²

¹⁰² [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen | Helse- og omsorgsdepartementet](#)

En betydelig samfunnsgevinst knyttet til kvinnehelsehusene til N.K.S. er deres potensielle bidrag til kunnskapsformidling innen seksuell og reproduktiv helse. Kvinnehelsehusene spiller en viktig rolle i å nå ut til ulike grupper, eksempelvis innvandrerkvinner, og tilbyr informasjon og veiledning om celleprøver, seksuell helse og rettigheter. Ved å tilby denne kunnskapen på en tilgjengelig og sensitiv måte, hjelper kvinnehelsehusene med å øke bevisstheten om viktigheten av regelmessige celleprøver for tidlig påvisning av livmorhalskreft og andre relevante helseproblemer.

Ved å nå ut til flere kvinner og fremme kunnskap om prevensjon og forebygging av gjentakende aborter, kan kvinnehelsehusene potensielt bidra til å redusere antallet uønskede svangerskap og komplikasjoner knyttet til reproduktiv helse. Dette kan føre til betydelige samfunnsmessige besparelser ved å redusere behovet for medisinske inngrep, aborter og mer omfattende behandling av komplikasjoner. Videre kan kunnskapsformidlingen også ha en positiv innvirkning på kvinners generelle helse og velvære.

Et konkret eksempel på Kvinnehelsehusenes bidrag til kunnskap er deres rolle i å øke bevisstheten om endometriose, en sykdom som rammer omtrent 10 prosent av alle kvinner og er en av de vanligste kvinnesykdommene i Norge.

Som følge av at mange av symptomene på endometriose er uspesifikke og diffuse, får mange kvinner ofte en rekke feildiagnoser, som irritabel tarm eller urinveisinfeksjoner. Dette medfører at det kan ta lang tid å stille diagnosen. Ulike kilder viser til at det i gjennomsnitt tar 6 til 7 år å få korrekt diagnose. Stor geografisk variasjon i antall inngrep per 1000 kvinner i alderen 16-55 år – antall inngrep var eksempelvis fire ganger så høy for bosatte i Vestfold som i Førde og Nord-Trøndelag – vitner om et betydelig rom for forbedring. En raskere og mer effektiv diagnostiseringsprosess vil kunne spare ressurser i helsetjenesten og gi helsegevinster til pasienten.

Flere studier har estimert store samfunnskostnader knyttet til endometriose. Blant annet går sykdommen på bekostning av kvinners evne til å delta i arbeidslivet.¹⁰³ Gjennomsnittlig årlig tap per kvinne med endometriose varierer mellom 70 000 og 175 000 kroner i ulike studier.¹⁰⁴ I tillegg kommer konsekvenser i form av tap av helsemessig livskvalitet og kostnader til helsetjenester.

Kunnskapsformidlingen som gis gjennom Kvinnehelsehusene kan være et tiltak som bidrar til raskere diagnostisering for flere kvinner med endometriose. Gjennom å samle helsepersonell med særskilt kompetanse på kvinnehelse og informasjonsarbeid rundt utbredte kvinnehelseutfordringer, vil Kvinnehelsehusene kunne bidra til at kvinner med endometriose får raskere hjelp.

Gitt de store samfunnsøkonomiske konsekvensene av endometriose og utfordringene knyttet til tidlig diagnostisering og behandling, representerer dette et tiltak som vil kunne realisere betydelige samfunnsgevinster. Dersom tilbudet ved Kvinnehelsehusene kan bidra til å korte ned tiden for diagnostisering med 1 år for 100 kvinner, vil dette kunne innebære en årlig samfunnsøkonomisk gevinst på mellom 7 og 17,5 millioner kroner knyttet til redusert produksjonstap alene. I tillegg kommer positive virkninger av økt helsemessig livskvalitet for kvinnene det gjelder og deres nærmeste, samt redusert belastning på helsevesenet.

¹⁰³ Simons mfl. (2012): *The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres*

¹⁰⁴ Armour mfl. (2019): *The cost of illness and economic burden of endometriosis and chronic pelvic pain in Australia: A national online survey*

Eksempel 2: Tiltak for helsefremmende barselomsorg

Funnene i denne rapporten beskriver store samfunnsutfordringer knyttet til barselomsorg. Selv om de fleste norske kvinner ikke opplever langvarige helseutfordringer, er svangerskap, fødsel og barseltid en periode som preges av fysiske og psykiske påkjenninger.

Norske og internasjonale studier viser at innvandrerkvinner fra visse land/områder har økt sannsynlighet for komplikasjoner, sammenlignet med resten av befolkningen.¹⁰⁵ Det er flere ulike faktorer som påvirker dette:

- Språkbarrierer og kommunikasjonsutfordringer mellom bruker og helsetjenesten
- Ulike kulturelle praksiser knyttet til svangerskap og fødsel
- Manglende helsekompetanse og kjennskap til norsk helsevesen
- Dårlig egenomsorg, lite nettverk og sosial støtte

Konsekvenser som assosieres med disse utfordringene er både negative utfall for mors fysiske og psykiske helse for mor, samt økt sannsynlighet for bl.a. krybbedød, premature fødsler og føtal vekstrestriksjon.¹⁰⁶

Et tiltak for å bedre mors og barns helse i forbindelse med perioden før og etter fødsel, er tilbud om flerkulturell doula. Flerkulturelle doulaer er kvinner med minoritetsbakgrunn som selv har født i Norge. De blir kurset gjennom et modulbasert kurs, utviklet og holdt av jordmødre. Slik innehar de både kunnskap gjennom egenerfaring og gjennom generell innføring i det norske helsevesenet. Den flerkulturelle doulaen blir så koblet med en gravid kvinne i svangerskapet som deler samme språk og kulturell bakgrunn som henne selv.

I Norge organiseres ordningen med flerkulturelle doulaer gjennom N.K.S. og er en del av tjenestetilbudet ved kvinnehelsehusene.

Det er gjennomført norske og internasjonale studier som dokumenterer positive helsemessige utfall av doula-ordninger for både mor og barn.¹⁰⁷ En amerikansk studie har vist at fødsler blant mødre innenfor målgruppen som ikke hadde doula-støtte hadde fire ganger større sannsynlighet for lav fødselsvekt, sammenlignet med mødre med doula-støtte, doblet sannsynlighet for fødselskomplikasjoner.¹⁰⁸ Studien viser også signifikant positiv effekt på amming i barseltiden. Andre studier har dokumentert positiv effekt på Apgar-score ved doula-støtte, og lavere bruk av keisersnitt.¹⁰⁹ En nylig norsk studie finner at doulaene bidro til å bygge en kulturell bro mellom migrantkvinnene og fødselsomsorgstjenestene i Norge.¹¹⁰

Resultatene fra de ulike studiene viser at tilbudet med flerkulturell doula har positive effekter for både mor og barns helse. Dette gir igjen positive samfunnsøkonomiske virkninger i form av økt livskvalitet og reduserte kostnader i helsetjenesten. Eksempelvis har premature fødsler både en betydelig direkte kostnad ved fødeinstitusjonen, med en anslått merkostnad på 445 000 kroner per fødsel.¹¹¹ Videre øker det risikoen for negative helseutfall og innebærer en betydelig økning i langvarige helseutgifter.¹¹²

¹⁰⁵ Bakken (2016): *Obstetric outcomes of immigrants in a low-risk maternity ward in Norway*

¹⁰⁶ Jardine mfl. (2021): *Adverse pregnancy outcomes attributable to socioeconomic and ethnic inequalities in England: a national cohort study. The Lancet.* [Link](#)

¹⁰⁷ Sobczak mfl. (2023): *The Effect of Doulas on Maternal and Birth Outcomes: A Scoping Review.* [Link](#)

¹⁰⁸ Gruber mfl. (2013): *Impact of Doulas on Healthy Birth Outcomes.* [Link](#)

¹⁰⁹ Campbell mfl. (2006): *A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula.* [Link](#)

¹¹⁰ Madland (2020): *Flerkulturell doula- en brobygger mellom mennesker i ulike relasjoner, tjenester, språk og kulturer.* [Link](#)

¹¹¹ Oslo Economics (2021): *Helseøkonomisk analyse av alternative målgrupper for screening for svangerskapsdiabetes.* [Link](#)

¹¹² Kim mfl. (2021): *Economic costs at age five associated with very preterm birth: multinational European cohort study* [Link](#)

Flere kostnadseffektivitetsanalyser underbygger at doula-tilbud er av betydelig samfunnsøkonomisk verdi.¹¹³

I tillegg til doula-tilbudet organiserer kvinnehelsehusene også frivillige aktiviteter innen barselomsorg, som blant annet «Barseltreff på tvers».¹¹⁴ Andelen minoritetsspråklige kvinner som deltar i klassiske barselgrupper er lav, og språkbarrierer trekkes frem som en av grunnene til dette. I dette tilbudet skapes et sosialt fellesskap der kvinnene kan dele erfaringer og luften bekymringer knyttet til egen og barnets helse, søvn- og matvaner, bekledning, barnehage og lignende.

Eksempel 3: Veiledningssentre for pårørende til rus og psykiatri

Veiledningssentrene er et gratis lavterskeltilbud som retter seg spesielt mot pårørende som står overfor utfordringer knyttet til rusmiddelavhengighet og/eller psykisk sykdom. Disse sentrene tilbyr faglig veiledning og informasjon skreddersydd etter pårørendes individuelle behov, og de strekker seg over et bredt spekter som inkluderer voksne, barn, unge, par og familier. Formålet med veiledningssentrene er å gi pårørende de nødvendige verktøyene for å kunne håndtere egen hverdag.

Disse sentrene gir en trygg arena for pårørende i en sårbar situasjon, hvor de kan dele sine erfaringer og utfordringer. Det er et viktig tilbud for pårørendes livskvalitet og forebygge risiko for at de pårørende selv blir syke. Gjennom å møte pårørende i en sårbar situasjon kan sentrene bidra til å bryte ned tabuer og forhindre isolasjon og ensomhet.

Veiledningssentrene spiller en viktig rolle i å beskytte fremtiden til barn som er pårørende. Når barn som er pårørende føler seg sett og ivaretatt reduseres risikoen for at de arver foreldrenes utfordringer. Dette bidrar til å bryte en negativ syklus og gir dem bedre forutsetninger for en sunn utvikling.

N.K.S. har i dag syv veiledningssentre som ligger under sekretariatet, og som er planlagt inn i kvinnehelsehusene. Selv med lite promotering hadde veiledningssentrene om lag 10 000 konsultasjoner i 2022. Dette understreker et stort behov for lavterskeltilbud, som veiledningssentrene bidrar til å dekke. For å kunne bli et landsdekkende tilbud, er det et ønske om å utvide antallet fysiske veiledningssentre og tilby veiledningstjenester på digitale plattformer.

Eksempel 4: Støtte gjennom fellesskap – Likepersonstiltak for kvinner

Kvinnehelsehusene gir en betydningsfull arena der enkeltpersoner har muligheten til å møte og samhandle med likepersoner, og dermed skape et fellesskap basert på deling av erfaringer. Eksempelvis Motherhood-programmet, et lavterskel veilednings- og refleksjonsprogram for innvandrerkvinner som oppdrar barn i Norge, er en del av dette initiativet. Målet med Motherhood er å hjelpe kvinnene med å bli tryggere i sin rolle som mødre i et nytt land, oppmuntre dem til å være aktive deltakere i samfunnet og gi dem verktøy til å håndtere utfordringene knyttet til å oppdra barn i et fremmed land så tidlig som mulig.

Kvinnehelsehusene har også likepersonstiltak som retter seg mot kvinner som står overfor andre utfordringer, som for eksempel overgangsalder og endometriose. Gjennom likepersonstiltakene kan kvinner som opplever lignende helseutfordringer møte og dele sine erfaringer. For eksempel kan kvinner som går gjennom overgangsalderens fysiske og følelsesmessige forandringer finne støtte og råd fra andre kvinner i samme

¹¹³ Greiner mfl. (2021): *The Cost-Effectiveness of Professional Doula Care for a Woman's First Two Births: A Decision Analysis Model*. [Link](#)

¹¹⁴ [Barseltreff på tvers | Norske Kvinners Sanitetsforening](#)

situasjon. På samme måte kan de som lider av endometriose, en smertefull tilstand som påvirker livskvaliteten, finne trøst og mestringsstrategier fra likesinnede.

Dette fellesskapet av likepersoner skaper en støttestruktur for både pasienter og pårørende som for mange kan være verdifull. Ved å kunne dele sine erfaringer og høre om andres lignende utfordringer, kan individer oppleve en følelse av tilhørighet, forståelse og trøst som bidrar til deres mentale og følelsesmessige velvære.

Gjennom dialog og samtaler med likepersoner får deltakerne muligheten til å utveksle råd, mestringsstrategier og praktiske tips som er relevante for deres spesifikke helseutfordringer. Dette styrker ikke bare deres evne til å håndtere disse utfordringene, men kan også gi en følelse av håp og inspirasjon. Ved å knytte opplevelsen av å være i et kvinnehelsehus med muligheten til å møte og interagere med likepersoner og *Motherhood*-deltakere, kan denne helhetlige tilnærmingen bli en verdifull ressurs for enkeltpersoner som søker støtte, kunnskap og fellesskap under sin helingsprosess.

Den samlede forskningen tyder på at likepersontiltak er forbundet med positive resultater for mental helse. Dette inkluderer økt lykke, selvtillit og mestringssevne, samt reduksjon i symptomer som depresjon, ensomhet og angst. Dersom Kvinnehelsehusene kan bidra til at enkeltpersoner har mulighet til å møte andre likepersoner, kan dette ha, som studier har bevist, positive effekter på kvinners fysiske og mentale helse.

Eksempel 5: Møteplass mot redusert ensomhet i samfunnet

Kvinnehelsehusene til N.K.S. kan spille en betydningsfull rolle i å avhjelpe ensomhet blant kvinner, og dermed bidra til å redusere de negative konsekvensene forbundet med ensomhet. Kvinnehelsehusene tilbyr en trygg og inkluderende arena der kvinner kan møtes, dele erfaringer og danne meningsfulle sosiale bånd.

Ved å tilrettelegge for felles møteplasser og en rekke varierte aktiviteter, skaper kvinnehelsehusene en viktig sosial struktur for kvinner som kan føle seg isolerte eller marginaliserte. Dette er spesielt relevant for kvinner som står overfor overgangsperioder i livet, inkludert nytilflyttede, eldre kvinner og de som møter helseutfordringer. Gjennom deltakelse i kvinnehelsehusenes fellesskap får kvinnene muligheten til å utveksle erfaringer, gi hverandre støtte og finne fellesskap i lignende livssituasjoner.

En nylig undersøkelse fra SSB viser at om lag 11 prosent av den norske befolkningen til enhver tid er plaget av ensomhet.¹¹⁵ Kvinner er i snitt noe mer ensomme enn menn, men det er ikke store forskjeller mellom kjønnene. Undersøkelsen viser at det er enkelte grupper der utfordringer med ensomhet er særlig høye. Blant kvinner gjelder dette særlig unge kvinner (18-24 år), kvinner i en vanskelig økonomisk situasjon, kvinner med helsemessige aktivitetsbegrensninger, kvinner som er arbeidsledig/ufør og kvinner med andregenerasjons innvandrerbakgrunn.

Flere nyere studier har fremhevet ensomhet som en betydelig folkehelseutfordring med flere negative konsekvenser:

- **Økt dødelighetsrisiko:** Sosial isolasjon gir en signifikant økning i individers risiko for prematur død for alle dødsårsaker, hvor risikoen kan sammenlignes med røyking, fedme og fysisk inaktivitet.
- **Demensrisiko:** Sosial isolasjon er assosiert med en 50 prosent økning i risikoen for demens.
- **Hjerte- og karsykdommer:** Svake sosiale relasjoner er assosiert med en 29 prosent økning i risikoen for hjerte- og karsykdom, og 32 prosent økt risiko for slag. Ensomhet er blant hjertesviktpasienter assosiert

¹¹⁵ [Blir vi stadig mer ensomme? | SSB Analyse 2021/08](#)

med 4 ganger høyere risiko for død, 68 prosent høyere risiko for innleggelse på sykehus og 57 prosent økt risiko for akutte legebøker.

- **Mental helse:** Ensomhet er assosiert med økt grad av depresjon, angst og selvmord.

Ved å lindre ensomhet bidrar kvinnehelsehusene til å redusere de skadelige virkningene. Ved å tilby et sosialt nettverk og støtte bidrar kvinnehelsehusene til å bekjempe ensomhet og dermed fremme den mentale og fysiske helsen til kvinnene som deltar.¹¹⁶

Videre kan kvinnehelsehusenes innsats for å bekjempe ensomhet ha en positiv innvirkning på samfunnet som helhet. Reduksjonen av ensomhet blant kvinner kan føre til økt sosial inkludering, forbedret psykisk helse og økt samfunnsengasjement.¹¹⁷ Dette kan igjen føre til lavere behov for helsetjenester, redusert byrde på det offentlige helsevesenet og potensielle samfunnsøkonomiske gevinster.

Eksempel 6: Tiltak for voldsutsatte kvinner

De samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til vold i nære relasjoner er beregnet til 92,7 milliarder kroner i Norge i 2021.¹¹⁸ Konsekvensene er først og fremst knyttet til vold mot kvinner. En nylig publisert studie fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) viser at én av fem kvinner i Norge oppgir å ha blitt voldtatt.¹¹⁹ Funnene fra denne undersøkelsen viser at vold og overgrep fremdeles er et alvorlig samfunnsproblem i Norge. Omfanget er høyt i befolkningen, og kvinner er særlig utsatt for alvorlig vold i nære relasjoner og seksuell vold.

Både Menon og NKVTS konkluderer med at det er behov for økt prioritering av voldsforebyggende arbeid, samt et utvidet tilbud til de som rammes av vold. Menon-rapporten fremhever behovet for økt innsats for å forebygge de negative konsekvensene knyttet til vold i nære relasjoner, sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Den peker på at samfunnsproblemet er betydelig, men at flere deler av den norske offentlige sektoren har relativt lave ressurser i forhold til omfanget av problemet.

Kvinnehelsehusene representerer et konkret tiltak som kan hjelpe kvinner som har vært utsatt for vold. Her finner voldsutsatte kvinner et trygt og beskyttende miljø der de kan få støtte, veiledning, og ressurser for å gjenopprette sine liv.

Kvinnehelsehusene tilbyr skreddersydde tjenester som møter de spesifikke behovene til voldsutsatte kvinner, inkludert prosjektet "Resursvenn." Dette initiativet kobler voldsutsatte kvinner med frivillige ressursvenner i den sårbare perioden etter brudd og utflytting fra krisesentrene. Ressursvennene er dedikerte støttespillere som gir de nødvendige omsorgen og støtten i denne utfordrende fasen. Gjennom "Resursvenn"-prosjektet tilbyr kvinnehelsehusene en trygg og fortrolig relasjon mellom voldsutsatte kvinner og ressursvennene, som kan bidra til å bygge opp igjen tilliten og selvtiliten til kvinnene. I tillegg gir ressursvennene praktisk hjelp og følelsesmessig støtte i en tid preget av sårbarhet.

Kvinnehelsehusene fungerer også som en nøkkel til å koble voldsutsatte kvinner med andre relevante hjelpeinstanser. De samarbeider tett med krisesentre, helsevesenet og andre sosiale tjenester, og sikrer dermed

¹¹⁶ Se for eksempel: [Frivillig arbeid gir bedre helse | Frivillighet Norge](#)

¹¹⁷ Fladmoe og Folkestad (2016): *Deltakelse i frivillig arbeid, helse og livskvalitet*. [Link](#)

¹¹⁸ Menon Economics (2023) *Samfunnskostnader av vold i nære relasjoner*. [Link](#)

¹¹⁹ NKVTS (2023): *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen*. [Link](#)

en helhetlig og koordinert tilnærming til voldssaker. Dette bidrar til bedre koordinering av tjenester og øker tilgangen til hjelp og beskyttelse for voldsutsatte kvinner.

Gjennom sitt engasjement i å hjelpe voldsutsatte kvinner, kan kvinnehelsehusene bidra til å bryte den onde sirkelen av vold, styrke kvinners rettigheter og sikkerhet, samt fungere som et avgjørende støttenettverk som muliggjør at voldsutsatte kvinner kan komme seg ut av voldssituasjoner, gjenopprette sin fysiske og psykiske helse, og bygge et trygt og selvstendig liv for seg selv og eventuelle barn de måtte ha.

Den voldsomme samfunnsøkonomiske byrden knyttet til vold i nære relasjoner understreker viktigheten av kvinnehelsehusenes arbeid med å tilby hjelp og støtte til kvinner som er berørt av dette alvorlige samfunnsproblemet. Samtidig kan kvinnehelsehusenes innsats føre til positive samfunnsøkonomiske resultater ved å redusere voldens kostnader og konsekvenser på lang sikt.

Referanseliste

- Armour, M., Lawson, K., Wood, A., Smith, C. A., & Abbott, J. (2019). *The cost of illness and economic burden of endometriosis and chronic pelvic pain in Australia: A national online survey*. Retrieved from <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0223316>
- Barstad, A., & Sandvik, L. (2015). Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene. *SSB*.
- Basu A, M. D. (2005). Implications of spillover effects within the family for medical cost-effectiveness analysis. *J Health Econ*.
- Bauer, A., Knapp, M., & Adelaja, B. (2016). *Best practice for perinatal mental health care: the economic case*. London: London School of Economics.
- Berge, T., Øien, H., & Jakobsson, L. (2014). Formell og uformell omsorg. Samspillet mellom familien og velferdsstaten. *Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA*.
- Blix, B., Stalsberg, H., & Moholt, J.-M. (2021). Demografisk utvikling og potensialet for uformell omsorg i Norge. *Tidsskrift for omsorgsforskning*.
- Bobinac A, v. E. (2010). Caring for and caring about: disentangling the caregiver effect and the family effect. *J Health Econ*.
- Bom, J. &. (2019). Health effects of caring for and about parents and spouses. *The Journal of the Economics of Ageing, Elsevier, vol. 14(C)*.
- Bufdir. (2021). *Utsatthet for vold og kjønnsforskjeller*. Retrieved from Bufdir: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/kjonnslikestilling/Vold_og_kjonn/Utsatthet_for_vold/
- Bufdir. (2022). *Helsesituasjon og kjønn*. Retrieved from Bufdir: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Kjonnslikestilling/Helse_og_kjonn/Helsesituasjon/
- Bugge, C., Sæther, E. M., Brustugun, O. T., & Kristiansen, I. S. (2021). Societal cost of cancer in Norway - Results of taking a broader cost perspective. *Health Policy*, 1100-1107.
- Cacioppo, J., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*.
- Fasmer, O. B., & Oedegaard, K. J. (2004). *Migrene og psykiske lidelser*. Tidsskr Nor Lægeforen. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2004/09/oversiktsartikkel/migrene-og-psykiske-lidelser>
- Fladmoe, A., & Folkestad, B. (2016). Deltakelse i frivillig arbeid, helse og livskvalitet. *Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor*.
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner*. Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Muskel- og skjeletthelse i Norge*. Retrieved from Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>

- Folkehelseinstituttet. (2022b). *Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtp perioden*. Retrieved from Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Norges offentlige utredninger.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Meld. St. 7 (2019-2020)*. Regjeringen.no. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Meld. St. 7 (2019-2020)*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2022). *Folkehelse i et livsløpsperspektiv*. Helsedirektoratet. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding>
- Hjemås, G., Holmøy, E., & Haugstveit, F. (2019). *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. Statistisk sentralbyrå*.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T., & Layton, B. (2010). *Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. Plos Medicine*.
- Haaland, T., Clausen, S.-E., & Schei, B. (2005). *Vold i parforhold- ulike perspektiver. NIBR*.
- ICAEW Insights. (2021). *The economic cost of menopause transition*. Retrieved from <https://www.icaew.com/insights/viewpoints-on-the-news/2021/jul-2021/the-economic-cost-of-menopause-transition>
- Jensen, F., Pettersen, A., Frønes, T., Kjærnsli, M., Rohatgi, A., Eriksen, A., & Narvhus, E. (2019). *PISA 2018: Norske elevers kompetanse i lesing, matematikk og naturfag. Universitetsforlaget*.
- Koren, C. (2012). *Kvinnens rolle i norsk økonomi*. Universitetsforlaget.
- Korsvik, T. R. (2020). *Kjønn og kvinnehelse i helseprofesjonsutdanninger*. kjønnsforskning.no.
- KPMG. (2009). *The Cost of Violence Against Woman and Their Children. The National Council to Reduce Violence against Women and their Children*.
- Krokstad, S., & Knudtsen, M. (2011). *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag*.
- Lunde, E., & Ramm, J. (2021). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. Statistisk sentralbyrå*.
- Madland, A. (2020). *Flerkulturell doula- en brobygger mellom mennesker i ulike relasjoner, tjenester, språk og kulturer. Universitetet i Stavanger*.

- Menon Economics. (2019). *Muskel- og skjelettsykdom i Norge: Rammer flest - koster mest*. Oslo: Menon Economics.
- Menon Economics. (2022). *Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser*. Menon Economics. Retrieved from <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2022-3-Samfunnsverdien-av-a-forebygge-spiseforstyrrelser.pdf>
- Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress. (2021). *Kommunenes helhetlige arbeid med vold mot kvinner og vold i nære relasjoner*. Likestillings- og diskrimineringsombudet.
- NHI. (2021). *Brystkreft, noen faktaopplysninger*. NHI.no. Retrieved from <https://nhi.no/sykdommer/kreft/brystkreft/brystkreft-noen-fakta/>
- NHI. (2022). *Kvinner og migrene*. nhi.no. Retrieved from <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/migrene/migrene-hos-kvinner/>
- NHI. (2022). *Overgangsalderen*. (nhi.no, Editor) Retrieved from <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/hormonbehandling/overgangsalderen/?page=1>
- NHI. (2022). *Vulvodyni*. nhi.no. Retrieved from <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/ulike-sykdommer/vulvodyni/>
- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen - Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*.
- Oslo Economics. (2016). *Kreft i Norge: - kostnader for pasientene, helsetjenesten og samfunnet*. Oslo Economics. Retrieved from <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/02/Kreftkostnader-i-Norge-Oslo-Economics.pdf>
- Oslo Economics. (2020). *Migrene i et samfunnsperspektiv*. Oslo Economics. Retrieved from <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2020/11/Migrene-i-et-samfunnsperspektiv-1.pdf>
- Oslo Economics. (2022). *Arbeid, helse og kreft*. Oslo: Oslo Economics.
- Oslo Economics. (2022). *Samfunnsøkonomisk vurdering av marginalisering og utenforskap*.
- Oslo Economics. (2022). *Sykdomsbyrden av behandlingsresistent depresjon*.
- Pedersen, S., & Kjelsaas, I. (2021). *Brutto produksjonstap av pårørendeinnsats i Norge*. Menon Economics.
- Pårørendealliansen. (2018). *Raske fakta – psykisk helse og avhengighet*.
- Rasmussen, I., Strøm, S., Sverdrup, S., & Vennemo, H. (2012). *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner*. Oslo: Vista Analyse.
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2022). *Analyser til Kvinnehelseutvalget: Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester på utvalgte områder*. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering.
- Simoens, S., Dunselman, G., Dirksen, C., Hummelshoj, L., Bokor, A., Brandes, I., . . . Falcone, T. (2012). The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction*, 1292-1299.

- Simoens, S., Dunselman, G., Dirksen, C., Hummelshoj, L., Bokor, A., Brandes, I., . . . Jørgen, J. (2012). *The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres*. Journal article. Retrieved from <https://academic.oup.com/humrep/article/27/5/1292/700268>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Gradientutfordringen.
- Statistisk Sentralbyrå. (2022). *Kvinner liv og helse siste 20 år*. Statistisk Sentralbyrå.
- Stokke, O., Karttinen, E., Halvorsen, C., Vinter, C., & Skogli, E. (2022). Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser. *Menon-publikasjon nr3/2022*.
- Suren, P. (2018). *Har ungdommer dårligere psykisk helse enn før?* Tidsskr Nor Legeforen. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2018/09/leder/har-ungdommer-darligere-psykisk-helse-enn>
- Utført av Opinion AS for Norske kvinners sanitetsforening. (2019). *Pårørendeundersøkelse*.
- Wesseltoft-Rao, N., Holt, T., & Helland, M. S. (2017). *Gruppetiltak og kurs for foreldre: Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer*. Folkehelseinstituttet.
- Wittenberg, E. J. (2019). Spillover Effects on Caregivers' and Family Members' Utility: A Systematic Review of the Literature. *PharmacoEconomics* 37 , 475–499.
- Wittenberg, E. P. (2013). Disutility of Illness for Caregivers and Families: A Systematic Review of the Literature. *PharmacoEconomics* 31, 489–500.
- Østbakken, K. (2016). Likestilling og verdiskaping : om kvinners yrkesdeltakelse og dens betydning for økonomisk vekst. *Institutt for samfunnsforskning*.



Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et medarbeidereiet konsultentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked. Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside www.menon.no.

+47 909 90 102 | post@menon.no | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | menon.no