

---

## Kvinnehelseutvalget skyter spurv med kanoner

---

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

---

Et regjeringsoppnevnt utvalg ledet av Johanne Sundbye har lagt frem utredningen *Kvinnens helse i Norge*, en grundig innstilling hvor mange viktige problemstillinger tas opp. Det må likevel være lov å reise en kritisk røst overfor hovedkonklusjonen slik den presenteres i avisene: "Kvinnens helseproblemer får bunnprioritering hos både forskere og behandlere. Diagnoseene er ofte diffuse og sykdommene har lav status."

Slike generelle utsagn er et slag i ansiktet på de tusenvis av leger som i løpet av en arbeidsdag møter ca. 50000 pasienter, hvorav vel halvparten kvinner. Legene møter disse pasientene som mennesker, ikke som menn eller kvinner. Ut fra den kunnskap de besitter om egne og andres diagnostiske ferdigheter og behandlingsmuligheter, gjør de så godt dekan for den enkelte pasient.

Hvis kvinnens helseproblemer har bunnprioritering hos behandleren, skulle man tro dette måtte avspeile seg i undersøkelser av pasienters tilfredshet med legen sin. Legeforeningen gjør jevnlig slike opinionsmålinger. Det er ikkemulig å lese slike kjønnsforskjeller ut av disse målingene. Når pasientene blir bedt om å vurdere utsagnet "jeg var tilfreds med den behandling jeg fikk sist jeg var hos lege", sier 75% av de spurte seg helt enig, mens 5% er helt uenig. Det er ingen forskjell i svaret til menn og kvinner.

Vurderer man hardere fakta, er det også vanskelig å finne belegg for den generelle kritikken. Vanlige mål for å vurdere helsestelletts kvalitet er forventet levealder, dødelighet innen forskjellige sykdomsgrupper og spedbarnsdødelighet. La oss ta det siste først. I en leder i VG 1. februar står det: "Medisinen er kommet svært kort når det gjelder sykdommer og helseproblemer for eksempel i tilknytning til menstruasjon, svangerskap og fødsel. Vi vet også at slike sykdommer ofte har lav status og liten interesse blant leger." Det må være vanskelig å belegge dette med tall. Mødre dødeligheten i Norge i forbindelse med fødsel er den laveste i verden. Også barnedødeligheten i forbindelse med fødsel er blitt kraftig redusert og er nå blant de laveste i verden. Dette skyldes selvfølgelig at en lang rekke leger har interessert seg og engasjert seg i problemstillingen.

Den forventede levealderen for norske kvinner er høy og vesentlig høyere enn for norske menn. Forskjellen har også vært økende. Det strider mot vanlig tenkning at dette skulle ha skjedd til tross for og ikke på grunn av medisinsengasjement også i sykdom som rammer kvinner.

De siste 10-20 årene har det vært økende oppmerksomhet mot de mer kronisk pregede, mindre dramatiske sykdommer som i stor grad rammer kvinner. Mye interessant forskning er satt i verk både om disse sykdomsgruppene og kvinnespesifikk mer typiske mannsykdommer som f.eks. koronarsykdom. Man kan ikke bare vedta at det skal forskes på et felt, det tar mange år å bygge opp kompetanse, skape forskningsmiljøer og få resultater. Alle de entusiastene som har gått ibresjen innen disse områdene fortjener honnør.

I presseoppslagene skrives det også om manglende interesse for kvinners kreftsykdom. Et eksempel er den kraftige økningen i antall kvinner med lungekreft. Vi vet hvorfor dette skjer. Å relatere det til manglende interesse for kvinnesykdommer må karakteriseres som skivebom. Men heller ikke når man ser på kjønnsespesifikke kreftformer, er det dekning for påstandene. I henhold til *NOU 1997: 20 Omsorg og kunnskap!* dokumenteres følgende: 26% av vitenskapelige publikasjoner om kreft omhandler kjønnsespesifikke kreftformer. 80% av dette dreier seg om kvinnerskreft. Publikasjoner om brystkreft utgjør 16% av alle publikasjoner (etter 1990) man finner på søkeordet kreft på Medline. Behandlingsresultatene for brystkreft i Norge sies å være i toppsjiktet, og de forventes å bli betydelig forbedret etter hvert som mammografiscreening blir utbygd i hele landet.

Når dette er sagt, skal det selvfølgelig ikke underslås at det faktisk finnes store kvinnerelaterte medisinske problemer. I første rekke synes dette å dreie seg om subjektivt invalidiserende tilstander uten objektive medisinske funn. Disse lidelsene rammer først og fremst kvinner. Vi kjenner ikke årsaksforholdene godt nok og har ikke tilfredsstillende behandlingstilbud. At disse pasientene føler seg dårlig ivaretatt er meget forståelig. Når vi tillegg har et regelstyrt trykkesystem som setter krav til objektive funn, får disse pasientene heller ikke den støtten de kunne være å få en rimelig trykkestøtte.

Medisinen er ikke fullkommen og vil neppe noen gang bli det. Å rette oppmerksomheten mot sider som fortjener spesiell oppmerksomhet er hensiktsmessig og bidrar til at vi kommer videre. Men å påstå at kvinners helse blir neglisjert på et generelt grunnlag, gagnar ikke kvinnene og heller ikke medisinen. Det bidrar til å skape en mistillit til helsevesenet som det ikke er grunnlag for.

*Hans Petter Aarseth*  
president

---

Publisert: 20. februar 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.