

I fattige land dør kvinner under svangerskap og fødsler. Rikdommen i Norge redder kvinnelig, men avskaffer ikke diskriminering basert på kjønn, heller ikke i helsevesenet

Er et kvinnelig mindre verdt enn en manns?

Tidligere president i verdensorganisasjonen for fødselshjelpere og gynekologer (FIGO), professor Mahmoud Fathalla, har kommentert verdens manglende innsats for fødende kvinner slik: «Maternal death in developing countries are often the ultimate tragic outcome of the cumulative denial of women's human rights. Women are not dying because of untreatable diseases. They are dying because societies have yet to make the decision that their lives are worth saving» (1).

Over en halv million kvinner dør årlig i forbindelse med svangerskap og fødsel verden over. I de fattigste landene er dødeligheten over 1 000 per 100 000 fødsler (2, 3). Fattigdom, nød og ikke minst manglende kvalifisert hjelp under fødsel er kjente årsaker til mødre-dødelighet. Kunnskap finnes, men ikke vilje til endring.

Selv om fødsler i Norge sjelden koster kvinner livet, har fødsels-skader lenge vært oversett og undervurdert. Det er kanskje ikke tilfeldig at det var en kvinnelig kirurg som først ropte varsko (4). Hun møtte kvinner med lekkasje av avføring som følge av dårlig primærbehandling av sfinkterskader. Kvinner fortalte sjelden spontant om dette, så når legen ikke spurte, forble plagene oversett. Kvinnen opplevde kanskje en uuttalt forventning om at hun bare skulle være glad til fordi hun fikk et friskt barn med helsevesenets hjelp. Så fikk hun tåle «småplagene».

På mange områder tier ikke kvinner lenger. Organisasjoner som Norske Kvinners Sanitetsforening har satt kvinnehelse på dagsordenen og mange pasientorganisasjoner målbarer kvinners interesser. Samtidig har økt kvinneandel blant legene bidratt til økt oppmerksomhet rundt kvinners problemer innen medisinsk behandling. Dersom skaden eller sykdommen fortsatt har lav status i fagmiljøene, kan kvinner bli dobbelte ofre, som f.eks. i voldtektsaker. I mange deler av landet må ofrene, som nesten alltid er kvinner, ta til takke med den vanlige akutthjelpen som kan tilbys av legevaktene (5). Mens annen akutt gynekologi for lengst er definert som et spesialistområde og kvinner henvises direkte til gynekologisk avdeling, risikerer voldtatte jenter og kvinner å bli underlivsundersøkt av uerfarne legevaktleger, med fare for ytterligere skader og retraumatisering. Politiske vedtak om opprettelse av «overgrepsheter» stiller ingen krav til kompetanse (6).

Hjerteinfarkt rammer flest menn – dersom man tenker på personer midt i livet. Kvinner rammes i høyere alder, da sykdommer hos begge kjønn har lavere status. «Kjønnforskjeller i medisinen og da også innen hjerteforskning, er ofte lite undersøkt og normalverdier baserer seg oftest på data fra menn. Dette kan føre til feiltolkninger når det gjelder kvinner,» skrev Liv Storstein (1938–96) (7). Storstein var en pioner innen hjerteforskning og presenterte oppsiktsvekkende funn fra egen forskning. I en studie som hadde til hensikt å påvise effekten av trening, ble EKG tatt av alle nye studenter ved Norges idrettshøgskole og en ikke-trent kontrollgruppe. Storstein fant at forskjellene mellom kjønnene var «betydelig mer markert og høysignifikant» enn de forskjeller som ble funnet mellom trente og utrente individer. Hun anbefalte at kjønnforskjeller skulle inn i moderne lærebøker innen kardiologi, slik at kvinners EKG ikke ble mistolket. Nå, snart 20 år etter, er likevel ikke kjønnsperspektivet blitt den selvsagte del av fagligheten som den burde. Derfor er det gledelig at to forfattere, begge kvinner, fra en hjertemedisinsk avdeling, tar opp tråden fra Storstein (8).

Ny kunnskap om kvinner er blitt møtt med motstand. Kritisk forskning om kvinner har fortsatt dårlige kår. Dette var nylig tema i en svensk TV-dramatisering sendt på NRK. En kvinnelig kardiolog oppdaget at kvinner ikke nødvendigvis hadde samme symptomer som menn og at de derfor ble utskrevet uten korrekt diagnose. I en av scenene ble en kvinne reinnlagt kort tid etter utskrivningen. Hun kom inn med hjertestans og døde i mottakelsen. Selv dette endret ikke praksis blant avdelingens leger. Men den uheldige hendelsen ansporet hovedpersonen til å fullføre sitt vitenskapelige arbeid. Hun møtte motstand spesielt fra sine mannlige kolleger. Hovedpersonen selv var en moden kvinne med store omsorgsoppgaver for barn, barnebarn og en dement mor. Støtten som hennes mann ga, ble avgjørende for at hun til slutt kom i mål og fikk anerkjennelse.

TV-serien avsluttes med en rulletekst om at hovedpersonen etter hvert ble leder for Centrum för Genusmedicin ved Karolinska Institutet i Stockholm. I 2003 ble den første læreboken om kvinners hjerter redigert av Karin Schenck-Gustafsson (9). Det opplyses om at hun har 25 års erfaring som kardiolog og at hun fra 2002 var leder for det nettopp omtalte instituttet. Sverige har etter hvert satset stort på kvinnehelseforskning – i motsetning til i Norge, der mye fortsatt mangler.

Svangerskaps- og fødselsomsorgen i rike Norge redder kvinnelig. Men rikdom fører ikke automatisk til at all diskriminering pga. kjønn forsvinner. Når kvinner rammes av sykdom og skader som har lav status, har vi som helsearbeidere dobbelt ansvar for å oppveie urettferdigheter og skape en likeverdig helsetjeneste. Oversiktsartikkelen om hjertesykdom hos kvinner kan bidra til dette ved å hindre at kvinnelig går tapt (8).

Berit Schei
berit.schei@ntnu.no

Berit Schei (f. 1950) er professor i kvinnehelse ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og overlege i gynekologi ved St. Olavs hospital, Trondheim.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Fathalla MF. Human rights aspects of safe motherhood. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20: 409–19.
- Bergsjø P, Sundby J. Kvinner og menns helse i et globalt perspektiv. I: Schei B, Bakketeig LS, red. *Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007: 221–38.
- Meguid T. Lack of political will is a clinical issue. *BMJ* 2009; 338: b1013. www.bmj.com/cgi/content/full/338/mar11_3/b1013 [18.8.2009].
- Gjessing H, Backe B, Sahlin Y. Third degree obstetric tears; outcome after primary repair. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 736–40.
- Hunskår S. Legevakta under lupa. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 3083.
- Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 2007. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00017/IS-1457_17481a.pdf [18.8.2009].
- Storstein L. Likestilling i medisinsk hjerteforskning – myte eller realitet? I: Schei B, Botten G, Sundby J, red. *Kvinnemedisin*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1993: 163–71.
- Halvorsen S, Risøe C. Symptomer og diagnostikk av koronarsykdom hos kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129: 1853–7.
- Schenck-Gustafsson K, red. *Kvinnohjertan: hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Stockholm: Studentlitteratur, 2003.