



Ulikt kjønn - lik behandling?

REDAKSJONELT

SCHEI B

Et regjeringsoppnevnt utvalg har levert en innstilling om kvinnehelse i Norge

At det er et skrikende behov for tiltak for å bedre kvinners helse i et globalt perspektiv kan illustreres med ett enkelt tall: Over en halv million kvinner dør fortsatt årlig i tilslutning til graviditet og fødsler. Det er i de fattigste landene og i land der kvinner har lav sosial status at dødeligheten er høyest. Selv om vi i Norge har en maternell dødelig på nær null, er vi ikke på verdenstoppen når det gjelder f.eks. levetid. I Norge er forventet levealder for kvinner 81 år, mens Japan ligger høyere med 84 år. I Europa er Frankrike på topp med 82 år.

Utredningen om kvinners helse i Norge (1) gir et bredt bilde av hvorfor det er mange grunner for å gjøre kjønn og helse til tema her i landet. Norges internasjonale forpliktelse til å følge handlingsplanen vedtatt ved FNs fjerde internasjonale kvinnekongress har også vært bakgrunn for at sentrale myndigheter nå ønsker å granske forholdene i vårt eget land.

Utredningen henter kunnskap fra mange fagområder. Resultater fra kvinne- og kjønnsforskning innen sosiologi og psykologi er sentrale bidrag. I utredningen er dette utgangspunktet: "Kjønn er biologi, og som sådan opplagt relevant for å forstå sykdom og helse. Men kjønn er også identitet (hvordan vi opplever oss selv som mann eller kvinne), kulturelle symboler (hvordan vi assosierer visse egenskaper og uttrykk til kvinnelighet og mannlighet) og struktur (hvordan fordeling av makt, ressurser, arbeidmed videre, er systematisk koblet til kjønn)" (1, s. 14).

I utredningen rettes det et kritisk blikk på tradisjonelle medisinske sannheter der kjønnsdimensjonen enten har vært oversett, eller vært basert på diskriminerende oppfatninger av kvinner. Internasjonalt har denne debatten pågått de siste tiårene. Det er blitt påpekt at store medisinske studier helt manglet kvinnelige deltakere (2). Dette gjaldt særlig de store hjerte- og karundersøkelsene i USA. Et kontor for kvinnehelseforskning ble tidlig etablert ved National Institutes of Health i USA, og prosjekter ble startet for å bote på kunnskapsmangelen f.eks. når det gjaldt forebygging av hjerte- og karsykdommer hos kvinner. Prestisjetunge medisinske tidsskrifter publiserte oversiktsartikler og temanumre om kvinnehelse utover i (3-8) 1990-årene. Det ble opprettet egne akademiske sentre og stillinger med dette som spesialområdet i mange deler av verden.

Her i Norge førte debatten om likestilling og leger til at betydningen av legens kjønn ble tema for profesjonsforskningen (f.eks. innenfor Legekårsundersøkelsen). Etter hvert som kvinnelige leger gjorde sitt inntok på flere felter, var de med på å ta opp nye problemstillinger blant sine kolleger. Debatten om hva som er sentrale medisinske problemstillinger, ble farget av deltakelsen av leger med samme kropp og liknende livserfaring som de kvinnelige pasientene. Utviklingen av en egen kvinneforskning innen

medisin (9), utløste forskningsprogrammer (10) som bidrog til en utvidelse av kunnskapstilfanget også innen medisin (11, 12). Det er også etablert egne kjernemiljøer finansiert av Norges forskningsråd og det er opprettet akademiske stillinger. Store frivillige organisasjoner som Norske Kvinners Sanitetsforening, har opprettet egne fond for kvinnemedisinsk forskning.

Utredningens kapittel om kvinners helse og sykdom er skrevet av sentrale fagfolk. Hjerter- og karsykdommer, lungelidelser og allergi, infeksjonssykdommer, psykiske lidelser, og legemiddelbruk er noen av overskriftene. Det pekes på at vi mangler kunnskaper for å forebygge sykdommer hos kvinner som tradisjonelt har vært ansett som livsfarlige for menn. Hjerter- og karlidelser er den viktigste dødsårsak også blant kvinner. Viktige kreftformer som lungekreft er økende blant kvinner. Også dødelighet av kronisk obstruktiv lungelidelser øker hos kvinner, mens den minker blant menn.

Kvinner rammes hyppigere av enkelte kroniske sykdommer. Utredningen peker på at det bør legges større vekt på sykdommer som osteoporose, muskel- og skjelettsykdommer og mentale lidelser. Felles for disse tilstandene er at de har hatt lav status og blitt gitt lav prioritering i helsevesenet. Utredningen peker på utfordringer når det gjelder kunnskapsutviklingen omkring slike tilstander. Det foreslås opprettelse av forskningsmiljøer ved alle medisinske fakulteter og midler til grunnleggende forskning om kjønnsforskjeller i forekomst, risiko og utvikling av sykdom. Helsetjenesten utfordres til i større grad å legge vekt på kontinuitet i behandlingen. I utredningen påpekes behovet for særtiltak for enkelte grupper, som for eksempel kvinner som har vært utsatt for vold. Her blir det foreslått å opprette et eget kvinnevoldsutvalg for å forbedre ulike etaters innsats for å forebygge vold mot kvinner. Det etterlyses også en reell brukermedvirkning. F.eks. må kvinner selv med i beslutningene når nye modeller for svangerskapsomsorg, føde- og barselinstitusjoner skal vurderes. Men også innen andre områder tas det til orde for at brukerkunnskap må anerkjennes som en gyldig og viktig kunnskapskilde.

Utredningen inneholder mange konkrete forslag med relevans for klinikk, forvaltning og forskning. Den har allerede vakt debatt i mediene og i Tidsskriftets spalter (13-15). Den presenterer viktig kunnskap. Jeg håper man her ikke nøyer seg med å lese medieoppslag, men går til selve kilden for å granske holdbarheten av konklusjonene. Man kan være enig eller uenig, uansett bør utredningen stimulere til selvrefleksjon og handling. Det trenger vi i bestrebelsene for å skape et likeverdig helsevesen for begge kjønn.

Berit Schei

Berit Schei (f. 1950) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor i kvinnehelse ved NTNU

LITTERATUR:

1. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjonstatens trykning, 1999.
2. Meinert CL. The inclusion of women in clinical trials. *Science* 1995; 269: 795-6.
3. Women's health. Temanummer. *Lancet* 1997; 349 (suppl 1): 1-26.
4. Craft N. Women's health is a global issue. *BMJ* 1997; 315: 1154-7.
5. Craft N. Life span: conception to adolescence. *BMJ* 1997; 315: 1227-30.
6. Craft N. Women's health. The childbearing years and after. *BMJ* 1997; 315: 1301-4.
7. Women's health research. Temanummer. *Science* 1995; 269.
8. Gender and health. Temanummer. *Social Science & Medicine* 1999; 48 (suppl 1).
9. Botten G, Malterud M. Hva er medisinsk kvinneforskning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1984; 104: 746-8.
10. NAVF. Medisinsk kvinneforskning. Oslo: Norges forskningsråd, 1989.

11. Schei B, Botten B, Sundby J, red. Kvinnemedisin. Oslo: Ad Notam, 1993.
12. Kvinners helse - mange studier verdt. Rapport fra avslutningsseminar. Oslo: Norges forskningsråd. Området formedisin og helse, 1997.
13. Husum N. Er den lille forskjellen større enn vi tror? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 712-3.
14. Aarseth HP. Kvinnehelseutvalget skyter spurv med kanoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 727.
15. Malterud K. Kvinners "ubestemte" helseplager - medisinske og velferdspolitiske utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1790-3.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

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