

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Kvinner og blodtrykk – et uprioritert område

Blodtrykksmålere og blodtrykksmedisin er eksempler på kvinnekriminering innen hjertemedisin. Det finnes ikke egne blodtrykksapparater for kvinner, til tross for at kvinner ofte har tynnere overarmer (og smalere håndledd) enn menn. Dersom målemansjetten er for stor, blir selvmålte blodtrykkverdier for lav, med potensielt alvorlige følger, fordi behandlingstrenge hypertonie ikke blir oppdaget.

Når det gjelder overarmsmansjetter, bør pasientens armomfang være minst 24 cm om man skal oppnå sikker måling. Mange kvinner har tynnere armer, men de får ikke vite at blodtrykksmålingene ikke er korrekte. Kortere mansjetter er ikke å få tak i. Enda verre er de «hendige» håndleddsapparatene med ferdig krummet skall (mansjett) som er tilpasset menns robuste håndledd. Disse apparatene burde overhode ikke selges til kvinner.

I Tyskland er mansjettene på blodtrykksapparater påført opplysning om minsteomfang både for overarm og håndledd. Overarmsmansjetter for både lite, normalt og stort armomfang blir tilbudt. Hver lengde krever sitt særskilte apparat for korrekt måling, heter det. Her har Norge noe å lære.

Dersom det er riktig at menns psyke, sinnelag og blodtrykk tenderer til å være mer stabilt enn kvinners, kan det hende at kvinner har et større behov for hjemmemåling enn menn. Der menn muligens ligger jevnt høyt eller jevnt normalt i blodtrykkverdier, er kvinners blodtrykk kanskje mer skiftende. Menns legemålte blodtrykk kan derfor være riktigere enn kvinners, en tendens som forsterkes av at kvinner er mer helsebevisste enn menn og lar helseproblemer gå sterkere inn på seg. Det er ikke utenkelig at kvinners bekymring for måleresultatet gir høyt «kontorblodtrykk» ved måling hos legen og høye verdier ved legepåsatt 24-timersmåler. I mitt arbeid som trygdedommer har jeg flere ganger opplevd at kvinner – aldri menn – blir uføretrygdet pga. bivirkninger av høye doser blodtrykksmedisiner.

Markedet for legemidler er etter hvert tomt for andre blodtrykksmedisiner enn dem med 24 timers depoteffekt. Medisinering én gang om dagen med jevn frigjøring av virkestoffet er sikkert et utmerket og rasjonell løsning for de fleste hypertensive menn med stabile blodtrykksforhold. For

en del kvinner gir dette liten hjelp; de trenger kanskje heller hurtigvirkende medisiner som skal tas flere ganger om dagen. Men slike midler er blitt borte. I stedet for tilbys de betablokkere, som også virker dempende og stabiliserende. Menn ser ut til å tåle denne medisinen bedre enn kvinner, som kan oppleve en nesten invaliderende reduksjon i muskelstyrken ved slik behandling. Trening er helsefremmende, men kvinner som behandles med betablokker, kan ikke trene og havner dermed i en negativ spiral.

Medisinsk forskning bør i større grad sette søkelyset på utviklingen av legemidler spesielt beregnet for hypertensive kvinners blodtrykksmønstre og bivirkningsprofil.

Brigitte Dahl
Oslo

Velvalgt aksjon, medisinstudenter!

Hvert minutt dør en kvinne som følge av komplikasjoner ved graviditet eller fødsel. For hver kvinne som dør, får over 20 varige skader. Det er grunn til å berømme medisinstudentene som i årets innsamlingsaksjon satte søkelys på en av de mest alvorlige, men nesten ukjente, fødselsskadene.

Nylig fortalte en norsk kvinne at ingen i helsevesenet forsto at hun hadde en vaginal fistel (1). Slike fødselsskader er nå så sjeldne i den vestlige verden at helsepersonell ikke umiddelbart skjønner hva de har med å gjøre hvis en fistel skulle oppstå. Men i Afrika sør for Sahara, i Sør-Asia og i Midtøsten lever minst to millioner kvinner med vaginal fistel og 50 000–100 000 nye tilfeller utvikles hvert år.

En vaginal fistel oppstår oftest som følge av langvarig fødsel uten medisinsk assistanse. Presset av barnets hode fører til at vev dør, og det oppstår en åpning mellom skjede og urinveier/endetarm som bl.a. medfører ukontrollert lekkasje av urin/avføring, infeksjon og store smerter. I tillegg til helseplager, som ofte fører til sosial isolasjon, depresjon og fattigdom, må kvinnen bære sorgen over barnet som nesten alltid dør under en slik langvarig fødsel. Vaginal fistel kan også være et resultat av brutal voldtekt.

Akkurat som mødre ikke behøver dø i barsel, behøver ikke fistler oppstå. At de

eksisterer, er et tegn på at helsesystemene svikter kvinner. Spesielt utsatt er fattige jenter og kvinner. De bakenforliggende årsakene til at fistler oppstår, kan enklest oppsummeres i fattigdom og kvinners stilling i samfunnet. Fattigdom hindrer tilgang til helsetjenester og hjelp under fødselen, den hindrer jenter i å få utdanning og den bidrar til at de gifter seg og blir gravide før kroppen er klar for en fødsel.

Få har hørt om vaginale fistler, også i landene der lidelsen er utbredt. Men vi ser nå at det sakte men sikkert blir rettet oppmerksomhet mot dette. FNs befolkningsfond, UNFPA, startet i 2003 en global kampanje for å utrydde vaginale fistler. Kampanjen er nå i gang i over 40 land og har som mål å forebygge at fistler oppstår, operere, rehabiliterer og styrke kvinner som lider av vaginal fistel.

På tre år har kampanjen oppnådd mye (2). I land etter land bygges det opp tilbud for å operere og rehabiliterer kvinner med vaginal fistel, og titusenvis av kvinner har fått et nytt liv. Men behovet for flere og bedre tiltak er fortsatt enormt – og det kreves politisk vilje, mer ressurser og internasjonal støtte for at kvinner skal spares for denne unødvendige lidelsen.

Kristin Hette
FNs befolkningsfond

Litteratur

1. Johannessen R. – Det var ydmykende og vondt. Aftenposten 16.9.2007. (www.aftenposten.no/helse/article1994393.ece [24.10.2007].)
2. Campaign to end fistula www.endfistula.org [24.10.2007].