

Kvinnehelse i faglig klemme?

VI INTERVJUER

TOM SUNDAR,

Email: tom.sundar@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Berit Schei mener at kjønnsperspektivet er oversett i medisinen og at helsetjenestene ikke er likeverdige for menn og kvinner. Norges første og eneste professor i kvinnehelse vil derfor styrke medisinsk forskning og undervisning om kvinnehelse.

– Kvinnehelse er et fagområde som formidler kjønnsspesifikk, medisinsk kunnskap forankret i klinisk, biologisk og epidemiologisk forskning, forklarer Berit Schei, som i 1998 ble utnevnt som professor i kvinnehelse ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Det medisinske fakultet i Trondheim.

Kjønnsperspektivet

Berit Schei så gjerne at kvinnehelse fikk et annet navn, for eksempel kvinnemedisin. – Helse er upresist og innebærer mer enn bare fravær av sykdom. Ordet kvinnehelse blir imidlertid brukt internasjonalt, og samsvarer med den engelske termen women's health, forteller hun.

Begrepet kjønnsperspektiv står sentralt i kvinnehelse. I den offentlige utredningen om kvinners helse som ble lagt frem i fjor, konkluderes det med at kjønnsperspektivet er gjennomgående mangelfullt i medisinsk fagutvikling og forskning og i offentlig planarbeid (1–3). Utredningen foreslår en serie tiltak for å bedre kvinners helse og styrke kjønnsperspektivet i medisinen.

– Hvorfor er kjønnsperspektivet så viktig?

– Det er viktig for å overkomme skjevheter og stereotypier i medisinsk kunnskap, en følge av at det er menn som har satt premissene i vitenskapen. I dag kan empirisk forskning vise at sykdommer opptrer med ulik hyppighet og med ulike årsaksforhold og risikofaktorer hos menn og kvinner. Det er også vist at kvinners biologiske syklisitet virker inn på smerteopplevelse, medikamentvirkning og sykdomsprognose. I debatten om kvinnehelse og kvinneforskning har det kommet frem at flere store medisinske studier har omfattet bare menn. Dette gjelder særlig de store hjerte- og karundersøkelsene i USA. Skal vi få en likeverdig helsetjeneste, må vi ta hensyn til kjønnsdimensjonen.

– Betyr det at dagens helsetjeneste ikke er likeverdig for menn og kvinner?

– Ja, behandlingen av hjerte- og karsykdommer er et kjent eksempel. Menn har alltid gått foran kvinner og fått de nyeste medisinene og behandlingstilbudene.

Universitetsfaget

Forskningen og fagutviklingen innen kvinnehelse skjer i samarbeid med Senter for kvinneforskning ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Dette er et tverrfaglig senter med sterke forbindelser til blant annet samfunnsvitenskapene. De fleste av landets universiteter har bygd opp tilsvarende sentre, men det er bare Det medisinske fakultet i Trondheim som har opprettet et professorat i kvinnehelse.

Faget vokste gradvis frem som et akademisk fag i 1980-årene. Det var i 1991, da Norges forskningsråd lanserte et femårig program for grunnleggende medisinsk kvinneforskning, at det for alvor ble fart i sakene. Berit Schei ble utpekt som leder: – Satsingen førte til at det ble satt i gang flere kliniske og epidemiologiske studier langs to tematiske akser. Den ene aksen var betydningen av seksualisert vold for kvinners helse. Den andre var kroniske lidelser og hjerte- og karsykdommer hos kvinner. Disse temaene har vært sentrale innen kvinneforskning de senere årene, sier hun.

Fremdeles har faget beskjedne ressurser i universitetssammenheng, men på sikt vil den økende kunnskapsmengden skape behov for flere akademiske stillinger, mener Schei. De siste årene har hun arbeidet for å styrke undervisningen innen kvinnehelse ved medisinstudiet i Trondheim. Studentene har dette som undervisningstema i én uke i den samfunnsmedisinske studietermen. Berit Schei opplever stor interesse for faget, fra så vel mannlige som kvinnelige studenter. Men ennå er det kvinnene som sitter lengst fremme i auditoriet, forteller hun.

«Boys and toys»

– Hva har kvinnes inntog i medisinen hatt å si for kvinnehelse som akademisk fag?

– Faget har vokst og fått større akademisk legitimitet. Dette skyldes først og fremst det økte tilfanget av forskningsresultater, ikke bare at det er blitt flere kvinnelige medisinstudenter i auditoriene, sier hun.

– Hvilken plass har kvinnehelse og kvinneforskning i de teknologiske fagmiljøene ved NTNU?

– Senter for kvinneforskning er en liten enhet, men vi samarbeider med både samfunnsfag og teknologifag. Foruten min professorstilling i kvinnehelse ved Det medisinske fakultet, har senteret et professorat i kvinneforskning relatert til teknologifag og et annet i kvinneforskning relatert til naturvitenskap. Dette er med på å styrke kvinneperspektivet på ulike områder, forteller hun. Hun nevner ultralyd i svangerskapet som et eksempel på et tverrfaglig forskningsområde ved NTNU.

Med spesialistbakgrunn fra gynekologi, et fag som i flere tiår har hatt en sterk teknologisk orientering, er det naturlig for Berit Schei å rette blikket mot medisinsk teknologi: – Det er viktig at teknologiforskning foregår parallelt med kritiske metodevurderinger. På dette området kan og bør kvinneforskere og samfunnsmedisinere engasjere seg. Dermed skapes det nye perspektiver, og samtidig buffersoner mot teknologiorienteringen innen medisinen.

Hun skjuler ikke sin skepsis mot menns omgang med teknologi, eller det hun kaller for «boys and toys»-kultur: – Det finnes nok av eksempler på at kvinner har vært brukt som forsøkskaniner av menn med stor forskertrang. Det kan fremdeles skje, derfor er det viktig å være med i teknologidebatten, sier hun.

Seksualisert vold

I 1980, da hun var fersk assistentlege ved gynekologisk avdeling ved Innherred sykehus, fikk

Berit Schei en henvendelse som skulle bli avgjørende for karrierevalget. Hun ble spurt om å undervise for en gruppe kvinner som ønsket å starte et kvinnesenter. Temaet var hvordan mishandling og seksualisert vold påvirket kvinners helse. Hun sa ja til å undervise, men da hun skulle forberede seg, oppdaget hun at seksualisert vold var så godt som et ikke-tema i den medisinske faglitteraturen. Blant legene ved gynekologisk avdeling var det heller ikke mye hjelp å få.

– Det var et område preget av kunnskapsmangel. Leger var ikke opptatt av seksualisert vold, og ofte valgte kvinnene å skjule overgrepene, fordi de fryktet at de ikke skulle bli trodd. Det finnes nok av eksempler på at kvinner har prøvd å si fra uten at legen oppfattet signalene. Runde journalformuleringer som at «kvinnen angir problemer i ekteskapet», kan ofte skjule sterke historier. Men journalene sier ikke noe om dekksminken i ansiktet eller oversette blåmerker på kroppen.

I 1990 forsvarte Berit Schei doktorgradsavhandlingen med den treffende tittelen *Trapped in painful love*. Dette banebrytende arbeidet bidro til at seksualisert vold og voldsproblematikk ble akseptert som et medisinsk anliggende.

Hvert år dør 6–10 kvinner i Norge som følge av vold i ekteskapet, ifølge Schei. Tallene står i grell kontrast til andre positive kvinnestatistikker, for eksempel den positive utviklingen av maternell dødelighet, som i dag praktisk talt er lik null. Slike motsetninger bør anspore til mer enn akademisk refleksjon, mener hun. Hun understreker behovet for et bedre, profesjonelt tilbud til voldsutsatte kvinner. Hun er selv organisatorisk ansvarlig for mottaket av ofre for seksualisert vold ved Kvinneklinikken ved Regionsykehuset i Trondheim.

– Det er viktig at seksualisert vold også blir tema i de store helseundersøkelsene. For å følge kvinnehelsens utvikling over tid, er det ikke nok å se på tall fra kriminalstatistikken. Det trengs epidemiologiske data, sier professoren.

Berit Schei har vært en sentral person i oppbyggingen av kvinnehelse som universitetsfag og medisinsk forskningsområde. Foto T. Sundar

Forskning i klem

Kvinneforskning er blitt beskyldt for å være både useriøs og tendensiøs, fordi den ofte kommer i klem mellom objektive forskningsmetoder og ideologiske eller politiske interesser. Men Schei tar kritikken med stoisk ro.

– Kulturelle og politiske faktorer vil alltid påvirke forskningen. Kjønnsskjevhetene som kvinneforskningen avdekker på mange områder, er ofte både kontroversielle og vanskelig å akseptere. Derfor tror jeg forskningen blir så sterkt kritisert, sier hun.

– Det som er viktig å erkjenne, er at forskjellene er reelle. For eksempel rammes kvinnen oftere av kroniske sykdommer og av muskel- og skjelettsykdommer, osteoporose og mentale lidelser. Disse sykdommene har alvorlige psykososiale konsekvenser, men de har likevel lav status og lav prioritering i helsevesenet.

At det nylig ble opprettet et professorat innen osteoporose ved Aker sykehus i Oslo, ser hun på som et fremskritt for medisinsk kvinneforskning. – Osteoporose og lårhalsbrudd er eksempler på medisinske tilstander som fortjener forskernes oppmerksomhet.

Berit Schei påpeker at helseundersøkelsene viser at yrkesaktive kvinner med familie er de som har minst helseplager. Dette kan tyde på at aktivitet på flere arenaer er helsefremmende. På den annen side har det i de senere årene vært mye oppmerksomhet rundt økningen av uforklarlige smertetilstander hos kvinner. Det medisinske diagnosekartoteket har fått nye ord som fibromyalgi, kronisk tretthetssyndrom, bekkenløsning og nakkesleng (4). Smerter i muskler og skjelett er den viktigste symmeldings- og uførhetsgrunn hos kvinner, og sekkebetegnelser som somatiseringssyndrom, psykosomatiske og somatoforme lidelser brukes ofte (1).

- Kan vektlegging av kvinneperspektivet være med på å medikalisere hverdagslivets plager og besvær?
- Jeg tror ikke det. Faget kvinnehelse har et kritisk perspektiv og kvinneforskere er klar over denne balansegangen. Medikalisering er et generelt trekk i kultur- og samfunnsutviklingen og opprettholdes blant annet gjennom legemiddelindustriens press på å øke forbruket av legemidler.

Bredt engasjert

Berit Schei har et sterkt internasjonalt engasjement, både på det akademiske, organisasjonsmessige og humanitære plan. I 1996 ble hun engasjert av Verdens helseorganisasjon som rådgiver innen temaområdet kvinnemishandling og seksualisert vold. I 1997–98 var hun gjesteprofessor i kvinnehelse ved University of Toronto. For tiden er hun med i den internasjonale gynekologföderasjonens ekspertpanel for kvinnehelse og seksualisert vold.

Hun har tidligere arbeidet i flyktningleirer i Sør-Libanon. De siste 5–6 årene har hun vært med på å organisere tilbud for mottak og oppfølging av traumatiserte kvinner i krigsområder i Bosnia-Herzegovina. Arbeidet har gjort et sterkt inntrykk. Hun forteller om enorme lidelser og uverdige forhold i flyktningleirene, ikke minst for kvinner og barn: – Krig og ulykker rammer først og fremst kvinner og barn. Derfor er det viktig at nødhjelpen omfatter medisinske og psykososiale tilbud, sier hun.

– Ser du på din rolle å være en som varsler om forhold innen medisinen som er kvinneundertrykkende?

– Jeg kjenner meg igjen i den beskrivelsen. Det har ikke vært enkelt å få satt kvinnehelse på medisins agenda. Ennå er det mange mannlige leger som setter likhetstegn mellom kvinneforskning og kvinnesak, men kvinneforskning er i høyeste grad legitim forskning.

– Er du en god, gammeldags rødstrømpe?

– Mange oppfatter meg nok som feminist og rødstrømpe, men jeg bruker ikke disse karakteristikkene om meg selv, smiler Berit Schei. Så må hun haste av sted. Dagens aerobics-økt venter.

- – Berit Schei, født 12. oktober 1950
- – Cand.med. i Oslo 1978, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer 1986, dr.med. i Trondheim 1990
- – Artikler innen gynekologi, psykososial gynekologi og kvinnehelse
- – Forskningsleder for Medisinsk kvinneforskning ved Norges forskningsråd 1991–97.
- – Fra 1998 overlege ved Regionsykehuset i Trondheim og professor i kvinnehelse ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved NTNU

LITTERATUR:

1. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
2. Schei B. Ulikt kjønn – lik behandling? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1732.
3. Husom N. Er den lille forskjellen større enn vi tror? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 712–3.
4. Malterud K. Kvinners «ubestemte» helseplager – medisinske og velferdspolitiske utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1790–3.

Publisert: 20. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no