



Hvordan står det til med kvinners helse?

LEDER

AGNETHE LUND

agnethe.lund@helse-bergen.no

Agnethe Lund er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesydommer og klinikkoverlege ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er budsjetansvarlig ved Kvinneklinikken i Helse Bergen.

Normalisering og bagatellisering av kvinners livs- og helseutfordringer bidrar til kunnskapshull og mangler i forskning og behandlingstilbud.

På den internasjonale kvinnetdagen leverer Kvinnehelseutvalget sin offentlige utredning med status for kvinners helse i Norge nå og de største utfordringene for fremtiden (1). Fjorårets rapport, *Kvinnens liv og helse siste 20 år*, har allerede vist at kvinners helse har blitt dårligere (2). Forfatterne fremhever at totalbelastningen i kvinners liv har endret seg, og at opplevelsen av helse og livskvalitet må forstås i et bredt samfunnsperspektiv.

«Fjorårets rapport har allerede vist at kvinners helse har blitt dårligere»

Når en klinikk for kosmetisk behandling våger å bruke betegnelsen *kvinnehelse*, vekkes engasjement og heftig debatt. Bekymring for kvinnehelse uttrykkes også i barselbrøl og bunadsgerilja. På godt og vondt fremstilles kvinners helsetilbud som utilstrekkelig. Medieoppslag er viktig fordi behovene beskrives, men tabloide saker bidrar ikke til bedre helsetilbud dersom kvinnene mister tillit til helsetjenesten og de som jobber der. I innspill og rapporter til Kvinnehelseutvalget understrekes derfor behovet for tiltak som kan utjevne forskjeller, tette kunnskapshull og sikre god kvinnehelse i fremtiden.

Mødre- og spedbarnsdødelighet er viktige indikatorer på kvaliteten i helsetjenesten. Her ligger Norge i verdensstoppen! Det har aldri vært tryggere å være gravid, å føde eller å bli født. På tross av økende alder og sykelighet blant gravide og flere risikofødsler, er andelen dødfødsler og den perinatale dødeligheten fortsatt synkende i Norge (redusert fra henholdsvis 5,8 til 3,1/1 000 og 8,1 til 4,1/1 000 fødsler årlig i perioden 2001–21)(3). Svangerskapsomsorg med riktig seleksjon til oppfølging i spesialisthelsetjenesten,

teknologiske nyvinninger for fosterovervåking og bedre behandling på nyfødtintensivavdeling har ført til store fremskritt. Å redusere tall som allerede er nær null, krever vedvarende beredskap og fagutvikling.

Vi ønsker at denne positive utviklingen fortsetter, men i rapporten *Endringer i fødepopulasjonen og konsekvenser for bemanning og finansieringsystem* fra 2020 beskrives utfordringer som det haster å løse (4). Det er økende jordmor- og gynekologmangel, og med synkende fødselstall og dermed inntekter må finansieringen av helsetjenester til gravide og fødende sikres på andre måter. Behovet for beredskap reduseres nemlig ikke i takt med fødselstallene, og fagfolk beskriver også flere og mer komplekse oppgaver.

For de nybakte familiene er det ikke nok å vise til overlevelse. Kvinner ønsker et tilbud som også ivaretar behovet for omsorg og opplæring. Familiene trenger ro og pleie i en ny livssituasjon som kan være både fin og krevende. Er det for mye å be om? Med helseministerens budskap om «godt nok» (5) og bekymringer for fremtidens bemanning fra Helsepersonellkommisjonen (6) er det en fare for at omsorg og forebyggende helsetilbud som ikke er inntektsbringende, nok en gang havner langt nede på prioriteringslisten.

«En betydelig andel av helsekronene brukes i livets siste år, mens god svangerskaps- og fødselsomsorg sikrer mange friske leveår for kvinner og barn»

Helsehjelp til kvinner blir kanskje nedprioritert fordi en del av brukerne er relativt unge og friske. Vi ønsker ikke å sykeliggjøre alle ungdommer med menstruasjonsmerter eller alle kvinner når de kommer i overgangsalderen. Dette er en del av kvinnelivet. Likeledes er graviditet og fødsel ingen sykdom, men høy overlevelse kan gjøre oss blinde for den betydelige risikoen det er å føde barn. Kvinner som opplever underlivssmerter, barnløshet, hetetokter, søvnvansker, inkontinens eller ammeproblemer, kommer ikke med blålys eller i pakkeforløp. Normalisering (eller bagatellisering) av kvinners livs- og helseutfordringer har bidratt til mangler i behandlingstilbud og forskning på flere områder (7). For tilstander som rammer begge kjønn, for eksempel hjertesykdom, mangler vi fortsatt forskning på kvinners helseutfall og behandling (8). Og for vanlige kvinnesykdommer som rammer inntil 10 %, som endometriose og polycystisk ovariesyndrom, er forskningen mangelfull (9). Her må Kvinnehelseutvalget definere nye målsetninger som bør prioriteres selv når budsjettene er trange.

Prioritering er alltid vanskelig. Men alle fagfelt har nok noen tilbud som tåler å bli effektivisert. Da er det fristende for politikere og foretak å bruke ostehøvel – hvor alle må skjære ned litt. En slik strategi kan bidra til kortsiktig budsjettkontroll, men vil ikke være tilstrekkelig på sikt. Prioritering handler om å ta noen vanskelige valg, å sette noen formål foran andre. En betydelig andel av helsekronene brukes i livets siste år (10), mens god svangerskaps- og fødselsomsorg sikrer mange friske leveår for kvinner og barn. Videre er det svært sannsynlig at bedre helsetilbud for kvinner som skal menstruere, bli gravide, føde friske barn, være arbeidsdyktige og bidra i samfunnet lenge etter menopause, er tjenester vi bør satse mer på.

Rapportene om finansiering, bemanning, kompetanse, forskning og kvinnehelse formidler et entydig budskap. Vi må prioritere kvinners helse – og vi må gjøre det nå.

REFERENCES

1. Kvinnehelseutvalget. Mandat. <https://www.kvinnehelseutvalget.no/mandat/> Lest 14.2.2023.
2. Statistisk sentralbyrå. Kvinners liv og helse siste 20 år. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/kvinnens-liv-og-helse-siste-20-ar> Lest 20.2.2023.

3. Medisinsk fødselsregister. Statistikkbank - dødfødte og perinaltalt døde, 2001–2021. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/> Lest 20.2.2023.
4. Helsedirektoratet. Endringer i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem. https://www.helseidirektoratet.no/rapporter/ending-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20%C3%B8depopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0;51f3fif4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61bo/Rapport%20om%20%C3%B8depopulasjonen.pdf Lest 20.2.2023.
5. Regjeringen.no. Sykehustalen 2023. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2959568/> Lest 14.2.2023
6. Helsepersonellkommissjonen NOU. 2023: 4 Tid for handling. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=1> Lest 14.2.2023.
7. Kvinnehelseportalen. Hva vet vi om kvinners helse? https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport_final_150518_med_isbn.pdf Lest 14.2.2023.
8. Gerds E, Kringeland E, Midtbo H. Hjertesykdom er vanlig – også hos kvinner. Tidsskr Nor Legeforen 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0176. [PubMed][CrossRef]
9. Folkehelseinstituttet. Kvinnehelse: framleis store kunnskapshol. <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kvinnehelse-framleis-store-kunnskapshol/> Lest 14.2.2023.
10. Kristiansen IS, Bugge C. Prioritering i pasienters siste leveår. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0389. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 8. mars 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0115

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. mars 2023.