



Representantforslag 101 S

(2013–2014)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Olaug V. Bollestad

Dokument 8:101 S (2013–2014)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Olaug V. Bollestad om en offentlig utredning om kvinnehelse

Til Stortinget

Bakgrunn

Innledning

Det er et offentlig ansvar å gi alle landets innbyggere et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av bosted, bakgrunn eller kjønn. Til tross for dette er det grunn til å mene at det i dag er utfordringer knyttet til kvinners helse og retten til et likeverdig tilbud av helsetjenester, og at det finnes medisinske kunnskapshull på området. Biologiske forskjeller mellom kvinner og menn har betydning for både diagnostisering og behandling av sykdommer. Det foreligger derfor en klar svakhet ved dagens helsepolitikk og -praksis. Forslagsstillerne mener det er nødvendig å gripe fatt i spørsmål knyttet til kvinnehelsen i Norge. Det er behov for en bred gjennomgang av realitetene, 15 år etter forrige NOU om kvinnehelse. Kjønnsspesifikk kunnskap er en forutsetning for å kunne iverksette effektive tiltak, for at kvinner og menn skal kunne motta helsetjenester på like premisser.

Kvinner og menn kan ha helt ulike symptomer på samme sykdom og reagere ulikt på behandling. Det at menn i større grad har vært inkludert i forskningens kliniske studier, gjør at det er problematisk å anvende de samme resultatene på kvinner. Slik kunnskap vil kunne være avgjørende for å klarlegge årsakene til sykefravær blant kvinner og de forhold som spesifikt rammer disse. Det mangler i dag helsepolitikk og -praksis som i tilstrekkelig grad er tilpasset de biologiske forskjellene mellom kjønnene.

Forslagsstillerne viser videre til at innvandring bringer med seg nye utfordringer på helseområdet knyttet til kulturforskjeller, språkvansker og den trygghet disse opplever hos den helseinstitusjonen som oppsøkes. Det er derfor essensielt at det i en utredning om norsk kvinnehelse, også trekkes inn et perspektiv knyttet til innvandrerkvinner helse.

Historikk

Stortinget har ved flere tidligere anledninger gitt støtte for å styrke innsatsen når det gjelder kvinners helse. I 1997 opprettet regjeringen et utvalg som skulle utrede kvinners helse i Norge (NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge). Utvalget så nærmere på kunnskap om kjønnsforskjeller i sykdommer. Siden kvinners og menns biologi på fundamentale områder er ganske forskjellig, kan dette få store konsekvenser for hvordan sykdomsskapende faktorer virker både på cellenivå og på kroppen som helhet. Utredningen avdekket stor kunnskapsmangel og manglende integrering av kjønnsperspektiv i helsepolitikk og -praksis. På bakgrunn av dette ble det nedfelt en kvinnehelsestrategi i kapittel 11 Kvinneperspektiv på helsepolitikken i St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge, hvor det blant annet ble fremmet tiltak om å styrke forskning på kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko, sykdomsutvikling, diagnostikk og optimal behandling.

I Prop. 1 S (2013–2014) for Helse- og omsorgsdepartementet heter det at Helsedirektoratet skal gjennomgå kvinnehelsestrategien i 2013 og utarbeide forslag til nye tiltak innenfor kjønn og helse. Det heter videre at:

«Det er viktig at problemstillinger knyttet til kjønn blir integrert i all klinisk medisinsk forskning. Kjønnsperspektivet i klinisk forskning ivaretas i styringsbudskapet til de regionale helseforetakene. Hel-

seforetakene skal prioritere å bygge opp forskningskompetanse på forskningssvake områder, bl.a. kvinnehelse.»

Etter hva forslagsstillerne kan se, ble det ikke foretatt en slik gjennomgang i 2013. Helsedirektoratet arbeider imidlertid nå med en rapport om dagens status på utfordringsbildet som blir skissert i kvinnehelsestrategien, 10 år etter at den ble lansert.

Samme sykdom, ulikt forløp

Langt flere kvinner dør av hjertesykdommer enn av kreft. Forskning viser også at én av tre norske kvinner dør av hjerte- og karsykdom, og at det i Norge er flere kvinner enn menn som dør av disse sykdommene. Mange av disse tilfellene ville trolig vært oppdaget tidligere og forstått av pasienten og omgivelsene med bedre kunnskap om at kvinner ofte har andre symptomer på for eksempel hjerteinfarkt enn menn.

Helsedata fra 1999 viser at det er en betydelig overhyppighet blant kvinner for følgende somatiske sykdommer: beinskjørhet (osteoporose), kroniske muskelsmerter (fibromyalgi), lavt stoffskifte (hypothyreose), funksjonelle tarmplager (reumatoid artritt), migrene og muskelsykdommen multippel sklerose. Nyere studier har dessuten funnet at kvinners lunger kan være mer utsatt for skader ved røyking enn menns, og at risikoen for å utvikle kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) er høyere for kvinner enn for menn. Generelt har jenter og unge kvinner økt risiko for å få en del autoimmune sykdommer, som ulcerøs kolitt, Crohns sykdom, cøliaki, noen former for reumatoid artritt og autoimmune stoffskiftesykdommer. Man har satt dette i sammenheng med at kvinner ser ut til å ha et mer reaktivt immunsystem enn menn. Dette gir kvinner høyere passiv immunitet, noe som er en fordel under og etter svangerskap. Ulempen kan være økt risiko for autoimmune sykdommer.

Det kan også være utfordrende for helsepersonell å vurdere kvinner med hjertelidelser/hjertesykdom fordi symptomene og de kliniske funnene ofte er annerledes enn hos menn. En europeisk undersøkelse viste at kvinner med nyoppdaget stabil angina pectoris (hjertekrampe) i mindre grad enn menn ble henviset til videre undersøkelse og behandling. Kvinnene i denne studien hadde dobbelt så stor risiko som menn for å dø eller få hjerteinfarkt i løpet av et år.

Antall menn og kvinner som får lungekreft i Norge har økt kraftig i årene etter krigen. Økningen har vært spesielt stor blant kvinner, med en nær tidobling av rapporterte antall tilfeller i 2011, sammenlignet med forekomsten på 1950-tallet. I tillegg til en økning i kvinner som får lungekreft, er det også en negativ utvikling når det gjelder kvinner og alkohol. Kvinner er mer utsatt for alkoholskader enn menn. Dette kombinert med et stadig økende alkoholfor-

bruk hos kvinner vil kunne gi utfordring i fremtiden. Etter en periode med stabilt alkoholforbruk hos kvinner fra 1970 til 1990, har det vært en økning de to siste tiårene. Kvinner har relativt sett økt sitt forbruk mer enn menn i denne perioden. Selv om det har vært en stor økning i alkoholforbruket hos eldre kvinner, er likevel alkoholforbruket størst blant kvinner under 30 år.

Forslagsstillerne er bekymret for at disse utfordringene knyttet til kvinnehelse i for liten grad håndteres av dagens helsetjenester. Videre nærer forslagsstillerne bekymring for at tallene er ganske gamle, og at det er mangel på oppdaterte helsedata knyttet til kvinnehelse. Forslagsstillerne mener også at sykdommene hvor kvinner har en større risiko enn menn, er sykdommer som fort kan oppfattes at prioriteres lavere enn sykdommer hvor menn dominerer eller hvor det er få kjønnsforskjeller. Også typiske kvinnesykdommer hvor det ikke er fare for liv og helse kommer ofte lavt i prioritering, eksempelvis livmorfremfall og inkontinens. Samtidig er det tydelig at en relativt større økning av sykdom knyttet til livsstil, som bruk av tobakk og alkohol, øker mer hos kvinner enn hos menn. Forslagsstillerne mener det er behov for mer kunnskap på dette feltet som kan legge grunnlaget for målrettede tiltak.

Kvinner i møte med helsetjenesten

Det er en kjensgjerning at kvinner bruker helsetjenesten oftere enn menn, men mye av kjønnsforskjellen i tjenestebruk forsvinner når man tar hensyn til kvinners reproduktive funksjoner, høyere gjennomsnittsalder og selvrapporterte sykkelighet. Ifølge NOU 1999:13 er mønsteret at mens kvinner har betydelig flere konsultasjoner hos allmennlege enn hva menn har, er sannsynligheten for å bli henviset til legespesialist mindre for kvinner enn for menn. Hvorfor det er slik, er uklart. Hvis man ser på konsultasjoner ved sykehuspoliklinikkene, er kjønnsforskjellen imidlertid nesten utvisket, og det samme gjelder sykehusinnleggelses, dersom man trekker fra innleggelses i forbindelse med fødsler og svangerskap. I eldreinstitusjonene og i opptreningsinstitusjonene er kvinneovervekten igjen markant.

NOU 1999:13 så nærmere på møter med helsetjenesten der kvinner kom med ubestemte kroniske plager, psykiske lidelser og skader ved overgrep. For samtlige grupper ble det avdekket:

- Lav prestisje innen det medisinske fagfellesskapet.
- Svakt utviklet og dårlig integrert forskningsbasert kunnskap.
- For dårlig kompetanse blant allmennleger – med følgende mangelfull avdekking, hjelp og videre henvisning. Kommunikasjon med og fortolkning

- av kvinnene preget av dårlig funderte forestillinger og fordommer.
- Konflikt i forhold til et tradisjonelt ideal om at legen «ordner opp»; diagnostiserer og ordinerer behandling.
- Manglende evne til å forstå plagene ut fra den enkelte kvinnes livssituasjon, ressurser og mestringsevne.
- For dårlig kapasitet og kompetanse i spesialisthelsetjenestene.

Kvinnene i denne gruppen utgjør et mindretall av alle kvinner som benytter seg av helsetjenestene, men de utfordrer og legger beslag på store ressurser, og opplever ofte å få lite hjelp.

Biologiske forskjeller mellom menn og kvinner finnes også i respons på behandling for mange sykdommer. Forskning viser at det blant annet er ulikheter i virkning og aktivitet av narkose, smertestillende medisiner og hjertemedisiner. Det er problematisk at kvinner får behandling som ikke er godt nok dokumentert på kvinner, fordi menn har vært overrepresentert i kliniske studier.

Forslagsstillerne tror de fleste som arbeider innenfor helsevesenet er bevisste på at kvinner har noen egne helseutfordringer. Det er likevel grunn til å tro at kunnskapen på dette området i større grad er på sykdommer hvor kvinner er i en særstilling, som for eksempel reproduktiv helse. Forslagsstillerne mener at det også må til en større bevissthet rundt kjønnsforskjeller og kvinners særstilling knyttet til sykdommer som er vanlige for begge kjønn.

Innvandrerkvinnens helse

Det er et overordnet mål å sikre innvandrerkvinner god helse og at de bruker helsetjenesten på lik linje med resten av befolkningen. Innvandrerkvinner har et annet forhold til offentlige institusjoner, og det er ulike grunner til hvorfor de i mindre grad oppsøker helsetjenesten. Forslagsstillerne mener det er behov for å kartlegge innvandrerkvinnens møte med og oppfatning av helsetjenesten.

En NOU om kvinnehelse bør blant annet:

- Kartlegge forskjellene mellom innvandrergruppene.
- Kartlegge hvordan innvandrerkvinner vurderer behovet for å oppsøke helsetjenester.
- Kartlegge hva innvandrerkvinner ser på som et helsespørsmål.
- Kartlegge helsetjenestens kompetanse om innvandrerkvinnens eventuelle særbehov.
- Kartlegge kapasitet og kompetanse i spesialisthelsetjenestene som er dominert av innvandrerkvinner.
- Kartlegge hvordan innvandrerkvinner blir fortolket, utredet, diagnostisert og videre henvist.
- Kartlegge hvordan innvandrerkvinner blir behandlet eller gitt råd og veiledning.

En ny NOU om kvinnehelse

Forslagsstillerne vil på bakgrunn av disse kunnskapsoppsummeringene peke på behovet for en utredning om kvinners helse i Norge, 15 år etter forrige utredning. Forskningen det vises til når kvinnehelse drøftes, er utdatert og mangelfull. Det er behov for oppdatert kunnskap for å kunne utvikle målrettede strategi- og handlingsplaner innen kvinnehelse.

En NOU må ta for seg utdanningen, diagnostiseringspraksis og se på kunnskapsgrunnlaget på kvinners helse i helsetjenestene.

Forslagsstillerne mener at en slik offentlig utredning må ta for seg blant annet:

- Hvilke sykdommer kvinner er overrepresentert i, og i hvilken grad disse sykdommene er prioritert.
- Hvordan praksis med diagnostisering skjer, og i hvilken grad kvinners perspektiv blir tatt hensyn til.
- Kunnskapen i helsevesenet knyttet til sykdomsbehandling i et kjønnsperspektiv, derunder utdanning og veiledere.
- Forskning på kjønnsperspektivet og kjønnsforskjeller i helse og helsebehandlingen.
- En samling av kunnskapsgrunnlag fra andre land og forskning knyttet til kvinners helse.
- De spesielle utfordringene med innvandrerkvinnens helse, deres møte med helsetjenesten og tiltak for å bedre deres situasjon i hele helsebehandlingen.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

Stortinget ber regjeringen gjennomføre en offentlig utredning om kvinnehelse i Norge.

20. juni 2014

