

Kvinner, kjønn og medisin



Redaksjonelt

*Medisinsk forskning og praksis
må ta hensyn til kjønnsforskjeller*

Å sette «kjønn» på et problem er noe man ofte gjør når det dreier seg om kvinner: Det er mange sykmeldte og uføre kvinner i Norge. Beinskjørhet er et økende problem hos eldre kvinner i Norge. Når problemer først og fremst rammer menn, blir ikke så ofte kjønnnet presisert. Simone de Beauvoirs hevder i sitt klassiske verk *Det annet kjønn* om de sosialt konstruerte kjønnsforskjellene at vi ikke bare er kvinner fra fødselen av, men at vi skapes til kvinner i samfunnet (1).

Det er biologiske forskjeller mellom kvinner og menn. Dette har idretten alltid tatt hensyn til. Selv de beste kvinnelige fotballspillerne får ikke plass på herrelandslaget, og det opereres med ulike verdensrekorder for lengdeløp på skøyter for kvinner og menn. Alle vet at på gruppenivå er kvinner mindre enn menn, løper litt saktere, har mindre muskelmasse og -kraft og litt mer fettvev. De fleste vet også at vi har ulike hormoner, og ulik struktur helt ned på cellenivå. I Norges forskningsråds ellers utmerkede brosjyre om biomedisinsk forskning (2) vises et bilde av «menneskets kromosomer» med en tydelig X og en tydelig Y; dette er *mannens* kromosomer. En bagatell, kanskje, men det er en systematisk bagatell.

Den nasjonale forskningsetiske komité legger i disse dager frem sine retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning (3), slik man har hatt i USA siden 1994. Norske retningslinjer ble etterlyst i den offentlige utredningen om kvinnehelse (4). Enhver forsker må nå tenke gjennom spørsmålet om hvorvidt det finnes kjønnsforskjeller, og om det er nok dokumentasjon omkring virkningen av intervensjoner i forhold til virkninger på menn og virkninger på kvinner.

Kvinner bruker medisiner, og kvinner blir gravide. Kvinnelige pasienter har krav på å vite om de medisinene de bruker har dokumentert effekt på kvinner, og har krav på å vite hva slags effekt medisinen kan ha på fosteret dersom de skulle bli gravide. Foreligger det for eksempel (5) økt risiko for misdannelser, atferdsforstyrrelser eller neonatal abstinenssyndrom hos en 30 år gammel gravid kvinne med schizofreni og som har brukt et antipsykotisk middel i de første 32 svangerskapsukene? Bør kvinnen seponere medisinene og få tilbakefall av sin psykose? Kan hun ta sjansen på å fullføre svangerskapet? Man kan ikke svare et sikkert ja eller nei på slike spørsmål.

I de siste 30 årene har det vært en klar øk-

ning av antall kvinner med kjent sykdom som gjennomfører graviditet (6). Betydningen av nitid medisinsk oppfølging og individuelt tilpasset dosering er velkjent for gravide diabetikere. Mange kvinner i fertil alder bruker psykofarmaka, især antidepressive midler, og det er økt risiko for depresjon i forbindelse med graviditet og fødsel. Mange unge kvinner med epilepsi vil gjerne ha barn. Det er etisk problematisk å anbefale kliniske forsøk der gravide kvinner er involvert, men det er også vanskelig å gi adekvat behandling til syke gravide når det mangler så mye kunnskap. Mange syke gravide må akseptere en økt risiko for fosterskade, fordi alternativet, å seponere medisinen, fører til forverret egen helse. Det tredje alternativet, ikke å bli eller ikke å forbli gravid, er uakseptabelt for mange.

I Felleskatalogen er det under omtalen av det enkelte legemiddel en rubrikk for om midlet kan brukes under graviditet og amming, og egne doseringsanbefalinger for barn og voksen. Doseringsanbefalingene er ofte basert på kroppsvekt, særlig hos barn, men hos voksne vil det gjerne være en generell standarddose. I fremtiden kan det bli krav om at doseringsanbefalinger også skal være basert på pasientens kjønn.

Johanne Sundby

johanne.sundby@samfunnsmed.uio.no
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

*Johanne Sundby (f. 1951) er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og har studert infertilitet og reproduktiv helse i Norge og Afrika. Hun ledet arbeidet med utredningen *Kvinnens helse i Norge*.*

Litteratur

1. de Beauvoir S. *Det annet kjønn*. Oslo: Pax 1970.
2. *Medisin og helse anno 2020 – en forskningsodysse*. Oslo: Norges forskningsråd, 2000: 5.
3. *Retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning*. Oslo: Forskningsetiske komiteer, 2001.
4. *Norges offentlige utredninger. Kvinnens helse i Norge*. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999: 244.
5. Endresen PC, Braathen P, Småbrekke L. Spørsmål til Relis. *Utposten* 2000; 29: 45–6.
6. *Årsmelding 1999*. Bergen: Medisinsk Fødselsregister, 2000.