

**NOU**

Norges offentlige utredninger **1999: 13**

# Kvinnerens helse i Norge

Utredning fra et utvalg oppnevnt av Regjeringen 19. september 1997.  
Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 28. januar 1999

Statens forvaltningstjeneste  
Statens trykning

---

Oslo 1999

***Til Sosial- og helsedepartementet***

Utvalg til å utrede kvinners helse i Norge ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 19. september 1997.

Utvalget legger med dette frem sin innstilling.

Oslo, den 28. januar 1999

*Johanne Sundby*  
*leder*

*Hildegunn Bomnes*

*Anne Eskild*

*Steinar Haukland*

*Solveig H. Johansen*

*Knut Oftung*

*Lars Nygård*

*Merethe Storødegaard*

*Anne Berit Mong Haug*

*Liv Eli Halså*

*Marianne Noodt*

*Arnhild Taksdal*

## Kapittel 1

**Sammendrag og hovedkonklusjoner****1.1 Introduksjon**

---

Vi har samlet kunnskap om kvinnens helse og levekår på slutten av et tusenår i et av de landene i verden der helse og leveutsikter er rimelig gode. I dette århundre har det skjedd raske og dramatiske endringer i kvinnens utdanning, yrkes- og arbeidstilknypning, fødselsmønster, ekteskapsmønster og likestilling. I Norge i dag lever det grupper av kvinner med veldig ulike erfaringer og forutsetninger, bare fordi de er født på ulik tid i denne raske utviklingen.

Kvinnens helse i Norge har først og fremst et positivt fortegn. Kvinner i Norge lever lenger enn de fleste andre kvinner i verden, og lenger enn alle verdens mannlige befolkninger. Mange kvinner i Norge har gode forutsetninger for bra helse. Norge byr på velutviklede helsetjenester og ganske bra fødselshjelp og vilkår for barneomsorg. Hvorfor trenger vi da en utredning om kvinnens helse? Enkelte vil mene at en egen offentlig utredning om kvinnens helse er unødvendig, så lenge vi bare sørger for et best mulig helsevesen for alle innbyggere – og dessuten gode tilbud for sånt som bare kvinner driver med: svangerskap og fødsler.

Men samtidig er det slik at kvinner har en særegen anatomi og biologi. Kvinner opplever andre symptomer enn menn. Kvinner snakker annerledes om sykdom. Kvinner har mindre makt og innflytelse i samfunnet generelt og i helsevesenet spesielt. Kvinner har noen andre sykdommer enn menn. Mange av sykdommene arter seg ulikt for kvinner og menn. Kvinner føder barn, og har fremdeles hovedomsorgen for de barna hun får. Kvinner bruker helsetjenesten på en annen måte enn menn og gir oftere uttrykk for at helsevesenet ikke tar dem på alvor. Kvinner har, også fordi det er flest av dem blant de gamle i Norge, flere kroniske sykdommer de lever med.

Kvinner og menn lever til dels nokså ulike liv i det moderne landet Norge, men også mellom kvinner er det store variasjoner. Gjennom hele utredningen ser vi derfor kvinnens helse i et sammenlignende kjønnsperspektiv, men legger samtidig vekt på å unngå forenklete og entydige forestillinger om «Den Norske Kvinnen».

**1.2 Begrepsbruk – kjønnsperspektiv på helse og sykdom**

---

I kapittel 3 drøftes sentrale begreper og forutsetninger for utvalgets arbeid. Sykdom og helse er begreper som defineres på mange ulike måter. Utvalget har på den ene siden valgt en praktisk tilnærming med utgangspunkt i de sykdommene og plagene som er viktige og relevante for kvinnens helse. På den andre siden er det lagt vekt på å få fram hvordan medisinen, institusjonenes og kulturens beskrivelser av sykdom og helse kan bygge på bestemte kvinnebilder – eller fravær av kvinnebilder – og slik ha konsekvenser for kvinnens helse.

Hva den enkelte opplever som god helse er preget både av samfunnsforhold og av den enkeltes historie og livssituasjon. Alle møter helseutfordringer.

Et sentralt perspektiv er å avdekke og støtte den enkeltes ressurser og mestringsevne overfor helsebelastninger.

Kjønn er biologi, og som sådan opplagt relevant for å forstå sykdom og helse. Men kjønn er også identitet (hvordan vi opplever oss selv som mann eller kvinne), kulturelle symboler (hvordan vi assosierer visse egenskaper og uttrykk til kvinnelighet og mannlighet) og struktur (hvordan fordeling av makt, ressurser, arbeid med videre er systematisk koblet til kjønn). Vi viser hvordan alle disse dimensjonene ved kjønn øker forståelsen av kvinners helse og av hvordan medisinsk vitenskap, helsetjenester og velferdsordninger møter kvinnelige pasienter og brukere.

Et trekk som gjenfinnes innen mange av utredningens deltemaer er hvordan kunnskapsgrunnlag, regelverk og praksis ofte bygger på en uuttalt mannlig norm. Medisinsk forskning utelukker ofte kvinner i datainnsamlingen, velferdsstatens ytelser tar ofte utgangspunkt i en stabil heltidsarbeider og arbeidshelsetiltak fokuserer oftere på farlige stoffer og kraftig støy enn på tunge løft og følelsesmessige belastninger i omsorgssektoren. Slik avdekker utredningen en gjennomgående mangel på kjønns spesifikk kunnskap og kjønns perspektiv.

Utvalgets vurderinger og anbefalinger bygger på noen grunnleggende verdivalg. For det første må helsepolitikken tilstrebe rettferdighet mellom kjønnene på like premisser; kvinner må altså få like god behandling og øvrige ytelser som menn ved samme type plager. For det andre må særpremisses anerkjennes; det må skaffes god kunnskap om og tilbud overfor særlige kvinnehelseplager eller -belastninger, enten disse er biologisk eller sosialt betingede. For det tredje må definisjoner av helse og sykdom, forebyggingsstiltak, behandlings- og velferdstilbud vurderes i et kjønns perspektiv – slik at grunnleggende premisser ikke systematisk rammer kvinner, eller befolkningsgrupper som i all hovedsak er kvinner. For det fjerde er et brukerperspektiv trolig enda viktigere for kvinner enn for menn, ettersom kunnskap om kvinners helse er mangelfull og dårligere integrert i helsevesenet. For det femte må kvalitetssikring ut fra et kjønns perspektiv ikke avhenge av enkeltpersoners entusiasme og innsats. Kunnskap, bevissthet og institusjonelle praksiser som sikrer en god håndtering av kvinners helse må aktivt prioriteres og gis noen permanente rammer.

### 1.3 Kvinners helse i et internasjonalt perspektiv

---

I perioden 1992 til 1996 ble det arrangert seks store internasjonale konferanser i FN regi. Disse resulterte i stadig sterkere tilslutning til kvinners rettigheter i konsensusdokumentene som de deltakende statene undertegnet. Å bruke rettssystemet for å beskytte kvinners helse har slik fått større oppmerksomhet i løpet av 1990-årene.

Handlingsplanen som ble vedtatt av FNs 4. verdenskonferanse om kvinner i Beijing i 1995 forplikter regjeringene som deltok til å sikre at all politikk skal reflektere integrering av kjønns perspektivet. Dette forutsetter blant annet at myndighetene gjennomfører en forhåndsvurdering av alle beslutninger, tiltak og programmer for å se hvordan de berører henholdsvis kvinner og menn. Norske erfaringer har bidratt til å legge føringer for utformingen av dette dokumentet.

Handlingsplanen inneholder mange konkrete forslag til hva land må arbeide videre med når det gjelder helsespørsmål. Vinklingen er særlig land

der helsetilbudet er svakt utbygd eller der rettighetene er lite utviklet. I en tid med store endringer befolkningssammensetning og verdigrunnlag, økende kulturelt og religiøst mangfold og økende avstand mellom fattig og rik, er handlingsplanen likevel relevant og viktig for arbeidet med å integrere kjønnspektiv i alle lands helsepolitikk.

I den internasjonale debatten om kvinners helse er det et særlig fokus på seksuell og reproduktive helse. Reproduktive rettigheter er en konkretisering av allerede vedtatte menneskerettigheter på feltet reproduktiv helse, og innebærer retten til selv å bestemme om og når en vil ha barn, og til å slippe uønskete seksuelle relasjoner. Det er også retten til å slippe å sette liv og helse i unødige fare i forbindelse med reproduksjon, og til å nyte godt av vitenskapelige fremskritt.

Grunnen til at arbeidet med menneskerettigheter fokuserer på seksuell og reproduktiv helse er at denne siden av kvinnehelse er sterkest politisert, og eksisterende praksis er sterkt knyttet sammen med normer for seksualatferd, forhold mellom kjønnene, barneoppdragelse og kvinneroller. Samarbeid landene i mellom, og sammenlikning mellom erfaringer i ulike land, har vist seg å være nyttig for å bryte ned fordommer og myter.

Det er påvist en statistisk sammenheng mellom generell velstand og lav fruktbarhet. Felles for de fattige landene har vært at kvinners egne ønsker og prioriteringer har vært satt til side, enten ved pådytting av prevensjon de ikke har ønsket, eller de ved at som ønsker prevensjon ikke har fått det. Fremdeles er svangerskap, fødsler og aborter risikable hendelser i fattige kvinners liv i utviklingsland, noe som først og fremst skyldes at helsetjenestene ikke har maktet å gi kvinnene et adekvat tilbud.

Fattige land har dårlig helse og sykdomsstatistikk, og dødelighet er mye lettere å måle enn sykkelighet. Data for sykkelighet er derfor enda mer usikre enn data for dødelighet. Vi vet likevel nok til å si at det er tre områder som peker seg ut med store forskjeller mellom kvinner og menn. De er seksuell og reproduktiv helse, infeksjoner, og ernæring.

Kvinnens helse i de fattige landene fremstår i dag med et tilsvarende sykdomsmønster som en så i Norge for hundre år siden, da reproduksjon, infeksjoner og mangelsykdommer utgjorde en stor fare for kvinners liv og helse. De senere årene har medført en økende erkjennelse av hvordan kvinner utsettes for helserisiko, av biologiske, sosiale, kulturelle og ikke minst økonomiske årsaker. Samtidig kan det se ut som om situasjonen stadig forverres. Fattigdommens feminisering – at stadig flere av verdens fattige er kvinner – er svært alvorlig med tanke på konsekvenser for helse. Det er også en stor utfordring å finne ut hvordan kvaliteten i helsetjenesten kan tas vare på med de stramme økonomiske rammene som fins i mange land.

Norge må følge opp forpliktelsene som ligger i handlingsplanen fra Beijing, både nasjonalt og internasjonalt og delta aktivt i samarbeid med internasjonale og frivillige organisasjoner for å nå målsetningene som planen fastsetter.

Europeiske kvinners liv har forandret seg mye de siste 30 årene. Levekårsforskjeller mellom kvinner og menn eksisterer fortsatt både innenfor og mellom EU-landene. Ulikhetene er minst når det gjelder grunnleggende helse spørsmål og utdanning, men er tydeligere når det gjelder inntektsfordeling, og økonomisk og politisk representasjon. Helsen er stort sett god blant europeiske kvinner, men det er flere helseutfordringer knyttet til livsstilsfaktorer og levekårsforhold som gir grunn til bekymring. Den stadig økende andelen eldre har en overveiende kvinneandel, og eldre kvinners helse er i

fokus. Det generelle bildet av sykkelighet og dødelighet samsvarer i stor grad med det vi finner i Norge selv om det er variasjoner mellom landene. Kapittel 4 gir også et generelt overblikk over norske kvinners helse.

Handlingsplanen fra Beijing konferansen understreket behovet for kunnskaper om samspill mellom kjønn, økonomiske og sosiale prosesser og kvinners helse i ulike kulturer og situasjoner. En forutsetning for å få et minimum av relevant, forskningsbasert kunnskap om kvinners helse er kjønns-spesifikke data om levekår, sykdomsbelastning og tjenestetilgang på nasjonalt nivå.

Mange av de måleinstrumentene som brukes for å rangere land i forhold til sosiale og økonomiske indikatorer greier ikke å fange opp forhold som er viktige for kvinners helse. De bildene som derved skapes av situasjonen endres ved datainnsamling som fokuserer kjønnsforskjeller og kvinners liv. Når bildet blir ganske annerledes ved bruk av måleinstrumenter som er sensitive for kjønn, avdekkes et sterkt behov for kritisk å vurdere hyppig anvendte helsemål i et kjønnsperspektiv.

#### **1.4 Kvinneliv i endring – sykdommer og levekår**

---

Kapittel 5 belyser hvordan viktige helsespørsmål vanskelig kan forstås uten å trekke inn levekår. En sentral innfallsvinkel er hvordan livssituasjon danner ulike forutsetninger for at den enkelte kan oppleve mening og sammenheng, påvirknings- og mestringsmuligheter i eget liv. Norske kvinner har svært ulike levekår, både fordi de har vokst opp til ulik tid i et århundre preget av raske forandringer, men også fordi det i dag er store variasjoner i kvinners utdanning, arbeidsliv og inntekt, kulturell bakgrunn, familieforhold, sosiale nettverk og bosted. Vi har mye kunnskap om hvordan kvinner lever i Norge. For å knytte dette til helsetilstanden, har vi imidlertid måttet sette sammen mange brokker av kunnskap. Det mangler gode broer mellom forståelsen av helse og forståelsen av levekår, og disse sammenhengene er særlig dårlig belyst i et kjønnsperspektiv.

Kapitlet beskriver viktige levekårsendringer for kvinner med hensyn til fødselsmønster og ekteskap, likestillingspolitikk og utdanning, og med en særlig vekt på arbeidstilknytning og arbeidshelse. De fleste norske kvinner har større selvråderett og muligheter enn noen gang før. Samtidig sliter store grupper med dårlig betalt og tungt arbeid, ofte i kombinasjon med omfattende ulønnede omsorgsoppgaver. På den ene siden er arbeidsmarkedet sterkt kjønnsdelt, på den andre siden preges kunnskap, regelverk og arbeidshelsetiltak av å ta utgangspunkt i mannlige arbeidere og arbeidsplasser hvor menn er i overvekt. Behovet for ny kunnskap og kjønnsperspektiv på feltet er påtrengende.

Avslutningsvis reises spørsmålet om hvorvidt kvinners økte deltakelse på flere arenaer er helsefremmende eller først og fremst en belastning for kvinners helse. En norsk studie viser en positiv sammenheng mellom viktige mål for helse og deltakelse både i ekteskap, som mor og i arbeidslivet. Gifte kvinner med barn og fulltidsarbeid har minst helseplager. Dette skyldes trolig både at deltakelse har en gunstig virkning på helsa (årsakssammenheng) og at det skjer en utvelging (seleksjon) – at det er de med god helse som greier å delta. Sammenhengene er tendenser som bygger på store tallmaterialer. Unntakene er viktige: For de fleste er lønnet arbeid gunstig – for noen er

arbeidsplassen en helsebelastning. For mange gir det helsegevinster å ha familie – for noen, i mishandlingsforhold, er ekteskapet direkte helsefarlig.

Kvinnens yrkesdeltakelse er mer enn menns avhengig av gode velferdsordninger; barnehageplasser, permisjonsrettigheter og offentlig omsorg for nære pårørende. Mange kvinnearbeidsplasser representerer helsefarer gjennom tunge tak, lav lønn og underordnet posisjon. Dette blir svært viktige politikkområder for forebygging av kvinnens helseplager. Samtidig er det avgjørende for helsa at også de som faller utenfor sikres et verdig liv.

### 1.5 Kvinneligheten – sunn eller farlig?

---

I kapittel 6 beskrives noen sentrale trekk ved hvordan kvinnelighet forstås og formes i Norge i dag. Ut fra dette diskuteres det potensielt helsebringende og det potensielt helseskadelige på ulike arenaer i kvinnens liv; i private relasjoner (familie, kjæreste, venner, barn), i forhold til egen kropp, mat, rusmidler og fritid. Utvalget har funnet det fruktbart å trekke fram tre viktige dimensjoner i mange kvinnens liv:

- Relasjonsorientering. Jenter læres i større grad enn gutter opp til å være oppmerksomme og omsorgsfulle overfor andre, og å forstå seg selv i forhold til andre mennesker. Helsegevinster kan ligge i gode nære relasjoner og nettverk, helsefarer i tilsidesettelse av egne grenser og behov.
- Selvrefleksjon. Forskning fra flere ulike områder beskriver som en tendens at kvinner i større grad enn menn forstår hendelser og situasjoner ut fra egne handlinger og egenskaper – reaksjoner vendes innover heller enn ut mot ytre omstendigheter. En slik tendens kan øke mestringsmuligheter men også føre til sterk skyldfølelse når noe går galt.
- Skjønnhet og estetikk er viktige prosjekter for mange kvinner, og sider ved kvinneligheten som gis massiv oppmerksomhet i kulturen. Det ligger store helsegevinster i egenomsorg og egenpleie. Samtidig kan sterk oppmerksomhet om kroppens ytre føre til selvforakt, overdreven slanking og trening, spiseforstyrrelser og risikabel kirurgi.

Kvinner tar fortsatt hovedansvaret på hjemmefronten, både når det gjelder omsorg og husarbeid. Kvinner med barn har også et større ansvar for formlingsarbeidet mellom offentlig og privat sfære; å sørge for at privatlivets oppgaver og funksjoner organiseres slik at familiemedlemmene kommer til barnehage, skole eller arbeid til riktig tid, og noenlunde rene, mette og uthvilte. Dette krever både arbeidsinnsats og koordinering. Å stadig være på vakt overfor andres behov og timeplaner kan føre til en kroppslig beredskap som uten tilstrekkelig hvile og rekreasjon vil utgjøre en helsetrussel, særlig med hensyn til kroniske smerter og andre stressymptomer.

Kvinnens kosthold er gjennomgående godt, og noe sunnere enn menns, men varierer med sosialøkonomisk status og livsstil for øvrig. Samtidig er både fedme og spiseforstyrrelser økende helseproblemer som må forstås i lys av både livsstil og kvinnens selvbilder. Forekomsten av spiseforstyrrelser i vår kulturkrets avspeiler allmenne forhold til kropp og mat, og kan, med sin sterke kjønnete karakter, tolkes som utsagn om jenters og kvinnens sosialiseringsvilkår. Forekomsten er høyest i miljøer med sterk vekt på kroppen som estetikk og mestring. Det er påkrevet med økt kompetanse i primærhelsetjenesten.

Kvinnens alkoholbruk økte fra 1970 til 1980-tallet, men er fortsatt lavere enn menns. Det samme mønsteret gjelder i hovedsak for narkotikabruk. Mange kvinner med rusproblemer har vanskelige familieforhold, svake veninne- og mødrerelasjoner og overgrepserfaringer. Kvinnens problemutvikling knyttet til rusmisbruk går ofte fortere enn menns, både fysiologisk og sosialt. Samtidig kan kvinner vegre seg lenger mot behandling, både fordi skammen kan føles sterkere og ut fra en redsel for å komme i barnevernets søkelys. Det er behov for flere kvinnerettede behandlingstiltak som kan fange opp klienter tidlig i forløpet, og bygge behandlingen på kunnskap om og tilpassing til kvinnens liv.

Et foruroligende trekk ved kvinnens helseatferd er at kvinner nå røyker like mye som menn, og at røyking blant unge jenter er økende. Mens det var kvinner med høy utdanning, posisjon og makt som tidligere i århundret brøt kvinnenormer om å ikke røyke, er det i dag en overvekt av røykere blant dårligere stillede kvinner. Viktigst for røykestart er venners og foreldres røykevaner, lave utdanningsambisjoner og opplevelse av seg selv som skoletaper. For jenter har også opptatthet av vekt og kroppsbilde betydning. Generell bedring av skolemiljø og elevenes påvirkningsmuligheter kan være mer effektivt enn spesielle tiltak mot røyking blant ungdom. Til tross for omfattende forskning om røykeatferd, er kjønnsforskjeller i mindre grad studert. Kvinnens redsel for vektøkning samt psykososiale faktorer som stress og dårlig nettverk bør undersøkes nærmere.

Mosjon er svært viktig for forebygging av helseplager, og man kan få det meste av helsegevinsten ved en halvtimes rask gange om dagen. Kvinner er mindre konkurranseorienterte enn menn, lar seg ikke på samme måte underholde av idrett, men mosjonerer i større grad for å ta vare på helsa og slanke seg. Blant småbarnsforeldre er det langt flere kvinner enn menn som slutter med trening, og verken organisert idrett eller kommersielle treningssentre synes å ha tilbud som appellerer til godt voksne kvinner eller til mødre og familier sammen med barna. Å utvikle tilbud til kvinner i ulike livsfaser og -situasjoner kan gi stor helsegevinst.

Mange kvinner opplever psykiske plager i kortere eller lengre perioder av livet. Psykiatrien og psykologien i Norge har ikke tatt tilstrekkelig høyde for kjønnsulikheter i psykisk helse, verken i forståelsen av hvordan plager oppstår eller hvordan de behandles. I noen fylker er over halvparten av dem som får medisiner for psykiske plager kvinner, uten at det er stilt noen fundamentale spørsmål om hvorfor eller om det bør være slik. Det er nødvendig å utvikle bedre tilbud og å styrke primærhelsetjenestens kjønnsespesifikke kunnskap om psykisk helse.

Vold og angst for vold er en alvorlig trussel mot mange kvinnens helse. Menn er utsatt for vold utenfor hjemmet og oftest som enkelthendelser. Kvinner skades hjemme og overgriper er som regel kjent. Kapitlet beskriver kvinnens angst og utsatthet for utendørs vold, mishandling, voldtekt og overgrep mot barn. Kvinnebevegelsen og krisesentrene satte den private volden på dagsorden fra 1970-tallet og framover. Tall for forekomst varierer, og er av forståelige grunner usikre, men omfanget er stort og konsekvensene alvorlige. Utvalget har funnet grunn til særlig å påpeke manglende kompetanse i og samarbeid mellom helsevesen, rettsvesen og barnevern.



## 1.6 Mange kvinneliv – ulike helsevilkår

---

Enkelte grupper står overfor særlig store utfordringer når det gjelder helse og muligheter til å delta på viktige samfunnsarenaer. Vi har i kapittel 7 valgt å belyste helseutfordringer i forhold til innvandrerkvinner, samiske kvinner, funksjonshemmede kvinner, særlig utsatte enslige mødre og eldre kvinner. Mange av disse kvinnene greier seg selvstendig utmerket og er ved god helse, men her er utfordringer og problemer i fokus.

Mange innvandrerkvinner møter en svært fremmed kultur, opplever et liv løsrevet fra vante sosiale sammenhenger og har fortsatt et hovedansvar for å ta vare på de nære forholdene i egen familie. Noen har erfart overgrep og tortur i hjemlandet. Språkproblemer kan forsterkes ved sykdom og livskrise. Å forstå innvandreres helse representerer en stor utfordring for norske helsearbeidere.

Samiske kvinner vil også møte utfordringer som minoritetsmedlemmer. Vi vet lite om hvordan kulturelle utfordringer virker inn på samekvinnens generelle helsetilstand. Det er store mangler når det gjelder systematisk kunnskap om samekvinnens helse og levekår, og det er nødvendig å hente fram slik kunnskap i samarbeid med samekvinnene og deres egne organisasjoner.

Kvinner som lever med funksjonshemming opplever ofte at de taper på mange fronter. Kvinner er fattigere enn menn, og funksjonshemmede kvinner opplever at de både har begrenset tilgang til ressurser og begrenset tilgang på tilrettelegging for deltagelse i samfunnet.

Enslige mødre som har fått barn i ung alder, som har dårlig utdanning, svak tilknytning til arbeidsmarkedet og lite kontakt med barnefaren, står i særlig fare for å oppleve økonomisk nød, for å bli langvarig marginalisert fra arbeidsmarkedet og for å slite seg ut med å stå alene om omsorgsansvar. Mange opplever ubehag ved å være avhengig av ytelser fra sosialkontor. En slik situasjon innebærer helserisiko for både mor og barn.

Det at kvinner lever lenge, gjør at vi i Norge har mange kvinner med ganske høy alder. Alderdommen fører ofte med seg kroniske lidelser, smerte og funksjonsnedsettelse. Mange eldre kvinner er dessuten enslige og får i for liten grad del i velferdsstatens ytelser.

## 1.7 Reproduktiv helse

---

Sammenholdt med internasjonale forhold har norske kvinner god reproduktiv helse. Mødredødeligheten er så godt som eliminert nå, og spedbarnsdødeligheten, som rundt 1860 var i overkant av 150 per 1000 fødte, ligger nå nesten på det laveste nivået i verden. I Norge er vi for tiden litt bekymret over lave fødselstall i forhold til en aldrende befolkning. Likevel er reproduktiv helse et viktig positivt helsebegrep som omfatter relasjonelle komponenter (seksualiteten), fødsel, graviditet, abort, prevensjon, men også seksuelt overførte infeksjoner, kreft og infertilitet.

Førstegangsfødende er blitt stadig eldre det siste tiåret. Flere stopper etter et barn, samtidig som vi ser en økning i tredjebarnsfødslene. Utsatte fødsler vil føre til at mange av dagens unge kvinner vil være småbarnsmødre til langt opp i førtiårene, i motsetning til generasjonene rett før dem.

Det er ikke tvil om at økt utdanning, økt kvinnestatus og økt grad av selvbestemmelse i helsesammenheng, inkludert muligheten for kvinner til å

klare seg på egen hånd, øker valgfriheten i sammenheng med reproduksjon. Det gjelder både muligheten til å unngå usikker sex, og på økonomisk og personlig evne til å skaffe seg nødvendig helsetjeneste inkludert familieplanlegging eller abort dersom dette er nødvendig eller ønskes.

Vi må imidlertid ikke glemme at kvinnens rolle som fødende bare er en av dimensjonene ved å være kvinne. Reproduktiv helse handler ikke bare om kvinner – menns behov for å reprodusere, maktfordeling mellom kvinner og menn i ulike kulturer, og menns seksualadferd er også med på å bestemme reproduksjonen og kvinners rolle i forhold til denne. Det er viktig å trekke mennenes ansvar inn i alle forhold som har med reproduktiv helse å gjøre. Spesielt er det viktig å øke forståelsen for at omsorg for kvinners reproduktive helse ikke bare skal vektlegges fordi det kommer barn og menn til gode, eller fordi kvinner forvalter de fleste omsorgsverdier, men fordi kvinner og menn er likeverdige borgere i samfunnet.

I Norge er kvinners selvbestemmelse over egen kropp et sentralt bærende prinsipp, som synliggjøres gjennom lov om selvbestemt abort, god tilgang på prevensjon, rett til gratis helsetjenester ved svangerskap og fødsel, og i en begrenset mulighet til å sette i verk kontrolltiltak mot gravide kvinner. Trekk ved jenter som verken bruker smitte- eller svangerskapsforebyggende midler er at de oppgir å ha problemer med å nyte sin egen seksualitet. Disse jentene drikker oftere før samleie, noe som igjen har direkte sammenheng med ikke å bruke prevensjon. I lys av dette blir det viktig å oppmuntre unge jenter til å bli kjent med og glad i egne seksuelle og følelsesmessige behov. Utvalget mener at alle bør ha tilgang på god og effektiv prevensjon. Dette inkluderer tilgang på god informasjon og individuell veiledning. Forsøk med å øke tilgjengeligheten av prevensjonsmidler til unge seksuelt aktive og kvinner menn i Norge må støttes. Likevel er det viktig at sikkerheten ved bruk av prevensjon stadig gjøres til gjenstand for kvalitetsvurderinger.

Svangerskapsomsorg og helsetjenester i forbindelse med fødsler er gjennomgående god i Norge, men står likevel overfor viktige utfordringer. Helsetjenester innen reproduktiv helse skal ikke være uforståelige teknologioverføringer fra eksperter til brukere, der kvinners kropp blir gjenstand for intervensjoner hun ikke forstår, eventuelt med bivirkninger hun opplever, men ikke klarer å kommunisere. Det pedagogiske elementet i primær helseopplysning er viktig i forhold til å gi kvinner rom for kontroll og forståelse av faktorer som påvirker egen helse. Mye taler for at slike aspekter best ivaretas i programmer der kvinner er med i planlegging, politikk-utforming og praktisk helseomsorg på alle nivåer. Selv i Norge viser kvinnelige leger og jordmødre bedre oppfølging av kvinnen i svangerskapsomsorgen.

Internasjonalt er nå tendensen at innholdet i den rutinemessige helsekontroll av gravide blir vurdert kritisk, likeledes blir antall anbefalte kontroller redusert. Til grunn for dette ligger at hyppige helsekontroller av gravide neppe gir særlig helsegevinst, kanskje er faren for sykelliggjøring og overbehandling større. Alt i alt kan vi si at rutinene og organiseringen av helsetjenestene for især gravide er i en stadig dialog med brukere, og forandringer skjer. Samtidig ser vi en stadig mindre toleranse for uforutsette komplikasjoner og rettssaker i kjølvannet av dødsfall og fødsel av syke barn, noe som igjen skremmer personalet til å øke rutineovervåking, intervensjon og teknologi. Dette til tross for at den faglige ekspertisen rundt fødselshjelpen allerede er meget høy. Et mulig dilemma mellom omsorgskvalitet i fødselsomsorgen og stadig flere teknologiske investeringer må drøftes kontinuerlig og i samarbeid med brukerne.

Utvalget mener man bør arbeide for at bruker- og legfolksperspektiv alltid inkluderes når beslutninger om kvinners reproduktive helse skal tas i administrative og overordnede faglige sammenhenger. Det bør må videre med å strukturere og prøve ulike former for slik brukermedvirkning – inkludert lekfolkskonferanser – i flere sammenhenger hvor kvinners reproduktive helse er tema.

## 1.8 Sykdommer

---

Vi har viet et stort kapittel – kapittel 9 – til å mønstre hva vi vet om kvinner og sykdom. Her har vi gått inn i medisinsens verden og spurt fagfolk om å trekke hovedlinjer i kunnskap om kjønnsforskjeller i sykdommer. Kvinners og menns biologi er på fundamentale områder ganske forskjellig, og dette kan få store konsekvenser for hvordan sykdomsskapende faktorer virker både på cellenivå og på kroppen som helhet. De områdene vi har lagt spesiell vekt på er de sykdommene som nesten bare rammer kvinner, eller rammer kvinner oftere eller tidligere enn menn (eksempler er anoreksi, benskjørhet, leddgikt og brystkreft), de sykdommene som rammer begge kjønn, men der forekomst, forløp, utfall eller konsekvensene er ulike for kvinner og menn (hjertesykdom, diabetes, og konsekvenser av vold), og de sykdommene som tallmessig rammer mange kvinner, selv om disse også rammer mange menn (lungekreft og andre kreftformer, alvorlige psykiske lidelser). Vi har også lagt vekt på tilstander som samfunnet opplever som problematiske (depresjoner og angst, kroniske muskel/skjelettlidelser og smertetilstander).

Hovedkonklusjon i dette kapitlet er at det er grunn til å bekymre seg over noen trekk i kvinners sykdomsutvikling. Økningen i lungekreft er et slikt trekk, den relativt dårlige prognosen ved brystkreft et annet. Kvinner i Norge ligger på Europatoppen i antall benbrudd, og mange kvinner behandles ikke, eller utelukkende med medikamenter, for psykiske lidelser. Forskning om sykdommer hos kvinner må tar høyde både for nyere forståelser av kvinners biologi, og samtidig i større grad integrere kunnskap om kvinner som samfunnsindivider. Det er et stort behov for mer grunnforskning om kjønnsforskjeller i sykdomsforekomst og forløp av sykdommer. Vi har et akutt behov for å opprette gode kjernemiljøer på alle de medisinske fakultetene som kan være pådrivere i å få denne forskningen i gang. Vi mener også at det bør legges sterkere føringer på instanser som bevilger penger til forskning i retning av å bringe kjønnsforskjeller som en sentral dimensjon inn i alle forskningssjekter omkring helse.

## 1.9 Kjønnsperspektiv på helsetjenestetilbud og -forbruk

---

I kapittel 10 er den sentrale problemstillingen om kvinner og menn har likeverdig tilgang til gode helsetjenester, og i hvilken grad helsetjenesten er i stand til å ivareta kvinners behov for utredning, behandling og mestring av helseproblemer. Brukerens kjønn kan tenkes å ha betydning for;

- hvordan en oppfatter og tolker kroppens signaler.
- hvordan en vurderer behovet for å oppsøke helsetjenester.
- hvordan en presenterer problemer og behov når en oppsøker helsetjenesten.
- hvordan en blir fortolket, utredet, diagnostisert, viderehenvist, behandlet eller gitt råd og veiledning.

To trekk framstår særlig tydelig i beskrivelser av kvinners helsetjenestebruk. For det første har kvinner mer kontakt med helsevesenet enn menn. For det andre beskrives ofte kvinners møter med helsevesenet som problematiske, konfliktfylte eller lite konstruktive. I kapitlet gir vi derfor en kvantitativ beskrivelse av kvinners kontaktflate med helsetjenestens ulike deler, sammenliknet med menns. Dernest beskrives ulike aspekter ved kvinners «problem- eller konfliktfylte møter». Avslutningsvis skisserer og drøfter vi noen eksempler på og kriterier for hva som er gode tilbud og møter for kvinner.

Kvinnens hyppigere kontakt med helsetjenesten gjelder i første rekke konsultasjoner hos allmennlege, i eldreinstitusjonene og i opptreningsinstitusjonene. Ser man på konsultasjoner ved sykehuspoliklinikkene, er kjønnsforskjellen nesten utvisket, og det samme gjelder sykehusinnleggelse, dersom man trekker fra innleggelse i forbindelse med fødsler og svangerskap.

Omlag 60 prosent av pasientkontaktene i allmennpraksis er kvinner. Konsultasjoner knyttet til kvinners reproduktive funksjoner forklarer noe av denne overvekten. Hypoteser om at kvinnene har lavere terskel for å søke lege er ikke bekreftet. De fleste kvinner har få årlige besøk hos allmennlege, mens et lite mindretall har mange. Den lille gruppen kvinner (5-8 prosent) som rapporterer mer enn 11 legekontakter årlig omfatter sannsynligvis mange gravide, men også mange kvinner det er vanskelig å utrede og hjelpe – fordi man ikke finner ut av hva som feiler dem. Gruppen kan også dels bestå av kvinner med en kronisk sykdom som trenger tett og målrettet oppfølging.

Det er vist ulike behandlingsresultater av samme type behandling for kvinner og menn, men også ulik tilgjengelighet til ulike behandlingsformer er påvist, både med hensyn til kjønn og klasse. Fordi det er i sykehus avansert kirurgisk, medisinsk og annen spesialisert behandling skjer eller initieres, er sannsynligvis det aller viktigste her grundigere studier av behandlingsresultater. Å utvikle og anvende kjønns spesifikk viten om behandling er en stor utfordring i tillegg til å gå nøyere inn på ulikheter i tilgjengelighet til ulike behandlingsformer – både i allmenn- og spesialisthelsetjenesten.

Mange av de kroniske og sammensatte lidelsene som store grupper eldre kvinner har, befinner seg på bunnen i statushierarkiet for sykdommer. Det gjelder muskel-skjelettlidelser, psykiske lidelser og eldre helse (geriatri). Disse områdene sliter både med rekruttering av fagfolk og med å få tilført tilstrekkelig med andre ressurser. Mange enkeltindivider og grupper av kvinner (såvel som menn), har sannsynligvis et relativt «underforbruk» av helsetjenester. Dette er et problem som trenger egne strategier og løsninger.

Menns og kvinners helsetjenestebehov og -tilgang bør med andre ord defineres og undersøkes nærmere i lys av helsestatus, preferanser og dokumentert effekt av behandlingen som gis. Kvinner lever lenger enn menn, men den lengre levetiden er forbundet med større livstidsrisiko for funksjonell funksjonshemming og kronisk sykdom, inklusive kreft, hjertekarsykdom og demens, og større behov for langtidspleie.

Især når det gjelder ubestemte plager og kroniske smerter – som rammer kvinner oftere enn menn – er det vanskelig for helsetjenesten å gi gode tilbud. I kapitlet ser vi nærmere på møter med helsetjenesten når kvinner kommer med ubestemte kroniske plager, psykiske lidelser og skader av overgrep. For samtlige grupper er 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 viderehenvisning.

- 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 kvinnens livssituasjon, ressurser og mestringssevne.
- For dårlig kapasitet og kompetanse i spesialisthelsetjenestene.

Kvinnene det gjelder utgjør et mindretall av alle kvinner som benytter seg av helsetjenestene i Norge. Men dette er kvinner med alvorlige og langvarige plager, de utfordrer og legger beslag på store ressurser, og de opplever ofte å få lite hjelp. Dette er gode grunner til å utforske og utvikle nye tilnærminger.

Utvalget ønsker særlig å trekke fram to tilnærminger til alternative behandlingsformer. For det første at allmennleger og annet helsepersonell videreutvikler og tilegner seg teknikker for kommunikasjon som avdekker og tar i bruk den enkelte kvinnens egne helseressurser og mestringssevne. For det andre at behandling organiseres som helhetlige tilbud til bestemte pasientgrupper, heller enn at forskjellige spesialister forholder seg til isolerte symptomer, organer eller funksjoner. Dette er særlig relevant for kvinner med sammensatte plager og problemer, og det er høstet gode erfaringer med flere tverrfaglige kompetansesentra.

Kontinuitet i kontakt er en vesentlig del av tjenesten for kvinner. Vi ser fram til at flere kvinner kan få forankret sitt helsetilbud hos en fast lege, men presiserer også visse problemer med hvordan fastlegeordningen tenkes organisert.

### **1.10 Velferdsytelsene i et kjønnsperspektiv**

---

I kapittel 11 setter vi velferdsytelsene i et kjønnsperspektiv. Folketrygdloven skal gi oss trygghet mot bortfall av inntekt eller mot store utgifter ved sykdom, og i noen andre tilfeller. Gjennom trygde- og velferdsordninger foregår en fordeling, og en omfordeling. En del av trygdeordningene har nettopp som formål å skape en fordeling fra de friske til syke eller til personer med nedsatt helse. Ytelsene som har inntektssikring ved sykdom som formål, er derfor spesielt i fokus. Fordelingssystemene innvirker også på kjønnsrelasjoner i arbeidsmarkedet, i familien og andre steder. For eksempel eks vil omfanget av rettigheter under graviditet, fødsel og tjenester knyttet til barneomsorg virke inn på kvinnens arbeidsdeltakelse og på hvordan arbeidsgivere ser på kvinner som arbeidstakere.

En rekke ordninger beskrives som formelt kjønnsnøytrale – på måter som systematisk stiller kvinner i en dårligere posisjon. Folketrygdloven er en såkalt kjønnsnøytral lov. Kravet om yrkesaktivitet medfører at arbeidende kvinner har muligheter på lik linje med menn til å opptjene rettigheter. Men det tas ikke høyde for at de faktiske mulighetene til å ta lønnet arbeid har vært og fortsatt er ulike for kvinner og menn – og at dette i stor grad skyldes kvinners ulønnede innsats. Omsorgsarbeidet har i alle fall fram til 1992 ikke vært belønnet tilsvarende med pensjonspoeng eller tilleggspensjonsrettigheter. Like rettigheter eller formell likestilling fører dermed til en forfordeling av kvinner.

Mange velferdsstatsforskere har vært opptatt av hvordan velferdsstaten bidrar til å frigjøre lønnsarbeidere fra avhengigheten av markedet – i alle fall

de verste effektene av markedet, gjennom stønader under arbeidsledighet eller ved sykdom. For kvinner er det vesentlig at denne frigjøringen også omfatter frigjøring fra avhengigheten av ekteskapet eller forsørgelsen. Med andre ord at velferdsstaten blir et sikkerhetsnett for kvinner slik at de selv kan velge å gifte seg eller ikke (forbli gifte eller ikke), uavhengig av økonomi. Dette kan gjøres gjennom to strategier; bygge ut ordninger som gir stønader til kvinner som er alene om forsørgelse for barn, eller tilrettelegge for at kvinner kan delta i arbeidsmarkedet på lik linje med menn.

Trygdene ble opprinnelig utviklet for å gi menn erstatning for tapt inntekt, ved arbeidsløshet, sykdom, uførhet, yrkesskade eller lignende. Trygdene som ble utviklet for kvinner var basert på tap av forsørgelse og ga ytelser ved tap av forsørger, eller for manglende forsørgelse. Nå er mange kvinner selv yrkesaktive. I tillegg har vi mange flere mulige familieformer enn tidligere, parforhold er mindre stabile, antall husholdninger med en voksen har økt og voksne kvinner er mindre avhengige av menn som forsørgere. Familiestatus er fortsatt viktig for en rekke ytelser, og mange nye problemstillinger er aktualisert.

Arbeidslinja i velferdspolitikken betyr at virkemidler og velferdsordninger enkeltvis og samlet utformes slik at de støtter opp om målet om arbeid for alle. Stønadordningene skal motivere til arbeid, målet om høy sysselsetning skal også inkludere dem som stiller svakt i konkurransen på arbeidsmarkedet, men det forutsettes også gode velferdsordninger som den enkelte kan falle tilbake på hvis arbeid av helsemessige eller andre grunner ikke lenger er mulig. Arbeidslinja peker mot et sentralt dilemma i velferdspolitikken. Trygdene skal på den ene siden være et sikkerhetsnett for personer dersom arbeidsinntekten faller bort, men på den annen side skal de utformes slik at arbeid skal være førstevalget.

Arbeidslinja har hatt stor innvirkning på utformingene av våre velferdsytelser etter at den ble innført. Men den har i liten grad vært problematisert i forhold til om den vil slå ulikt ut for kvinner og menn. For det første kan kvinner som har hatt liten eller mindre tilknytning til arbeidslivet og lav utdanning være vanskeligere å tilbakeføre eller attføre til arbeidslivet. For det andre er det ikke sikkert at alle jobber fører til selvrespekt, integrering og økonomisk selvstendighet. Mange kvinnearbeidsplasser har dårlig betaling, dårlige arbeidsvilkår og liten selvbestemmelsesrett.

For at arbeidslinja skal ha den ønskede effekten er det også svært sentralt at alle delene av den fungerer. Når en rekke kvinner har fått avslag på sine krav om uførepensjon og dermed henvises til sosialkontoret eller til privat forsørgelse, er dette eksempler på at arbeidslinja ikke virker etter intensjonen. De er ikke blitt tilbakeført til arbeid og de får ikke trygd. Dersom arbeidslinja skal virke må disse kvinnene gis konkrete tilbud om opplæring, kvalifisering eller tilpasset arbeid. Dersom slikt arbeid ikke kan gis og det ikke finnes noen tilbud til dem, må trygd kunne være et alternativ for dem som for andre.

Trygderettigheter avhenger av hvordan regelverk og etatenes praksis definerer sykdomsbegrepet. Innstramninger på begynnelsen av 90-tallet førte til en kritikk av folketrygdens sykdomsbegrep fordi innstramningene særlig begrenset kvinners rettigheter. I hovedsak er folketrygdens sykdomsbegrep utformet på basis av hvordan «den medisinske vitenskap og praksis til en hver tid utformer sykdomsbegrepet og den praksis som har utviklet seg på området.» Det stilles ofte konkrete krav til sykdommen med hensyn til diagnose, typen symptomer, eller konsekvenser. Når kvinnesykdommer er mindre prioritert enn typiske mannlige sykdommer, kan dette gjenspeiles i hvem som kan få trygdeytelser og hvilken forståelse man blir møtt med i trygdesystemet.

Utvalget setter derfor spørsmålstegn ved om dagens sykdomsbegrep er egnet som grunnlag for å vurdere trygderettigheter, og foreslår at det i stedet legges større vekt på å vurdere den enkelte søkerens funksjonsevne i forhold til aktuelle arbeidsoppgaver.

Utvalget vil også påpeke at arbeidslinja må gjennomføres med et brukerperspektiv, der brukerens behov settes i fokus og trekkes inn i prosessen for å skape delaktighet eller motivasjon.

### 1.11 Tiltak

---

I kapittel 12 oppsummeres og konkretiseres de tiltakene utredningen begrunner. Samtlige kapitler avdekker kunnskapsmangel – til dels stor kunnskapsmangel, især når det gjelder å legge kjønnsperspektiv på eksisterende forskningsfelt. Samtlige kapitler viser samtidig at vi har nok kunnskap til å sette i verk tiltak som kan forebygge kvinners helseplager, bedre behandling og andre ytelser og styrke mestring og livskvalitet. Da er det formidling og integrering av kunnskapen det skorter på.

Flere konkrete tiltak har derfor som siktemål å skape strukturer, rutiner og redskaper som kan sikre integrering av kjønnsperspektiv i forskning og annen kunnskapsinnhenting, i politikktutforming, forebyggingsarbeid, helsetjenester og velferdsordninger. Både brukerperspektiv og tverrfaglig samarbeid står sentralt.

Utvalget er gitt et svært omfattende mandat. Vi har prioritert å utvikle overordnede perspektiver og tiltak som kan åpne for disse perspektivene i helsepolitikk og praksis. På en del områder har vi ikke kunnet konkretisere tiltak på et detaljert nivå. Tiltakene er ordnet under stikkordene beslutningsprosesser, kunnskapsutvikling og formidling, helsepraksis, vold, velferdsordninger og arbeidsliv, andre tiltak og generell likestilling.

#### *Beslutningsprosesser*

- Utvikling av kriterier for dokumentasjon av kjønnsperspektiv i forskning, statistikkproduksjon og utredning.
- Gjennomgang av indikatorer og spørsmålsett i helserelevante statistikk- og beslutningssystemer, med tanke på om disse fanger opp kjønnsforskjeller og kvinners liv.
- Sikring av at personer med kompetanse om kvinner og kjønnsperspektiv høres eller involveres i relevante plan- og beslutningsprosesser.
- Gjennomføring av åpne høringer eller lekfolkskonferanser i helsepolitiske utrednings- og beslutningsprosesser av et visst omfang.
- Organisasjoner som mottar tilskudd fra det offentlige oppfordres til å sikre at kjønnsperspektivet ivaretas i prioriteringer og arbeid, og det utarbeides verktøy og veiledningsrutiner som kan bistå organisasjonene i dette arbeidet.

#### *Kunnskapsutvikling og formidling*

- Opprettelse av egne fagområder for kvinners helse og sykdom ved de medisinske fakultetene, i første omgang med tre nye professorater og et nettverkssekretariat.
- Etablering av krav for norsk forskning om at kvinner skal inkluderes i kliniske studier dersom det ikke kan gis overbevisende grunn for å utelate

dem.

- Kjønnsperspektiv på helse må ivaretas i medisinske, helsefaglige og sosialfaglige utdanninger. Her vil de nye fagområdene ved de medisinske fakultetene, samt prosjektet for utarbeiding av kriterier for dokumentasjon av kjønnsperspektiv (se over), ha et særlig ansvar.
- Etablering av et faglig debattforum som sikrer formidling og drøfting mellom ulike faggrupper og mellom klinikere og forskere med hensyn til sentrale kvinnehelseutfordringer.

Konkrete kunnskapsbehov er:

- Kunnskap om kjønnsforskjeller i utbredelse av sykdom, forløp av sykdom og biologiske forskjeller som kan forklare kjønnsforskjeller i helse. Utvalget foreslår at det bevilges 50 millioner kroner til Norges forskningsråd over en fem års periode for slike formål.
- Forskning med kjønnsperspektiv om bivirkninger av medikamentbruk, med særlig fokus på eldre mennesker.
- Gjennomføring av utvalgsstudier som følger pasienter gjennom behandlingssystemet, og en særlig vurdering av når kvinner er tjent med annen behandling enn menn.
- Utvalget anbefaler forsknings- og utviklingsprogrammer hvor geriatrisk kompetanse ved sykehusene og primærhelsetjenestene i kommunene inngår samarbeid, med det mål å spre gjensidig kompetanse, evaluere behandlingssopplegg og utvikle samarbeidsmodeller.
- Systematisk gjennomgang av kjønnsspesifikk kunnskapsmangel på trygd- og velferdsfeltene. Støtte til forskning bør forutsette at kjønnsperspektivet er ivaretatt.
- Det iverksettes et treårig forsknings- og utredningsprogram som skal arbeide med levekår, helse og likestillingsspørsmål for kvinner med funksjonshemming. Forekomst av overgrep, muligheter for forebygging og kartlegging av overgrep samt etatenes håndtering av overgrep skal inngå.
- Det er behov for systematisk kunnskapsoppbygging om både samiske og innvandrerkvinnens helse- og sykdommer, og livsvilkår relatert til disse.
- Det utredes hvordan forståelse av kulturelle forskjeller kan ivaretas i utdanning og videreutdanning av helsepersonell.
- Det bør gjennomføres en uavhengig evaluering av masseundersøkelser for brystkreft blant alle kvinner mellom 50 og 69 år. Norge bør delta i den internasjonale undersøkelsen om effekt av masseundersøkelser av kvinner mellom 40-50 år, og psykisk belastning som følge av falske diagnoser må inkluderes i undersøkelsen.
- Det er et stort behov for kunnskap om arbeidshelse og arbeidsmiljø som tar hensyn til kjønnsulikhet.

### *Helsepraksis*

- For personer med kroniske eller sammensatte plager er det viktig at kommunene gjøres i stand til å skaffe oversikt over hvem det gjelder, at ansvar blir klart plassert, og at det videreutvikles helhetlige og tverrfaglige tilbud for en rekke grupper.
- I psykisk helsevern må kjønnsspesifikk kompetanse og tilbud bedres, og tilbudene må gjøres lettere tilgjengelige.
- Videreutvikling og utbygging av tverrfaglige og helhetlige kompetanse- og behandlingssentra for en rekke ulike pasientgrupper



- Innvandrere må rekrutteres som helsearbeidere, og godkjenning av utdannelse i andre land må gjøres effektivt og rasjonelt.
- Det iverksettes en Nasjonal handlingsplan mot osteoporose (benskjørhet) og brudd.
- Alle kvinner må få lik tilgang på gode helsetjenester ved brystkreftbehandling.
- Utvalget anbefaler at spørsmålet om nedfrysing av egg fra kvinner som gis behandling som kan redusere deres fruktbarhet utredes og vurderes på nytt med tanke på lovendring.
- Det bør utvikles og prøves ut kjønnsspesifikke tiltak for å forebygge røyking. Kontrollen med salg av tobakk til ungdom bør skjerpes.
- Kvinnerettede behandlingstilbud for kvinner med rusproblemer må videreutvikles, både tiltak for tidlig intervensjon og for mer langtkomne misbrukere.
- Samarbeidsmodeller for sekundærforebyggende selvmordsarbeid bør vurderes i et kjønnsperspektiv og utvides på landsbasis.
- Mosjonstilbud må tilpasses kvinnens ulike livsfaser og familieforhold. Fysisk aktivitet som anbefales kvinner må bygge på forskning og prosjekter hvor kvinner selv er aktører.

#### *Vold og overgrep:*

Utvalget ser vold og overgrep mot kvinner og barn som et stort kvinnehelseproblem, og foreslår en lang rekke tiltak på ulike områder og nivåer. Blant de mest overordnede vil vi her trekke fram:

- Utvalget foreslår at det opprettes et kvinnevoldsutvalg. Dette skal synliggjøre vold mot kvinner, samle inn kunnskap og legge fram forslag til tiltak mot vold mot kvinner. Et slikt helhetlig perspektiv vil gjøre det mulig å bygge opp mer effektivt vern mot kvinnevold der både helsevesen, politi, frivillige organisasjoner og juridisk kompetanse er representert. Satsningen mot vold mot kvinner bør favne vidt både i definisjonen av denne typen vold og i bruk av virkemidler og innsatsområder. Arbeid mot vold og overgrep i hjemmet, voldtekt, arbeid mot prostitusjon og innsats mot seksuell trakassering bør alle være innenfor definisjonen av vold mot kvinner.
- Krisesentrenes økonomi og organisering må bedres. En bør vurdere tettere samarbeidsformer med sosialkontor, boligstøtte, jobbstøtte med videre.
- Det bør vurderes hvordan krisesentrene og samarbeidene institusjoner kan bedre tilbudet til kvinner med annen etnisk bakgrunn
- Helsepersonell og andre som møter ofre for vold og overgrep i arbeidet må gis systematisk opplæring.
- Tilbud til og forskning på menn som begår overgrep må videreutvikles. Mer alvorlige eller langvarige reaksjoner overfor gjentakelsesovergripere må vurderes.
- Mottaksapparatet for volds- og overgrepsofre må bygges ut og kvalitetssikres.
- Oppfølging i politietterforskning og rettsapparat må kvalitetssikres og koordineres i forhold til barnevern og behandlingsapparat.
- Reklamebransjen må utfordres til å utarbeide etiske standarder for seksualisering særlig av barn og unge, etter mønster av pressens «vær-varsom-plakat».

- Det bør utarbeides et generelt program for egenstyrking for jenter i skolealder.

#### *Velferdsordninger og arbeidsliv*

- Kunnskap om kvinner og helse må integreres i hele trygdeetaten, og spesielt blant rådgivende leger og overleger. Det bør utarbeides et egnet verktøy for saksbehandlere og beslutningstakere, og det bør ansettes rådgiver med kompetanse på trygdemedisin, kvinnehelse og kjønnsperspektiv, med ansvar for opplæring og formidling.
- Endringsforslag, plan- og budsjettarbeid og prioriteringer skal konsekvent utredes i et kjønnsperspektiv.
- En modell for enhetsorganisering av arbeidsmarkedetat, trygdeetat og sosialkontor prøves ut for å ivareta målsettingen om samarbeid og tilrettelegging ut fra helhetstenkning om brukerens behov. Brukerne må trekkes sterkere inn i beslutningsprosessene.
- Trygdesøkers funksjon og situasjon må tillegges større vekt i forhold til medisinske diagnoser. Hvem som skal gjøre slike vurderinger må utredes.
- Det bør innføres et mer generelt sykdomsvilkår som ikke diskriminerer belastningslidelser ved vurdering av rett til yrkesskadeerstatning.
- Kjønnsspesifikk kunnskap om arbeidshelse og arbeidsmiljø må legges til grunn i overvåkingssystemer, utforming av helse- miljø og sikkerhetsarbeid og planlegging og organisering av arbeid.
- Det er særlig behov for å fokusere pleie- og omsorgssektor, og utvikle internkontrollsystemer som er tilpasset disse yrkene.
- Det må snarest vurderes å innføre krav om bedriftshelsetjeneste for pleie- og omsorgssektor. Kompetanse, oppgaver og ansvar må i så fall utformes i samsvar med de utfordringene, belastningene og behovene sektoren preges av, med vekt på forebygging og rehabilitering.
- Ingen sykdom må per definisjon utelukkes fra godkjenning som yrkessykdom. Forslaget krever lovendring.
- Det anmodes om at den pågående utredningen om mulighetene for å likestille visse belastningslidelser med yrkesskade ivaretar kjønnsperspektivet.

#### *Generell likestilling*

Utvalget mener at en grunnleggende forutsetning for godt arbeid med kvinners helse og helsetjenester er en verdimeessig forankring i likestilling – og samtidig en anerkjennelse av forskjell og likeverd både mellom kvinner og menn og mellom ulike kvinner.

### **1.12 Økonomiske og administrative konsekvenser**

---

Utvalget er bedt om å foreslå tiltak og komme med anbefalinger for hvordan innsats og virksomhet bør prioriteres og koordineres i tjenester, helse-, miljø- og sikkerhetstiltak og forskning for å bedre kvinners helse og sikre kvaliteten i forebygging, behandling og rehabilitering. En hovedforutsetning for å kunne oppnå kvalitetsforbedringer er at kjønnsperspektiv ivaretas i kunnskapsproduksjon, beslutningsprosesser og praksis ved å gjøre det relevant og sikre at dette perspektivet kommer til anvendelse i praktisk arbeid på

alle nivå. Ansvar for å sette i gang prosesser som skal integrere kjønnsperspektiv og ansvarliggjøre dem som skal administrere dette på lokalt nivå må legges sentralt i helse- og velferdsforvaltningen og i forsknings- og utdanningsfeltet. Her må også ansvar for å følge prosessen plasseres, og ressurser avsettes til dette formålet. En innfallsvinkel som vektlegger administrative konsekvenser vil for noen av forslagene del innebære vurdering av hvordan det skal utredes eller arbeides på en annen måte. Lokale rammer og forutsetninger vil bestemme i hvilken grad dette medfører administrative konsekvenser. Dersom innfallsvinkelen er vektlegging av økonomiske konsekvenser vil flere av forslagene kunne integreres i pågående prosesser, for eksempel i statlig initierte og finansierte handlingsplaner, programmer og reformprosesser som allerede pågår eller er under planlegging og som må vurderes med tanke på ivaretagelse av kjønnsperspektiv. Kostnads- og ressursbehov må vurderes i forhold til planenes, programmene og prosessenes innhold og muligheter for omprioriteringer innenfor de eksisterende ressursrammene. Når tiltak ikke kan legges inn i pågående planer og prosesser vil de kostnadmessige konsekvensene kunne få et annet omfang. Dette må vurderes for hvert enkelt tiltak. Flere av tiltakene indikerer at administrativt ansvar for iverksetting og oppfølging legges til underliggende etater og institusjoner, særlig under Sosial- og helsedepartementet, men også under Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet, Kommunal og regionaldepartementet, Justisdepartementet og Barne- og familiedepartementet. Det vil være påkrevet med samarbeid mellom etater. Utvalget har prioritert tiltak på innenfor seks «hovedområder», det er områder hvor det synes å være størst behov for innsats. De er beskrevet som henholdsvis beslutningsprosesser, kunnskapsutvikling og formidling, helsepraksis, vold og seksuelle overgrep, velferdsordninger og arbeidsliv, og likestillingspolitikk. Tiltak som vil kreve særskilte kostnader er etablering av fagområder for kvinnens helse ved universitetene og bevilgninger til forskning, blant annet 50 millioner over en fem års periode til Norges forskningsråd.

## Kapittel 2

**Innledning og bakgrunn****2.1 Mandat og oppnevning**

---

Regjeringen oppnevnte 19. september 1997 et utvalg for å utrede kvinners helse i Norge.

Utvalget fikk i mandat å:

- «lage en kunnskapsoversikt om kvinners helse og sykdom i Norge mot slutten av det tyvende århundre på bakgrunn av tilgjengelig forsknings-, forsøks- og utredningsarbeid. Den skal omfatte kunnskap om kvinners helse generelt (fra fødsel til død). Det kan også være behov for å samle og vurdere kunnskap om tilstander som særlig rammer kvinner, og om helse og fysisk og psykisk sykdom hos noen grupper kvinner spesielt; feks unge (16–25 år), kvinner i 40-års alder, eldre (67+ og 80+), innvandrerkvinner og kvinner med funksjonshemming. Kunnskapsoversikten skal beskrive ulike sykdommers utbredelse og forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder sykdommer som rammer begge grupper. Oversikten skal fremstille sammenhenger mellom kvinners helse og levekår; yrke, arbeidsvilkår, sosialøkonomisk status og familieforhold.
- drøfte konsekvenser av kvinners helse og sykdom for deltakelse i samfunns- og arbeidsliv.
- drøfte hvordan kjønns spesifikk kunnskap ivaretas i sosial tjenesteyting, innenfor folketrygden, i medisinsk praksis og forskning, i rehabiliteringsarbeid, i folkehelsearbeid og i tiltak rettet mot utsatte grupper og vurdere hvordan helsetjenestene i sær, men også sosialtjenester og trygdevesen, møter og tolker kvinner og kvinners symptomer. Eventuelle forskjeller i hjelpeapparatets reaksjonsformer overfor kvinner og menn ved tilstander som rammer begge kjønn skal beskrives og vurderes.
- drøfte konsekvenser av kvinners helse og sykdom for prioriteringer og ressursbruk i helsetjenester og velferdsordninger.
- vurdere forholdene i Norge i relasjon til land det er relevant å sammenlikne med og i henhold til oppfølgingen av handlingsplanen som Beijing konferansen (FNs 4. verdenskonferanse om kvinner, 1995) vedtok, hvor helse er definert som et hovedinnsatsområde.
- gi oversikt over tjenester, helse-, miljø- og sikkerhetstiltak, og forskningsvirksomhet rettet mot kvinners helse i Norge i dag, og drøfte hvordan vi kan få til en styrking og koordinering av ulike aktørers virksomhet.
- lage en oversikt over områder hvor kunnskap om kvinners helse generelt, eller for grupper av kvinner, er mangelfull, og hvor det er behov for kunnskapsutvikling
- foreslå tiltak og komme med anbefalinger om hvordan ulike innsatser – ikke bare innenfor helse- sosial- og trygdesektor – bør prioriteres og koordineres for å bedre kvinners helse og for å sikre kvalitet i forebygging, behandling og rehabilitering.

- søke råd hos en departementsoppnevnt referansegruppe som må samarbeide med fagmiljøer og brukerorganisasjoner.
- gjennomføre to åpne høringer (etter mønster av lekfolkskonferanser) i løpet av mandatperioden. Høringene skal bidra til å sikre at problemforståelsen og behovsanalysen som utvalget legger til grunn for sine forslag i størst mulig grad er i samsvar med kvinners forståelse. Høringene skal også hente inn råd og forslag til tiltak og løsninger.
- klargjøre de økonomiske og administrative konsekvensene av de tiltak som foreslås. I henhold til utredningsinstruksens kapittel 2.1 skal minst ett forslag så langt som mulig baseres på uendret eller redusert ressursbruk.
- Frist for utvalgets arbeid ble satt til 1. november 1998.»

Utvalget har hatt følgende sammensetning:

Forsker Johanne Sundby, Seksjon for medisinsk antropologi, Universitetet i Oslo, leder

Sosionom Hildegunn Bønnes, Senter for psykisk helsevern, Vefsn

Underdirektør Steinar Haukland, Fylkestyngdekantoret i Akershus

Fylkesleder Solveig H. Johansen, FFO, Oppland. Gjøvik

Kommunaldirektør for helse- og omsorg Lars Nygård, Trondheim kommune

Førstekonsulent Knut Oftung, Kompetansesenter for likestilling, Oslo

Forsker Anne Eskild, Statens institutt for Folkehelse, Seksjon for epidemiologi, Oslo

Fylkesordfører Merethe Storødegaard, Nord-Trøndelag fylkeskommune

Sekretariatet har bestått av Anne Berit Mong Haug, sekretariatsleder (Sosial- og helsedepartementet), Liv Eli Halså (Rikstrygdeverket), Marianne Noodt, (Statens helsetilsyn) og Arnhild Taksdal fra 1. september 1998 (engasjert av Sosial- og helsedepartementet).

## 2.2 Bakgrunn for utredningen

---

Behovet for å styrke innsatsen på områder som angår kvinnens helse har sitt utgangspunkt i en erkjent mangel på kjønns-spesifikk kunnskap i medisinsk, sosialfaglig og trygdefaglig praksis. Kvinnens livs- og arbeidssituasjon har endret seg gjennom de siste 20 årene. Dette gir mange konsekvenser for livsvilkår, helse og sykdom. Både internasjonalt og nasjonalt er det reist spørsmål om ikke kunnskapen vi har om helse, sykdom og levekår har kjønns-skjevheter og ved at resultater fra studier om menn ikke sjelden generaliseres til også å gjelde kvinner uten at det finnes vitenskapelig belegg for at dette er riktig.

Et overordnet mål må være at tilbud til kvinner og menn skal være likeverdige i en forstand som sikrer størst mulig reell likhet. Fra flere hold har det vært påpekt en mangel på likestilling som særlig har slått uheldig ut for kvinner innenfor helse- og velferdsordningene. Det er mangelfull kunnskap om årsakssammenhenger og behandling for en del sykdommer og plager som særlig rammer kvinner. Derfor er det en utfordring å sikre at sykdommer som særlig grad rammer ett kjønn, og som er vanskelig å håndtere for helsevesenet på grunn av manglende kunnskap, ikke fører til diskriminerende praksis.

Flere innspill fra Stortinget har gitt støtte for å styrke innsatsen når det gjelder kvinners helse. I Innst. S. nr. 165 (1994–95) til St.meld. nr. 50 (1993–94) Samarbeid og styring (Helsemeldingen), anmodes regjeringen om å iverksette flere ulike tiltak; avsette flere midler til en større forskningsinnsats på kvinnehelse; å vurdere hvordan Statens helsetilsyn kan ta klarere ansvar for kvinnehelse; å vurdere hvordan Statens helsetilsyn kan ta klarere ansvar for kvinnehelse; å vurdere hvordan Statens helsetilsyn kan ta klarere ansvar for kvinnehelse; og å iverksette modeller/forsøk etter mønster fra Sverige for bedre å ivareta kvinners helse. Ved behandlingen av St.meld. nr. 35 (1994–95) Velferdsmeldingen, Innst. S.nr.180 (1994–95), vises det igjen til anmodningene om å gi høyere prioritet til kvinnelidelser – særlig i tilknytning til utbygging av behandlingstilbud for mennesker med muskel-skjelettlidelser. I Budsjettinnst. nr. 11 (1996–97) til St.prp. nr. 1 (1996–97) Sosial- og helsedepartementet, mener et flertall i sosialkomiteen at forskning på typiske kvinnelidelser ikke er tilstrekkelig prioritert i helsevesenet og at mangel på kunnskap om forskjellene mellom menn og kvinners fysiologi og utprøving av behandlingsmetoder primært på menn kan føre til feilbehandling av kvinner. Det er derfor et ønske om å øke forskningen på kvinnelidelser, ikke minst på universitetsklinikkene.

Kunnskapen om kvinners helse og forskjeller mellom kjønnene når det gjelder behandling av sykdom og konsekvenser av sykdom for deltakelse i arbeidsliv og samfunn er fragmentert. Gjennom et bredt omlagt utredningsarbeid har man ønsket å fremskaffe et bedre kunnskapsgrunnlag for planlegging og handling enn man har i dag.

Det er bakgrunnen for at utvalget ble oppnevnt.

### **2.3 Fortolkning av mandatet og avgrensning av utredningen.**

---

Mandatet er omfattende og skisserer et bredt spekter av problemstillinger. Det har ikke vært mulig å gå like dypt inn i alle disse innenfor tidsrammen for utredningen. Ivaretagelse av kjønnsperspektiv har stått sentralt som tilnærming for utvalgets arbeid. Det har vært viktig å få frem betydningen av at kjønnsperspektivet ivaretas i kunnskapsproduksjon, formidling, helsetjenester og velferdsordninger og få frem hva dette innebærer. Innenfor en slik ramme mener utvalget at alle tema som mandatet reiser er berørt om enn ikke like grundig.

Det er lagt vekt på å trekke linjer mellom levekår, livsstil og helse. På den ene siden er det samlet tilgjengelige data om viktige endringer i vårt århundre og variasjoner i kvinners levekår i dag. På den andre siden har det betydning å gå nærmere inn på hvordan kvinneligheten formes og preger helse i vår kultur. Det har vært viktig å løfte frem det som er spesielt for kvinner men samtidig ikke miste av syne at kvinners liv er svært mangfoldig. I lys av dette har utvalget valgt å trekke frem helseutfordringer for noen særskilte grupper.

En praktisk tilnærming er valgt til sykdomsbeskrivelser og drøfting og det redegjøres for de fleste sykdommer og plager som er relevante for kvinner. Det er lagt ned mye ressurser for å utarbeide en omfattende sykdomsoversikt. Utvalget har gjort en gjennomgang av helsetjenestebruk og forbruk blant kvinner basert på tilgjengelig statistikk og analyser. Det er en del mangler ved kunnskapsgrunnlaget som setter begrensninger i forhold til en utfyllende drøfting. Utvalget hadde ønsket å fremstille helsetjenestene i med utgangspunkt i pasienters behandlingsforløp, men det har ikke vært mulig.

Muskel-skjelettplager og psykisk helse har vært viktige tema for utvalget. I stedet for å lage egne kapitler om hver av dem er beskrivelser og drøfting

integrert i hele utredningen fordi dette er områder som har relevans for de fleste tema som tas opp. Reproductiv helse er et annet viktig og omfattende område. Dette er fremstilt i et eget kapittel.

Det er lagt vekt på å fremstille hvordan kvinner ivaretas i velferdsordningene gjennom en grundig drøfting av folketrygdens ytelsene og møter med kvinner. Sosialtjenestene er ikke beskrevet eller drøftet særskilt. Utvalget mener likevel at drøftingene og forslagene til tiltak også vil ha stor relevans her, på samme måte som det vil ha det for andre instanser som forholder seg til brukere av tjenester.

For en mer utfyllende redegjørelse og drøfting av perspektiv og innfallsvinkler vises det til kapittel 3.

## **2.4 Utvalgets arbeidsmåte**

---

Utvalget har til sammen hatt 12 møter i løpet av utvalgsperioden. Første møte ble avholdt 11. og 12. november 1997.

### **2.4.1 Referansegruppe og andre faglige innspill**

Mandatet sier at «utvalget skal søke råd hos en departementsoppnevnt referansegruppe som må samarbeide med fagmiljøer og brukerorganisasjoner».

Utvalget drøftet hvordan det vil være mest hensiktsmessig å bruke en slik gruppe, og departementet sluttet seg til utvalgets forslag. Referansegruppen skulle ha som hovedoppgave å kvalitetssikre det kunnskapsgrunnlaget som utvalget legger til grunn for sine drøftinger og forslag og komme med innspill til utvalget på bakgrunn av egen erfaring og kunnskap. I praksis ville det innebære at kunnskapsoversikten – eller deler av den – ble forelagt de av referansegruppens medlemmer som enkeltvis eller som gruppe ble antatt å ha god innsikt i forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap på det temaområdet som fremstillingen omfatter. Intensjonen var også at noen medlemmer særlig skulle kunne bidra til å sikre at kvinnens forståelse og behov når det gjelder problemer og utfordringer innenfor de områder som utredningen omfatter, er ivaretatt i fremstillingen.

Det ble avholdt et møte med referansegruppen 11. juni 1998. Her deltok følgende personer:

Aglen, Kathrine – Medisinerstudent, MSO  
Alstad, Astrid – Norsk Revmatikerforbund,  
Borgen, Jorunn Sundgodt – Norges Idrettshøgskole  
Fischer, Annikken – Norske kvinners sanitetsforening  
Gjerstad, Brita – NTNU  
Graff-Iversen, Sissel – Statens helseundersøkelser  
Kristiansen, Unni – Sør-Trøndelag fylkeskommune, RiT200  
Lilleaas, Ulla-Britt – Universitetet i Oslo  
Magnus, Jeanette – – Universitetet i Tromsø  
Malterud, Kirsti – Universitetet i Bergen  
Matheson, Ingrid – Universitetet i Oslo  
Meyer, Siri – Universitetet i Bergen  
Nes, Mari – Norges forskningsråd  
Normann, Trine – Sosial og helsedepartementet  
Rossow, Ingeborg – Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning  
Sharma, Madhu – Enerhaugen barnestasjon, Oslo

Skjørten, Kristin – Universitetet i Oslo ( Sogner, Sølvi – Universitetet i Oslo Stenberg, Monica – Folkhälsoinstitutet, Stockholm Søgaard, Anne Johanne – Folkehelse, Oslo Sørheim, Torunn Arntsen – Universitetet i Oslo Taksdal, Arnhild – Universitetet i Bergen Trætteberg, Marit – Universitetet i Trondheim (Den norske kreftforening)

Vesterheim, Solveig – Norges Kvinne- og Familieforbund Wannag, Axel – Statens Arbeidstilsyn Øveraas, Siw – FAFO

Mandatets bredde og omfang har gjort det nødvendig å hente inn mange ulike faglige og erfaringsbaserte innspill og synspunkter. Utvalget har derfor konsultert en rekke personer underveis i prosessen – både de som deltok i referansegruppemøtet og andre for å belyse ulike spørsmål som utredningen reiste. Blant annet har Jon Ivar Elstad, Reidun Førde, Kirsti Malterud, Charlotte Koren, Unni Kristiansen, Bodil Pedersen, Bi Puranen, Inger Sandanger, Torunn Arntsen Sørheim, Solbjørg Talseth og Janecke Thesen, holdt innlegg og deltatt i diskusjon på utvalgsmøter.

Det er hentet inn til sammen 54 delutredninger om ulike tema som er relevante for mandatets spørsmålsstillinger. De fleste omhandler sykdommer. Referanselisten har en egen avdeling for bidragsytere. Delutredningen følger med som vedlegg.

Utvalgsleder og sekretariatet har et møte med Berit Austveg, Twinkle O'Hara Dawes, Eva Kahn, Ragnhild Magelsen, Marit Hægde Næss, Rachel Paul, Fakhra Salimi, Madhu Sharma og Torunn Arntsen Sørheim for å få innspill om innvandrerkvinnens helse og levekår.

Berit Austveg, Torunn Arntsen Sørheim og Siv Kvenmo har levert tekstbidrag til kapittel 7. Marianne Mjåland har bidratt tekstlig og redigeringsmessig i kapittel 9. Dag Ellingsen har gitt innspill og kommentarer til kapitlene om levekår og velferdsordninger.

#### 2.4.2 Høringer

Utvalget er bedt om å gjennomføre to åpne høringer (etter mønster av lekfolkskonferanser) i løpet av mandatperioden. Høringene skulle bidra til å sikre at problemforståelsen og behovsanalysen som utvalget legger til grunn for sine forslag i størst mulig grad er i samsvar med kvinnens forståelse. De skulle også hente inn råd og forslag til tiltak og løsninger.

Budsjettet og tidsrammen for arbeidet tillot ikke å avholde to store åpne høringer. Utvalget valgte å høre brukerorganisasjoner, kvinneorganisasjoner og lekfolk på følgende måte:

I mars ble det sendt invitasjon til samtlige brukerorganisasjoner (som mottar statlig støtte) og kvinneorganisasjoner (i henhold til oversiktsliste fra Barne- og familiedepartementet) med anmodning om å komme med innspill til utvalget; det vil si at de ble bedt om å foreslå tre prioriterte tema som utredningen burde fokusere spesielt på.

Det kom svar fra følgende 8 kvinneorganisasjoner:

- Den norske Jordmorforening
- Det norske Arbeiderparti – Kvinnebevegelsen
- Fødsel i Fokus
- Juridisk rådgivning for kvinner



- Krisesentersekretariatet
- Kristelig folkepartis kvinner
- Kvinnefronten
- Kvinnepolitisk styre i Nord-Trøndelag arbeiderparti

Og fra 9 brukerorganisasjoner:

- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
- Landsforeningen for trafikkskadde
- Norges Fibromyalgiforbund
- Norsk Dysmeliforening
- Norsk forening for multippel sclerose
- Norsk forening for Ehler-Danlos
- Norsk Migreneforbund
- Norsk Revmatikerforbund

Innspillene har vært viktige i diskusjonene og for utvalgets øvrige arbeid.

### *Lekfolkskonferanse*

I september arrangerte utvalget en lekfolkskonferanse etter en tilpasset og modifisert modell.

Kvinnehelseutvalgets lekfolkskonferanse ble avholdt 19.-21. september 1998. En viktig målsetting med en slike konferanser er å

- inkludere den berørte allmenhet i beslutningsprosesser
- få innspill
- engasjere, mobilisere og skape diskusjon

Foruten å ivareta kravet som lå i mandatet ønsket utvalget å prøve ut lekfolkskonferanse som metode for å ivareta brukerperspektiv i helsepolitiske beslutningsprosesser. En nærmere drøfting av brukerperspektivet i helsetjenestene finnes i kapittel 3.

Temaet for høringen ble avgrenset til å handle om «ubestemte plager og kroniske muskelsmerter». Dette er plager mange kvinner oppsøker helsevesenet med, og som helsetjenestene har problemer med å yte god hjelp for. Smertene har store konsekvenser for den enkeltes livskvalitet og berører viktige spørsmål i forhold til medisinske forståelsesmåter, velferdsstatens regler, kvinnelivets utfordringer og belastninger og forholdet mellom pasient og helsepersonell. Det er et felt hvor forståelsen av hva som er viktig for kvinner i alminnelighet kanskje ikke er helt i samsvar med hva eksperter og byråkrati har definert som viktig. Derfor mente utvalget temaet egnet seg spesielt godt for å høre lekfolkens erfaringer og synspunkter. De synspunktene og anbefalingene lekfolkene arbeidet seg fram til er gjengitt i Vedlegg 5.

### *Gjennomføring*

Arrangementet skulle ikke være en brukerkonferanse, altså med kvinner som selv har kroniske smerter. Utvalget ønsket synspunkter fra «folk flest», lekfolk, om hvordan samfunnet kan møte slike plager. Statistisk Sentralbyrå trakk en liste på 500 personer fra Folkeregisteret som ble tilskrevet av dem og invitert til å delta. Av de nokså få (34 personer) som svarte positivt ble det valgt ut 17 deltakere. Ved siden av å sikre best mulig spredning i gruppen med hensyn til alder, bosted, yrke, skulle deltakerne være mest mulig reelle lekfolk,

det vil si uten yrkesmessig eller organisasjonsmessig tilknytning til temaet. På den andre siden hadde flere av lekfolkene pårørende eller kolleger med kroniske smerter. Tolv av deltakerne var kvinner og fem var menn.

Utvalget vil rette en takk til deltakerne for fruktbare og gode innspill og synspunkter:

Björg Olaug Einen Askeland, Gisle Bro, Torstein Jæger Dahlen, Kristine Ravna Gaup, Eli Helga Grimsen, Marianne Leiknes Hafsås, Turid Wendelborg Hansen, Inger Lise Helgesen, Anne Liv Kittelsen, Olav Kjetilstad, Magnhild Kristiansen, Rolf Moen, Nils Snipstad, Ulla-Britt Sundstrøm, Wenke Teialeret, Line Tellemann og Henny Ragnhild Nordvik Tømmervåg.

Sjur Magnus Klafstad har hatt praktisk ansvar for forberedelse og gjennomføring av konferansen. Prosessen ble ledet av Unni Kristiansen i samarbeid med Arnhild Taksdal.

### *Erfaringer*

- **Nytteverdi.** Kvinnehelseutvalgets nytte av lekfolkskonferansen var tredelt. For det første fikk utvalget en viktig bekreftelse på at deres egne problemformuleringer, perspektiver og standpunkter på feltet kvinners kroniske smerter ikke er i vesentlig utakt med et sammensatt utvalg av lekfolk. For det andre kom lekfolkene med konkrete innspill som brakte utvalgets diskusjoner videre, og med forslag til tiltak som utvalget mener det er grunn til å gå videre med. Flere steder i utredningen er det henvist til lekfolkenes diskusjoner og anbefalinger. For det tredje fikk utvalget bekreftet at lekfolkskonferanser er en god metode for å sikre et bredere grunnlag for helsepolitiske drøftinger.
- **Forutsetninger.** En forutsetning for at en stor gruppe fremmede enkeltpersoner kan arbeide så alvorlig og effektivt sammen er nok felles ansvar for en konkret oppgave. Lekfolkene var bedt av et regjeringsoppnevnt utvalg om å bidra til utvalgets arbeid. Konferansens formål var ikke at de enkelte deltakerne skulle lære noe eller bli klar over egne og andres synspunkter, selv om dette også skjedde. Formålet var å gi anbefalinger til en politisk prosess. Derfor ble det få uforpliktende koseprater og mye hardt arbeid. En annen sentral forutsetning for godt utbytte av en slik konferanse, er at den tilrettelegges av personer som kan noe om brukermedvirkning og gruppeprosesser. Å gjøre en slik forsamling kompetent, betyr ikke å gi dem kompetanse de ikke har. Det kan vanskelig gjøres på et så stort tema i løpet av et døgn. Oppgaven for de som tilrettelegger er å invitere og frigjøre den kompetansen deltakerne allerede har på en måte som fungerer konstruktivt i en gruppe.
- **Anvendelsesområde.** Utvalget mener arrangementer av denne typen kan ha stor verdi på en rekke områder. I noen sammenhenger vil det være riktig å velge lekfolk som er mer direkte berørt av temaet som skal drøftes, for eksempel å be kvinner som har født barn om deres erfaringer og råd med hensyn til utforming av svangerskapsomsorg og fødeavdelinger. I utvalgsarbeid ville det trolig også vært verdifullt å invitere lekfolk til en mer åpen idedugnad tidlig i prosessen – for å gi innspill om hvilke problemstillinger og vinklinger folk særlig ønsker belyst.

## Kapittel 3

**Kjønnsperspektiv på helse og sykdom**

Dette kapitlet skal

- gjøre rede for sentrale begreper og perspektiver i utvalgets arbeid,
- gi et kulturhistorisk riss av kvinnehelse,
- vise at det er viktig å sette søkelys på kvinnehelse fra ulike ståsteder,
- gi et ankerfeste for utvalgets vurderinger og anbefalinger.

**3.1 Sentrale begreper**

---

**3.1.1 Utvalgets forståelse av sykdom og helse**

Utvalget har ikke funnet det nødvendig å gå inn i allmenne kompliserte diskusjoner om ulike definisjoner av sykdom og helse. Dels har vi valgt en praktisk tilnærming og redegjør for sykdommer og plager som bare kvinner har, sykdommer som rammer flere kvinner enn menn, som rammer svært mange kvinner eller som har andre konsekvenser for kvinner enn for menn. I tillegg har vi lagt vekt på å trekke fram hvordan medisinen, institusjonenes og kulturens beskrivelser av sykdom og helse kan bygge på bestemte kvinnebilder, eller fravær av kvinnebilder, og slik ha konsekvenser for kvinners helse. Utredningen spenner derfor over et vidt spekter av sykdomsforståelser: fra biomedisinsk forankret påvisning av avvik fra en uproblematisk forståelse av normalitet, til perspektiver der samfunn og kultur både påvirker og definerer helse, sykdom og normalitet.

Utvalget oppfatter det videre som fruktbart å ta utgangspunkt i en vid definisjon: av helse, som noe mer enn fravær av sykdom, og i en dynamisk forståelse; alle beveger seg til enhver tid i retning av bedre eller dårligere helse. Alle møter utfordringer som kan forringe helsa. Et sentralt mål må være å legge til rette for og understøtte folks egne helseressurser og ta høyde for at den enkeltes oppfatning av god helse vil være preget av kultur og samfunn, men også av den enkeltes historie og livssituasjon.

**3.1.2 Kvinner og kjønnsperspektiv**

For å forstå kvinners helse har utvalget sett det som avgjørende å anvende et kjønnsperspektiv. Også forestillinger om kjønn har utviklet seg historisk fra nokså enkle og biologisk forankrede kategorier; kvinner er sånn eller slik på grunn av sin biologi. Etter hvert er mer sammensatte og problematiserte forståelser kommet til. Det er godt dokumentert og drøftet hvordan samfunnet legger viktige forutsetninger for våre oppfatninger av kjønn og forming av kjønnsidentitet – på denne måten er kjønn samfunnsskapt (ref. kap. 5 og 6). Menn og kvinner utgjør sentrale livsbetingelser for hverandre, og begrepene mannlighet og kvinnelighet gir hverandre meningsinnhold – slik kan vi si at kjønn også skapes i relasjoner. Hver enkelt kvinne skaper hele tiden innhold i hva det vil si å være kvinne, men i samspill og kanskje kamp med de relasjonene og føringene livet og samfunnet hennes byr på.

Denne kunnskapsutviklingen har først og fremst medført at nye forståelser er kommet i tillegg til, mer enn å ha avløst, de gamle. En vil finne svært mange ulike oppfatninger av kjønn innen kvinneforskning, tradisjonell

medisinsk forskning, blant helse- og sosialarbeidere i ulike profesjoner, i trygdeetat, arbeidsmarked, TV-serier, ukeblader og aviser, og ikke minst i de refleksjonene og samtalene som pågår blant folk og kvinner flest til enhver tid.

Ulike modeller og blikk er nyttige for ulike formål. Overfor en alvorlig mishandlet kvinne vil den akutte livreddende fasen kreve et annet fokus enn den videre behandlingen, oppfølgingen og forebyggingen av nye overgrep. På den andre siden betyr ikke dette at alle blikk eller forståelser er «like gode». Det fins en rekke eksempler på at tradisjonell medisin har forklart med natur det nyere kvinneforskning først og fremst har sett som samfunn og kultur. Rundt århundreskiftet døde betydelig flere unge kvinner enn menn av tuberkulose. Dette ble sett som resultat av kvinners svakere konstitusjon. I dag antar man at forklaringen snarere ligger i at kvinner fikk dårligere ernæring og at de var langt mer utsatt for smitte gjennom sykestell og omsorgsarbeid. I tidligere medisinsk orientert forskning om rusmisbruk, ble kvinners drikkekarriere beskrevet som uforutsigbar og lunefull, og dette er tolket som uttrykk for en kvinnespesifikk fysiologi. Senere kvinneforskning har avdekket at kvinners varierende drikkemønster ofte kan forstås ut fra deres forhold til mannlig partner. Slik kan biologiske forklaringer tilsløre både diskriminering og viktige trekk ved kvinners liv. Dette er en grunn til at både kvinnebevegelser og kvinneforskning har hatt et anstrengt forhold til biologiske kjønnsforskjeller og forklaringer.

Med en åpen forståelse kan vi si at kjønn er, eller skapes, eller kommer til uttrykk som både biologi, identitet, symboler og struktur (se bl.a. Taksdal og Widerberg 1992). På alle disse nivåene finner vi forhold som har betydning for helse.

### **3.1.2.1 Kjønn som biologi**

Kjønn som biologi gjelder biologiske forskjeller mellom kvinner og menn. Noen av disse forskjellene framstår i de fleste sammenhenger som absolutte; en person har eller har ikke to X-kromosomer, eggstokker og livmor. Vanligvis oppfattes disse som opplagte kriterier på personens kjønn. Forskjellene er ikke uproblematiske, noe som bl.a. kommer fram i spørsmålet om kjønnstesting av kvinnelige idrettsutøvere, i forhold til kjønnskifteoperasjoner og ved at kvinner fortsetter å være kvinner også etter kirurgi som fjerner noen av disse organene. Andre biologiske kjønnsforskjeller er tendensielle, på gruppenivå. I gjennomsnitt har kvinner mindre kroppshår og muskelmasse og lavere høyde enn menn, men vi vet alle at virkeligheten kryr av individuelle variasjoner; sterke og høye kvinner, svake og lave menn. Senere års medisinsk forskning er i ferd med å beskrive et stort og detaljert landskap av biologiske forskjeller med betydning for kvinners helse (Schei, Botten, Sundby 1995, Ytrehus 1998) både i positiv og negativ retning, noe som vil bli nærmere drøftet i kapitlet om kvinners sykdommer (ref kap. 9).

### **3.1.2.2 Kjønn som identitet**

Kjønn som identitet viser til hvordan den enkelte former og blir formet av en selvforståelse knyttet til kjønn. En mann kan føle seg positivt bekreftet når han viser muskler (i bokstavelig og overført betydning), en kvinne når hun trøster, lager mat eller får oppmerksomhet som vakker. Selvforståelsen utvikles i et stadig samspill med hva omgivelsene knytter til kvinnelig og mannlig, og dette henger i sin tur sammen med både biologi, struktur og symboler. Et eksempel

med stor betydning for helse, er hvordan kvinner ofte knytter sin identitet til nære relasjoner og til å ta vare på andres behov. Dette kan gi helsegevinster gjennom gode nære nettverk og rom for bearbeiding av problemer, men også helsebelastninger gjennom utslitthet og en større sårbarhet for krenkelser. Disse spørsmålene drøftes særlig i kapitlet «Kvinneligheten – sunn eller farlig?» (kap. 6). Det er også i lys av slike forskjeller at enkelte har satt spørsmålsteget ved autonomi (uavhengighet) som overordnet mål for behandling og rehabilitering.

### **3.1.2.3 Kjønn som symbol**

Kjønn som symbol handler om kulturens framstilling av det mannlige og det kvinnelige; fra abstrakte koblinger mellom for eksempel mannlige-aktiv og kvinnelig-passiv til syltynne kvinnemodeller og aggressive mannemodeller i reklame og musikkvideoer. Følgende adjektiver regnes av psykologer og andre forskere regelmessig som maskulint og feminint kodet i dagens amerikanske kultur (Case 1995):

Mannlig: aggressiv, ambisiøs, analytisk, selvsikker, atletisk, konkurransebevisst, dominant, kraftfull, uavhengig, individualistisk, full av selvtillit, selvhjulpen, sterk.

Kvinnelig: kjærlig, munter, barnslig, medlidende, mottakelig for smiger, mild, godtroende, lojal, følsom, sjenert, elskverdig, deltakende, øm, forståelsesfull, varm, føyelig.

Ingen har noensinne truffet en virkelig mann som er alt dette og bare dette, eller en kvinne som er alt dette og bare slik. Like fullt vil de fleste lese slike lister over adjektiver med en viss gjenkjenning. Det er fordi koblingene er levende som kulturelle symboler, og preger våre fortolkninger av både oss selv og andre. Kjønn som symbol kan bidra til å forklare kvinners helse, og hvordan den kommer til uttrykk, men bør også være en innfallsvinkel i drøftingen av helse- og velferdstjenestenes møter med kvinner. Kulturens kvinnebilder er noe av den bakgrunnen ansatte tolker kvinnelige pasienter og klienter ut fra. I forskning om hvordan vi tillegger andre mennesker egenskaper ut fra kjønn, er det vist at kvinners og menns prestasjoner tolkes systematisk forskjellig. Når en mann får til noe bra, tolkes dette oftere som uttrykk for hans gode egenskaper – hvor flink han er, mens en kvinne som gjør noe bra oftere tolkes som at hun har arbeidet hardt for å få det til – har gjort en stor innsats (Drake og Solberg 1995). Når en kvinne ikke greier seg så bra – og for eksempel plages av kroniske smerter, trøtthet eller psykiske lidelser – kan det kanskje lett tolkes av helsepersonell som at hun ikke tar seg nok sammen, ikke gjør en stor nok innsats?

### **3.1.2.4 Kjønn som struktur**

Kjønn som struktur er et uttrykk for hvordan kjønn knyttes til organisering og fordeling av arbeid, funksjoner, makt og privilegier på samfunnets mange arenaer – også helsevesen og velferdsstat. Vi vet at mange av dagens kvinner har hatt dårligere muligheter enn menn til utdanning, at kvinner har gjennomgående dårligere økonomi, en svakere tilknytning til arbeidsmarkedet, mindre innflytelse over egen arbeidssituasjon og over viktige felt som næringsliv, forskning, presse og kulturliv. I helsevesen og velferdsinstitusjoner gjør kvinner mye av arbeidet i underordnede posisjoner, mens menn sitter i ledende stillinger. Å legge kjønnsperspektiv på disse strukturene reiser

en rekke viktige helsespørsmål. Det er godt dokumentert at utdanning, økonomi og arbeid påvirker helse, både direkte (ref. kap 5) og indirekte gjennom helseatferd som røyking og kosthold (ref. kap.6). I enkelte analyser brukes kjønn som forklaring på den forskjellen som blir igjen etter at det er kontrollert for utdanning, økonomi og makt. Da mister en av syne at systematiske forskjeller i utdanning, økonomi og makt faktisk er en av måtene kjønn skapes strukturelt på i vårt samfunn. Disse strukturene vil også kunne påvirke innretning og prioriteringer i forskning, helsepolitikk, helsetjenester og velferdsytelser.

Å legge et kjønnsperspektiv på helse innebærer å drøfte alle disse nivåene. På alle nivåene vil vi kunne finne forklaringer på kvinners helse og sykdom, på hvordan kvinners sykdommer kommer til uttrykk, hvordan kvinners helse og sykdom blir forstått og møtt – og finne viktige premisser for god forebygging og behandling. Et kjønnsperspektiv vil øke forståelsen også for trekk som er positive for kvinners helse, noe som kan gi viktige gevinster i forebyggingsarbeid, i neste omgang også for menn.

### 3.2 Kulturhistorisk riss av kvinnehelse

---

Et historisk perspektiv vil ofte vise at det vi oppfatter som naturlig eller naturgitt er kulturelt skapte eller formede forhold. Grunnforståelser av kropp, helse, sykdom, kjønn og medisinsk kunnskap kan problematiseres fordi historien gir analytisk distanse til det vi her og nå tar for gitt. En av de som gir en interessant framstilling er Karin Johannison i arbeidene «Kön och ohälsa. Ett historiskt-kulturellt perspektiv» (1996) og «Den mörka kontinenten» (1994), og utvalget ønsker å formidle noen hovedmomenter.

En historisk drøfting av kvinners helse og sykkelighet må omfatte både påvisbar biomedisinsk sykdom, den vitenskapelige medisins tolkninger av kvinners sykdom i forhold til hennes egne, og helseeffekter av at kvinners liv har vært forskjellige fra menns. Å være syk er også å lage et språk mellom kroppen, samfunnet og jeget – og kan gi ulike gevinster som hvile, flukt, trøst eller makt. Videre må en se på hva slags sykeroller kvinnen har blitt tildelt til ulike tider. Kvinners sykkelighet kan forstås som et svar på kulturelle definisjoner av kvinnelighet, for eksempel som svak, passiv, hjelpeløs.

På tidlig 1800-tall ble kvinnekroppen forstått som en noe utviklet, men i prinsippet samme slags kropp som den mannlige. I løpet av forrige århundre ble denne forståelsen erstattet av tokroppsmodellen; den sterke maskuline og den svake feminine kroppen – som var forskjellige på alle vis. Av dette fulgte at helse framsto som den mannlige kroppens normalstatus, mens kvinnekroppens kjennetegn var periodisitet, labilitet og konstitusjonell svakhet.

Ved forrige århundreskifte fantes den samme rapporteringen av kvinnelig oversykkelighet som i dag. Hun gikk oftere til lege, tok mer medisin og ble beskrevet som sykkelig og svak. Kvinner syntes å ha bruk for sykerollen – av mangel på andre roller, som bekreftelse på sin kvinnelighet eller som trøst og flukt fra uønsket samliv og graviditeter. Kvinnesykkeligheten var samtidig sterkt klassepreget.

Arbeiderklassekvinnen beskrives som sterk, kraftfull og seksuell, mens borgerkvinnen beskrives som svak, ømskinnet og aseksuell. Mannen var ånd, intellekt og produksjon – kvinnen var følelser, natur og reproduksjon. Mannens arena var det offentlige rommet, kvinnens det private.

I arbeidet «The Descent of man, and the selection in relation to sex» (1871) legger Charles Darwin fram sin teori om hvordan den seksuelle utvelging har latt kvinnene forbli på et lavere utviklingstrinn enn mannen. Dette evolusjonistiske resonnementet gjenfinnes i de fleste bøker i kvinnemedisin og sexologi ved århundreskiftet, og dannet grunnlag for vitenskapens mange teorier om hvordan kvinnens underordning kan knyttes direkte til hennes biologi.

---

### Medisinske modeller for kvinners kropp og sykелighet

Ifølge den *anatomisk-fysiologiske* modellen var kvinners anatomi og fysiologi på alle vis forskjellig fra mannens, og den gjennomgående forskjellen handlet om kvinners svakhet og utydelighet. Kvinnens blod var ifølge modellen mer vannholdig og cellene hennes ville reagere på belastning med å bli mykere, mens mannceller reagerer med å bli hardere. Kvinnekroppen ble også – i motsetning til mannens – sett på som en helhet hvor alt avhang av alt annet. Mens mannelidelser derfor var stringente, lokaliserbare og avgrensede, var kvinnens lidelser vage, utflytende og generelle.

Den *gynekologiske* modellen tok utgangspunkt i den ustabile og energikrevende livmoren, som forårsaket periodisitet og manglende kroppskontroll. Ifølge modellen kunne også ubalanse eller skade i kvinnens underliv forårsake sykelige reaksjoner i alle andre deler av kroppen. Derfor kunne både psykiske og andre lidelser behandles med gynekologiske inngrep.

I den *nevrologiske* modellen for kvinnens kropp og sykелighet var det kvinnens særskilt sensibiliserte nervesystem som gjorde henne mer ømskinnet enn mannen. Dette åpnet for å ta inn kulturelle og psykososiale forklaringer på kvinners plager, f.eks. overanstrengelse, fremmedgjøring og tomhetsfølelse. De nye diagnosene ble neurasteni, nevrose og nervøsitet.

---

Denne biologiseringen av kvinnen medførte også medikalisering (å gjøre til medisinske spørsmål). Ifølge den egne kvinnepatologien som ble utviklet, hadde kvinners sykелighet andre årsaker og forløp enn mannens, den krevde annen slags behandling og det var dessuten langt mer naturlig for kvinner å være syke.

Ettersom kjønn handler både om biologi, identitet, struktur og symboler, må en historisk tolkning av den kjønnsspesifikke sykелigheten vekse mellom en rekke nivåer. Fem sentrale innfallsvinkler er:

1. Den samfunnsmessige. I det industrialiserte og urbaniserte samfunnet på slutten av 1800-tallet hadde den borgerlige kvinnen en begrensende og pasifiserende rollemodell til rådighet. Samtidig signaliserte omverden nye ambisjoner og muligheter, sterkere selvstendighet og selvrealisering. Sykerollen kan forstås som et svar på spenningen mellom gamle kvinneroller og nye forventninger – enten som en retrett til den «ekstreme kvinneligheten» (svak, sårbar, hjelpeløs), eller som et surrogat for andre roller. Historisk har subjektiv kvinnesykелighet særlig vært sett i grupper frakoblet en aktiv livsrolle og med begrensede muligheter til å overskride normer for kvinnelighet – fra århundreskiftets borgerkvinner til 1950-tallets husmødre. Kanskje handlet sykелigheten om tapte muligheter?
2. Den kulturelle. Kvinnesykелighet kan sees som et svar på kulturelle fores-

tillinger om kvinnelighet, en kvinnelig idealtipe. Både innen medisinen og i en videre kulturell sammenheng ble kvinnen sett som svak og skjør, svakhet var noe av det som definerte det kvinnelige. Dette påvirket også kvinnens selvbilde, og lærte henne bestemte måter å lytte til og tolke kroppens signaler på. Ettersom utilslørt sinne var vulgært og ukvinnelig, var det desuten bare sykdomsetiketten som kunne tillate avvikende oppførsel og utbrudd.

3. Den medisinske. Kvinnekroppen forstått som et labilt biologisk system, preget av periodisitet, skjørhet, sårbart underliv og dirrende nervesystem legitimerte kontroll, overvåkning og medikalisering av kvinnen. Medisinen rådde over de diagnosene og tilstandene som kvinnen kunne plassere sine egne symptomer i.
4. Den biologiske. De sidene ved kvinners sykkelighet som handler om tette graviditeter og fødsler og utsatthet for tuberkulose og andre infeksjonssykdommer hører til her. Men også århundreskiftets begrensende kvinneliv kan ha skapt angst og depresjon som har kommet til uttrykk i kroppssymptomer og i et svekket immunforsvar.
5. Den eksistensielle. Sykdom kan både være et uttrykk for depresjon, og en strategi for å kanalisere denne depresjonen.

To innfallsvinkler for tolkning av nåtidens kulturelt betingede kvinnesykkelighet er vektleggingen av belastning (kroniske trøtthets- og smertesyndromer) og fokuseringen på en splittet kvinnerolle (prestasjonskrav og angstrelaterte plager). I forhold til belastningsforklaringer har det vært hevdet at kvinner i vårt århundre har fått mange nye roller, men knapt kvittet seg med noen av de gamle. Mot dette er det interessant å merke seg at kvinner som kombinerer mange roller gjennomgående er friskere enn kvinner med få roller (ref. kap.5). Kvinners større sykkelighet i kombinasjon med lengre levealder reiser også det paradoksale spørsmålet om hvorvidt sykdom er en investering i helse.

Historisk har kvinnen blitt beskrevet som en fange av egen biologi. Langt inn i vårt århundre har hennes labilitet vært brukt som argument mot innpass i viktige samfunnsposisjoner. Sykeliggjøringen har vært påvirket av arbeidsmarkedets behov (ref. kap.11). Slik har kjønnsespesifikke biologiske modeller vært viktige ideologisk og markedspolitisk. Særlig den kvinnelige kroppen er blitt tilpasset, omformet og biologisert. Ifølge Karin Johannison har idealet vekslet fra svak og skjør (1880-tallet), sterk og barneføstrende (1910-tallet), slank og kapabel (1930-tallet), sunn og hjemmeværende (1950-tallet), sterk og likestilt (1970-tallet) og mot årtusenskiftet igjen en mer «kvinnelig» kvinnekropp og sterkere kjønnsdeling.

### 3.3 Tre ståsteder for kunnskap om kvinnehelse

---

Når vi skal se på kvinners helseplager, og på helsevesenets møter med kvinner, kan det være avgjørende med hvilken bakgrunnskunnskap og fra hvilket ståsted vi starter. Tre viktige ståsteder for forståelse av kvinnehelse er den medisinske vitenskapen, helsevesenets praksis og kvinners egne erfaringer og innsikter. Det ligger også sentrale helsespørsmål i samspillet og forskjellene mellom disse ståstedene.



### 3.3.1 Medisinsk vitenskap

Tradisjonell biomedisinsk forskning kan avsløre og beskrive viktige kjønnsforskjeller og trekk ved kvinners helse. Samtidig kan slik forskning usynliggjøre og forvrengte kunnskap om kvinner på to måter:

*For det første kan forskningen ha mannlighet som en uttalt norm.*

Forskeren samler inn data om mannens kropp, sykdommer, årsaker og behandlingsbehov – og går ut fra at kunnskapen også gjelder kvinner, med unntak av det som handler om kjønnsorganene. En gjennomgang av store deler av internasjonal forskning om behandling av alkoholmisbruk viser for eksempel at av alle de klientene som inngikk i alle studiene til sammen, var bare 7 prosent kvinner (Jarvis 1992).

I det siste tiår er det dokumentert at kvinner er underrepresentert, eller vilkårlig utelukket fra deltakelse i medisinsk forskning (Ruyter, 1996). Dette gjelder generelt for alle kvinner i fruktbar alder, men særlig for gravide kvinner. Ettersom det ikke finnes systematiske data om kjønns sammensetningen i medisinsk forskning har det vært vanskelig å dokumentere i hvilket omfang kvinner har blitt utelukket. Forskning på gravide reiser etiske dilemmaer, inkluderes de i studier risikerer en å skade fosteret, utelates de går en glipp av kunnskap om mulige skader. Andre grunner til å utelukke kvinner som forsøkspersoner har vært at forskningen kompliseres og fordyres: Kvinnens hormonelle syklus vanskeliggjør forskningen og dessuten krever kvinnene spesielle tid- og pengekrevede arrangementer som barnepass og transport. At kvinners hormonelle mønstre er sett som en ekstra variabel og brukt som argument i denne sammenhengen, illustrerer at medisinenens utgangspunkt er mannen som norm.

At kvinner er utelatt eller underrepresentert i forskning fører til at vi vet relativt mindre om kvinner når det gjelder sykdommer som rammer begge kjønn, som for eksempel hjerte/karsykdommer, infeksjonssykdommer og avhengighetsatferd/misbruk. En gjennomgang av dagens praksis viser at det å inkludere kvinner i datainnsamlingen ikke sikrer slik kunnskap, ettersom forskerne ofte likevel ikke analyserer effekten av kjønn, eller de gjør dette uten å trekke inn nyere forskning om kvinners helse. I tillegg kommer at spesielle kvinnelidelser får lite forskningsmessig oppmerksomhet.

*For det andre kan problemstillinger, modeller og drøftinger ta for gitt bestemte kulturelle forestillinger om mannlighet og kvinnelighet.*

Et forskningsfelt som molekylærbiologi nyter høy status og betraktes som objektivt og verdifritt. Men også denne kunnskapen er produsert i et samfunn, i en kultur, og bærer preg av det. Et eksempel på dette kan vi hente fra en anerkjent bok om genenes molekylærbiologi av nobelpristakeren James Watson m.fl. Her beskrives blant annet to typer bakterieceller (E.coli) som kan skilles fra hverandre ved om et bestemt kromosom er tilstede eller ikke. Når det er tilstede beskrives cellene som hanceller, og de er i stand til å overføre gener til hunceller. Når kromosomet ikke finnes, beskrives cellene som hunceller (F-) og opptrer som mottakere for genoverføring fra hanceller. Et annet eksempel på at egenskaper som i utgangspunktet ikke har noe med kjønn å gjøre knyttes til noe som assosieres med mannlig og kvinnelig, er allmenne forståelser av aktive spermier og passive egg i forbindelse med befruktningssprosessen. Dette viser hvilken styrke bestemte forestillinger om kjønn har i

vår kultur. Kjønnbestemte koblinger til positive eller negative egenskaper, eller til fravær eller tilstedeværelse av egenskaper, danner også bakgrunn for forståelser av sykdom og normalitet.

---

### Kjønnsperspektiv i forskningsprosjekter

I Forskningsrådets katalog for bevilgede midler de seinere årene er forskerens egen beskrivelse av prosjektets innhold presentert i noen avsnitt. Det er ut fra disse presentasjonene svært få prosjekter, ut over de som er bevilget av særprogrammer, som har en eksplisitt vinkling mot kjønnsulikheter.

- I katalogen for 1997 er det bare ett av åttini prosjekter innen faggruppe I basalmedisinsk forskning som eksplisitt nevner kjønnsperspektivet, og dette perspektivet mangler i en rekke prosjekter der det klart har relevans (for eksempel leddgikt og type 2-diabetes).
- For faggruppe II er det ingen av de 55 som nevner kjønn som sentral komponent i sine prosjektsammendrag.
- I klinisk forskning er det noe bedre; av 56 prosjekter har åtte nevnt kjønn, mange av disse er innen fødselshjelp/gynekologi. Et par prosjekter dreier seg kun om menn.
- I samfunnsmedisinske fag er det 13 av 50 prosjekter som har eksplisitt kvinnevinkling. Det er bevilget til fem prosjekter innen den eksplisitte satsningen på kvinnemedisinsk forskning.
- Innenfor alternativ medisin er to av ti prosjekter rettet inn mot kvinner.
- I forskning om legemidler, og innen forebyggende arbeid er det tre til fem av ca 25 prosjekter som eksplisitt tar opp kjønnsdimensjonen, mens mange som burde det ikke gjør det.
- Innen helsetjenesteforskning er det bevilget penger til to prosjekter som er eksplisitte i sin kjønnsdimensjon, mens for eksempel studier av makt i lege-pasientforholdet, og av geriatriske pasienter ikke nevner kjønnsdimensjonen.
- For programmet «Helse i arbeidslivet» er det tre prosjekter som er kvinneverrettede, (et par som sikkert vil være det der kjønn ikke er nevnt til tross for at de dreier seg om pleie- og omsorgssektoren), og ett prosjekt om menns fertilitet (av i alt 27 prosjekter).
- Innen «Helse og kultur», en relativt ny satsning, er det bevilget til ni prosjekter. Fem av dem har en eksplisitt kjønnsdimensjon. Det er den største andelen i NFR's satsning.
- Innen en faggruppe der man skulle tro at kjønnsdimensjonen er viktig, nemlig mental helse, er det nevnt at man skal studere både kvinner og menn i tre-fire prosjekter, mens en eksplisitt kjønnsdimensjon rettet mot menn er tilstede i to.

---

Naturvitenskapene synes å være ganske fundamentale for den forståelsen som legges til grunn i vitenskapsbaserte praksiser. Er det sannsynlig at slike bilder av «mannlig» og «kvinnelig» i basalfagene også vil prege behandlerens bilder av sykdom hos menn og kvinner i klinikken? De tradisjonelle utdanningene kan ofte dekke over sammenhengen mellom samfunnsforhold og den vitenskapelige kunnskapsproduksjonen.

Mye tyder på at dagens medisinske diagnosesystemer – som bygger på medisinsk vitenskap – er bedre egnet til å klassifisere helseplager hos menn

enn hos kvinner. Menn får oftere en sykdomsdiagnose mens kvinner oftere får en symptomdiagnose. Symptomdiagnosene omfatter mange kortvarige og beskjedne helseplager som går over av seg selv (feber, ryggmerter, vondt i magen), hvor legens oppgave er å vurdere om det ligger noe mer alvorlig bak, og eventuelt besørge sykmelding. Slike vurderinger kan fullt forsvarlig konkluderes i form av en symptomdiagnose. Symptomdiagnosene blir imidlertid atskillig mer problematiske når de brukes til å klassifisere kroniske helseproblemer som ikke går over av seg selv, og som gir omfattende konsekvenser både for pasienten og samfunnet (for eksempel fibromyalgi og andre såkalte ubestemte plager). Symptomdiagnoser avspeiler både uklare årsaker og problemer med å finne god behandling. Dette kan gi grobunn for forestillinger om at det er kvinnes plager som er »feil», ikke diagnosesystemet og helsevesenet.

### **3.3.2 Fra ekspertise til praksis – konsekvenser for kvinner**

Et stort landskap av institusjoner produserer forestillinger om kvinners helse og sykdommer; offentlig helse- og sosialvesen, trygdeetat, legemiddelprodusenter, private helsetjenester – og i randsonen produsenter av slankepreparater og –kurer, trimtilbud, helsemagasiner og generelle magasiner og aviser. Noen av disse forestillingene utformes svært nær den medisinske vitenskapen, for eksempel innenfor sykehusene. Samtidig påvirker legemiddelprodusenter innretningen på medisinsk forskning. De har sterke økonomiske interesser i kvinners sykkelighet, blant annet på grunn av kvinners opptatthet av helse, og deres økende kjøpekraft. Andre medisinske bilder står i et tettere forhold til folkelige helseoppfatninger, for eksempel ukebladenes helsereportasjer.

Her skal kort redegjøres for to trekk ved medisinsk praksis som er av stor betydning for kvinners helse; for det første hvordan ulike sykdommer har ulik prestisje, og for det andre hvordan mannlige og kvinnelige leger opptrer systematisk forskjellig i møter med pasienter. Trygdeetatens praksis i et kjønnsperspektiv utredes i kap. 11, mens helsetjenestetilbud og –forbruk tas opp i kap. 10.

#### **3.3.2.1 Kjønn og sykdommers prestisje**

Har sykdommer som typisk rammer kvinner en lavere prioritet enn sykdommer som typisk rammer menn? Hvis det er slik kan det være knyttet til at forståelsen og bildene som formidles gjennom ekspertspråket, selekterer menn og menns sykdommer?

Den medisinske kulturen har gjennom sin praksis vist at både sykdommer og spesialiteter rangeres etter prestisje. Legers egne rangeringer av ulike spesialiteter viser noen interessante mønstre (Album 1991). Spesialiteter som er handlingsorienterte, gjerne radikale, i sin tilnærming til sykdom, spesialiteter som arbeider med objektiv diagnostikk og en naturvitenskaplig årsaksforståelse, som gjør bruk av mye avansert og kostbart teknisk utstyr, og arbeider med akutte, dramatiske og livstruende sykdommer i ærbare organer på forholdsvis unge mennesker, kommer høyt i et prestisjehierarki. Vurderingene av sykdommer og spesialiteter antyder ganske klart hva slags virksomhet som hører til den utøvende medisins kjerne og ideal, om hva den selv oppfatter som verdifull medisin.

Sykdommer som folk blør og dør av – unntatt kanskje mødredødelighet i u-land – rangeres høyere enn sykdommer som kommer gradvis og kanskje er uklare i den første fasen. Sykdommer og skader som kan kureres rangeres høyere enn dem det er lite å gjøre med. Spesialiteter som anvender dramatisk og teknologisk avansert behandling får høy prestisje. Det gjør også omfattende bruk av kostbart teknisk utstyr i seg selv. Behandlingen gir preg av å være mer avansert dersom den har elementer av forskning i seg. Sykdommer og spesialiteter som er nært assosiert med forskningstema som er interessante og som det satses store økonomiske midler på får høy prestisje.

De lavest rangerte sykdommene var de uten objektivt målbare funn, mens de som var høyest rangert alle hadde slike funn. Det er en fordel om det kan påvises en årsak. Sykdommer som kan være dødelige gir vanligvis høy anseelse. Særlig de som enten fører til snarlig død eller til klar bedring; infarkt, leukemi og testikkelkreft. Langvarig funksjonsnedsettelse gir lav prestisje. Ett av flere kjennetegn som trekker hud og leddsykdommer ned er at de ofte varer livet ut uten at man dør av dem. Hjerteinfarkt lå på topp og fibromyalgi på bunn av skalaen i 1990. Disse gir assosiasjon til typiske kvinne- og mannssykdommer. Kroniske sykdommer som gjør folk hjelpeløse, «uappetittlige» eller begge deler er særlig lite aktverdige. Sykdommer som rammer dem med høy anseelse og makt rangeres høyere. Det er mer høyverdig å arbeide med testikkelkreft hos unge menn enn eggstokkkreft hos eldre damer – det kan bero på gode behandlingsresultater og på alder – men også på kjønn. Både alder og kjønn synes å være viktige for prestisje. Når det gjelder spesialitetsprestisje vil ikke bare den typiske pasientens kjønn men også den typiske behandlerens kjønn ha betydning.

### **3.3.2.2 Mannlige og kvinnelige leger**

Når menn og kvinner arbeider i samme yrke og med samme utdanning, for eksempel som leger, ser det ut til at mennene ofte velger tekniske løsninger på et problem (opererer bort det smertefulle organet) eller en tilnærming som fordrer bruk av maskiner (f.eks. laparoskop). Kvinnelige leger har et mer fleksibelt tilnæringsmønster og arbeider også oftere med de «myke» sidene av faget (f.eks. psykososial gynekologi). Andelen kvinner blant nyutdannede leger har økt fra under 20 prosent til over 50 prosent i løpet av 20 år. Men etter som leger fins i alle aldre, er fortsatt under 30 prosent kvinner (Den norske lægeforening 1998).

Leger velger spesialitet etter en sterk kjønnsdeling. Bare 4 av 100 kirurger er kvinner, mens over halvparten av barnepsykiaterne er det. Mange kvinner blir allmennleger og gynekologer. Kvinner blir sjeldnere spesialister enn menn (38 prosent mot 66 prosent). Årsaker til dette, slik de er angitt av legene selv, kan være at noen fag, som kirurgi, er vanskelig å kombinere med familieliv, at de innebærer slitsomme vakter, og at miljøet er svært karriere- og mannsdominert. Kvinnelige leger tror dessuten at dette bestemmes av trekk ved kvinnene selv som egnethet, for eksempel i forhold til psykiatri. Men de tror ikke, slik mennene gjør, at kvinner ikke er egnet til aksjonspregede yrker. Mange kvinnelige leger tror også at det fører et ubehag med å prøve å tilhøre en arbeidskultur som mer eller mindre bevisst diskriminerer kvinnelige kollegaer. Rollemodeller, som eldre kvinnelige kollegaer, sees som en positiv faktor for å velge en spesialitet. Slike rollemodeller er det få av i noen fag, flere i andre (Gjerberg og Hofoss 1998).

Tidligere studier har vist at kvinnelige leger bruker mer tid på pasientene sine enn hva mannlige leger gjør, og mer tid på kvinnelige enn mannlige pasienter i allmennt medisinske konsultasjoner. Dette er ikke fullt ut bekreftet i senere studier, men det finnes en rekke indikasjoner på at praksisstil og kommunikasjon er forskjellig. Forskjellen i tidsbruk kan skyldes at kvinnelige pasienter lider av andre sykdommer – i så fall er det viktig å merke seg at dette ikke påvirker mannlige legers tidsbruk på samme måte. Kvinnelige leger er mer påpasselige med å foreta forebyggende undersøkelser som celleprøve av livmorhals, og gir generelt mer helseopplysning i konsultasjonen. Kvinnelige leger bruker også mer tid på å diskutere familie- eller sosiale problemer med pasientene, og får lettere fram informasjon om pasienters – særlig kvinnelige pasienters – psykososiale situasjon, mens mannlige leger bruker mer tid på faktisk sykehistorie. (SOU, 1996:33)

### 3.3.3 Kvinnens eget ståsted

Utvalget ser det som avgjørende for å fremme kvinnens helse at kvinnens egne innsikter og erfaringer anerkjennes som en sentral kunnskapskilde. Språk har stor makt, også innen helsevesenet. For å nyte godt av sosiale ytelser som sykepenger og trygd, må den enkeltes opplevelse av helseplager i dag beskrives i medisinenes ekspertspråk. Dette oversettelsesarbeidet blir vanskeligere jo mindre presist ekspertspråket fanger opp pasientens erfaringer. Innen medisinen er det slik at sykdomsbegrepet forutsetter at fysisk smerte skal ha fysiske årsaker som kan påvises kroppslig. Lidelser med en uklar status i forhold til dette, for eksempel fibromyalgi, skaper store problemer både for ekspertene og de syke (ref. bl.a. kap.11). I stedet for å gjøre kvinnelige pasienter med denne typen plager til «vanskelige pasienter», kunne denne pasientgruppen sees som en ressurs i forhold til å klargjøre og utfordre den medisinske vitenskapens begrensninger.

Kvinnelige pasienter kan selv bidra med nyttig og viktig kunnskap om sine helseplager når dette etterspørres i en kontekst som anerkjenner kvinnens verdighet. Skal det medisinske kunnskapsgrunnlaget om kvinnens helseplager styrkes, er det viktig å utnytte alle aktuelle kunnskapskilder. Det er også nødvendig å utforske eventuelle hindringer som kan medvirke til at kvinnens erfaringer ikke når fram til kunnskapsproduserende felter i medisinen (Malterud 1996).

## 3.4 Ankerfeste for utvalgets vurderinger og anbefalinger

---

Verdivalg ut fra et kjønnsperspektiv kan legges på flere nivåer – som ikke utelukker hverandre, som alle er viktige, og som kan knyttes til ulike deler av utredningen og ulike typer anbefalinger

### 3.4.1 Rettferdighet på eksisterende like premisser

Kvinner må få like god behandling og øvrige ytelser som menn ved samme typer plager. Dette forutsetter for det første at kvinner og menn må utforskes i like stor grad i medisinsk forskning. Det må også rettes kritisk søkelys på om kvinner blir tolket og møtt annerledes enn menn når de oppsøker helsevesenet med tilsvarende symptomer og plager.

### 3.4.2 Anerkjennelse for særpremisser

Det må skaffes god kunnskap om og tilbud overfor særlige kvinnehelseplager eller -belastninger. Dette perspektivet er relevant både i forhold til biologiske forskjeller og sosialt og kulturelt betingede plager. I skjæringspunktet mellom rettferdighet på like premisser og anerkjennelse av særpremisses ligger diskusjonen om å kompensere for gitte ulikheter. Tilsynelatende samme behandling kan vise seg å ha svært forskjellig innhold for kvinner og menn. Et godt eksempel er kjønnsblandet gruppebehandling for rusmisbrukere. Dette er tilsynelatende samme tilbud for de mannlige og kvinnelige pasientene – men gruppene viser seg i praksis å ofte rette mest oppmerksomhet mot mennenes problemer, å la kvinnene bli støttespillere for dem, og iblant åpne for uttrykt kvinneforakt fra mannlige medklienter (Taksdal 1997).

### 3.4.3 Kritisk søkelys på grunnleggende premisser

Måten samfunnet definerer helse og sykdom på, utformer forebyggingstiltak, behandlings- og velferdstilbud og kriterier for tildeling, må ikke systematisk forfordle kvinner, eller systematisk ramme befolkningsgrupper som i all hovedsak er kvinner. Sentrale kriterier, rettesnorer og strukturer innen helsefeltet må derfor vurderes og konsekvensutredes i et kjønnsperspektiv.

### 3.4.4 Brukerperspektiv og brukervedvirkning

Trolig er et brukerperspektiv enda viktigere for kvinner enn for menn. Dette kan begrunnes i at kunnskap om kvinnens helse er mangelfull og dårligere integrert i helsevesenet. Som vist bygger mye av medisinen forståelse på en mannlige norm. Dette nødvendiggjør en skjerpet ydmykhet og åpenhet fra systemenes og helseprofesjonenes side i møte med kvinnens helseplager. Brukervedvirkning er samlebetegnelsen på ulike metoder som gir brukerperspektivet større plass.

Brukervedvirkning kan begrunnes på to ulike måter som ofte, men ikke alltid, vil understøtte hverandre; for å ivareta demokratiske rettigheter og for å sikre kvalitet. Brukere har ut fra demokratiske prinsipper krav på god informasjon og på å bli hørt i saker som angår dem. Samtidig vil forebygging, behandling og livskvalitet svært ofte forbedres ved at brukere får god informasjon, og ved at deres egen kunnskap om sykdommen, symptomene og helseressursene anerkjennes og lyttes til av helsevesenet. Beslektet med dette perspektivet er også å gi hjelp til selvhjelp; å se og styrke den enkeltes ressurser og mestringsevne, og å støtte opp om egenorganisering og gjensidig hjelp mellom pasienter og andre brukere.

Brukervedvirkning er en tilnærming som kan og bør anvendes i mange sammenhenger – og de konkrete metodene vil måtte variere.

- *Enkeltmøter*. I møtene mellom den enkelte pasienten eller klienten og enkeltrepresentanter for helse- og velferdstilbudene, innebærer brukervedvirkning at pasientens egne erfaringer og innsikter har status som en sentral kunnskapskilde, og at informasjon til pasienten er forståelig, tilgjengelig og relevant.
- *Kunnskapsgrunnlag, problemdefinering og beslutningsprosesser*. Brukervedvirkning innebærer at berørte personer og grupper får god informasjon og anledning til å komme med innspill og refleksjoner når politikk og utviklingsarbeid utformes. Brukerinnspill på et tidlig tidspunkt i slike prosesser kan være viktig, ettersom de kan inneholde helt nye eller andre

måter å stille spørsmål på. Brukerorganisasjoner tas ofte med i beslutningsprosesser gjennom sin rolle i offentlige høringer. Det vil si at deres mening tas inn etter at de grunnleggende premissene allerede er lagt fram i form av en utredning eller proposisjon. Brukerrepresentasjon, lekfolkskonferanser eller andre metoder som påvirker premissleverende prosesser vil sikre brukerperspektivet langt bedre. Lekfolkskonferanser omtales noe mer i (kap. 2, kap. 12) og i vedlegget. I forbindelse med et større forskningsprogram om kvinnevervante medisinske spørsmål, har Verdens helseorganisasjon (WHO) oppnevnt et «kjønnsrådgivningspanel». Medlemmene i panelet er foreslått fra sentrale personer i ulike internasjonale kvinnehelseorganisasjoner. Panelet møtes årlig og drøfter sentrale dilemmaer og valg forskningsprogrammet står overfor. Erfaringene er at panelet er en ressurs for forskningsprogrammet, og dessuten sikrer at forskningen når brukerne gjennom de organisasjonene de representerer.

- *Konsensuskonferanser* er ofte fagkonferanser der fagfolk prøver å belyse flest mulige fasetter innen et begrenset fagfelt (for eksempel østrogenbehandling etter menopause eller ultralydscreening i svangerskap). Brukerperspektivet kommer gjerne inn indirekte gjennom fagfolkens kjennskap til praksis og motforestillinger på feltet. Men en kunne utvide «ekspertbegrepet» til å omfatte talskvinner for spesielle områder, ettersom konferansenes hensikt er å legge fram så mange sider ved en sak som mulig.
- *Kvalitetssikring og tilbakemeldinger*. For å sikre best mulige helsetjenester er det avgjørende at de som bruker tjenestene får en viktig rolle i vurderingen av dem. Her er mange ulike metoder; fokusgruppediskusjoner, spørreundersøkelser, systematisering og gjennomgang av klagesaker, systemer for fortløpende tilbakemeldinger i behandlingshverdagen. Utvalget vil presisere viktigheten av at slike tilbakemeldingssystemer har et gjennomtenkt kjønnsperspektiv.

Forbehold knyttet til brukermedvirkning i enkeltmøter mellom pasient og helsepersonell handler ofte om hvor grensene for pasientens innflytelse må gå. For eksempel må en person i psykisk nød beskyttes mot selvdestruktivitet. Kunnskapsgrunnlaget for valg av behandling kan også være for vanskelig å ta stilling til for lekfolk. Her er mange viktige diskusjoner som må holdes levende. I denne sammenhengen ønsker vi imidlertid å rette oppmerksomheten mot at helsevesenets ansatte ikke alltid ser hvor grensene for *deres* innflytelse bør gå, eller at de kanskje *selv* har et for begrenset kunnskapsgrunnlag dersom de ikke fanger opp tilstrekkelig av pasientens erfaringer og vurderinger.

Forbehold knyttet til brukermedvirkning i større sammenhenger formuleres ofte som spørsmål om representativitet og saklighet. Det er selvsagt vanskelig å sikre at et representativt utvalg brukere i alle saker får komme med sine synspunkter. Det er heller ikke gitt hvem som skal forstås som brukere i alle saker. Kvinner bør bli hørt i spørsmål om svangerskapsomsorg og fødeavdelinger, psykiatriske pasienter og eventuelt deres pårørende i spørsmål om for eksempel god rehabilitering etter institusjonsopphold. Det er ikke nødvendig å kreve representativitet i streng forstand for gruppen som skal høres, men sikre bredde og variasjon, og at ulike erfaringer blant dem som berøres kommer fram.

Vi vil også peke på at helsepolitiske spørsmål aldri utformes i tråd med spørreundersøkelser til representative utvalg eller etter folkeavstemning. Verken politikere, ekspertgrupper eller profesjonene kan sies å være repre-

sentative. Likevel blir ekspertbeslutninger ofte sett på som saklige og objektive, mens brukerperspektivet oppfattes som subjektivt og dårligere begrunnet. Målet er at relevante brukergrupper får supplere det helhetlige kunnskapsgrunnlaget beslutningene bygger på.

Særlig utfordrende er det å fremme brukermedvirkning i tjenester til grupper som vanligvis ikke deltar i organisasjoner og som har spesielle vansker med å bli hørt, for eksempel mennesker med psykisk utviklingshemming, mennesker med alvorlig psykisk sykdom, eldre kvinner eller ofre for overgrep. I noen tilfeller må slike grupper høres gjennom representanter, som pårørende og pleiepersonale, og det kreves uansett en særlig vektlegging av menneskeverd, menneskerettigheter og muligheter til innflytelse over eget liv.

### **3.4.5 Institusjonalisering av kjønnsperspektiv**

Arbeid for kvinners rettigheter og velferd på en rekke ulike områder viser nødvendigheten av å skape rutiner og strukturer som sikrer kontinuitet. Der hvor innsatsen for kvinner avhenger helt av entusiastiske enkeltpersoner og stadig nye initiativ, vil disse perspektivene ofte gå tapt i en travle hverdag og i konkurranse med mange andre gode formål – og vi vet at helsevesenet preges av mange travle hverdager og mange gode formål. Derfor må kunnskap, bevissthet og institusjonelle praksiser som sikrer en god håndtering av kvinners helse aktivt prioriteres og gis noen permanente rammer. Også dette utdypes i tiltakskapitlet (kap. 12).



## Kapittel 4

**Kvinnerns helse i et internasjonalt perspektiv**

Utvalget er bedt om å vurdere forholdene i Norge i relasjon til land det er relevant å sammenlikne med og i henhold til oppfølgingen av handlingsplanen som FNs 4. verdenskonferanse om kvinner i Beijing i 1995 vedtok.

Foruten en presentasjon av noen utfordringer som handlingsplanen peker på, vil dette avsnittet gi en kort fremstilling av kvinners helseutfordringer i globalt perspektiv og en summarisk skisse over kvinners helse og levekår i Europa, hovedsakelig EU-landene, for å plassere diskusjonen av kvinners helse og levekår i Norge i et bredere perspektiv. Noen systematisk sammenlikning mellom Norge og andre land er ikke gjennomført.

**4.1 Handlingsplanen fra Beijing-konferansen**

---

Erklæringen fra Beijing konferansen forplikter regjeringene som deltok til å sikre at all politikk skal reflektere integrering av kjønnsperspektivet. Dette forutsetter blant annet at myndighetene gjennomfører en forhåndsvurdering av alle beslutninger, tiltak og programmer for å se hvordan de berører henholdsvis kvinner og menn. Norske erfaringer har bidratt til å legge føringer for utformingen av dette dokumentet. I dette ligger en forpliktelse. Sigrun Møgedal (1995) har oppsummert noen hovedmomenter som denne framstillingen i hovedsak bygger på.

Konferansen slo fast at helsetjenester og helsepolitikk i alle land var dominert av «nord» og av menns forståelse og var lite sensitive for kvinners situasjon. Den manglende likestillingen mellom kjønnene kommer i tillegg til, og forsterker, økende økonomiske og sosiale ulikheter både innenfor og mellom nasjoner. Effekten er størst for kvinner. Kvinner har mindre råderett enn menn over rammebetingelser for å styrke og sikre helse. Dette gir større konsekvenser for dem når tilbudet er utilstrekkelig. Samtidig er kvinners spesielle behov lite forstått og lavt prioritert.

Konferansen satte særlig fokus på reproduktiv helse. Arbeidsmiljø, miljøforurensning, farlige stoffer og helsepolitiske prioriteringer var også viktige temaområder sammen med tiltak for å bekjempe seksualisert vold.

Handlingsplanen som ble utformet har definert tolv temaområder av særlig betydning for likestilling mellom kvinner og menn. Innenfor temaområdet helse inneholder planen flere konkrete forslag til hva land må arbeide videre med. Den har først og fremst vinkling mot land med svakt utbygde helsetilbud, eller land der rettighetene er lite utviklet. Men i en tid med store endringer i alle land i forhold til befolkningenes sammensetning og verdigrunnlag, økende kulturelt og religiøst mangfold og økende avstand mellom fattig og rik, er det gode grunner for alle land til å gjennomgå handlingsplanen fra Beijing, anvende kjønnsperspektiv og vurdere egne strategier og resultater opp i mot de målene som er etablert i planen.

Hovedkonklusjonene i helsedelen av handlingsplanen er at

- Kvinner må tilkjennes rett til selv å kontrollere forhold som gjelder egen helse, inkludert sin fertilitet og sitt seksualliv.
- Kjønnsperspektivet må tillegges en helt annen vekt i utforming og etterprøving av helsepolitikk og helsetjenester. Ikke minst gjelder dette data, informasjonsgrunnlag og brukerorientering.

- Helsevesenet må endre adferd i forhold til kvinner når det gjelder personvern og konfidensialitet, styrke kvinners beslutnings- og handlingsmulighet, unngå overmedisinering og sykeliggjøring og sikre kvinneorienterte grunnleggende tilbud.

Handlingsplanen har også spesifikke anbefalinger knyttet til

- Lovgivning (vern om rettigheter, abortspørsmålet osv.)
- Trygdeordninger og sikkerhetsnett
- Helsearbeidere og arbeidsvilkår
- Læreplaner, å få inn kjønnsperspektiv på alle skole og universitetsnivå
- Revurdering av helsetjenester for å sikre grunnleggende tjenester på primærnivået
- Etske perspektiver (fordeling, rettigheter)
- Forhold til det sivile samfunn og frivillige organisasjoners rolle
- Sammenheng mellom helse og rammevilkår.

Hiv/aids fremstår i rapporten som et område som må gis særlig oppmerksomhet fordi denne epidemien utvikling og konsekvenser belyser hele spekteret av problemstillinger knyttet til makt/avmakt, kjønn og helse. Den sier at det er helt nødvendig med en kjønns- og alderssensitiv tilnærming i denne sammenheng. Rapporten legger også stort ansvar på menns forpliktelser til å beskytte egen og partners helse.

#### 4.1.1 Menneskerettigheter og kvinners helse

Menneskerettighetene er både negative (retten til privatliv og ikke innblanding) og positive (retten til helsetjenester). Det kan være forholdsvis enkelt å identifisere og ansvarliggjøre noen når det gjelder inngrep i folks privatliv. Især i utviklingsland kan det være atskillig vanskeligere å gjøre noe med manglende tilgang til helsetjenester, blant annet de som er knyttet til reproduksjon og seksualitet. Reproduktive rettigheter krever mer enn frihet fra negativ innblanding fra det offentlige. Reproduktive rettigheter innebærer retten til selv å bestemme om og når en vil ha barn, og det er retten til å slippe uønskete seksuelle relasjoner. Det er også retten til å slippe å sette liv og helse i unødige fare i forbindelse med reproduksjon. Det siste innebærer også retten til å nyte godt av vitenskapelige fremskritt.

Et kjerneproblem når det gjelder menneskerettighetene, er at lovgivning ikke har stor verdi hvis det ikke finnes virkemidler som kan sette den i kraft. Effektiv overvåkning er nødvendig for å sikre at menneskerettighetene beskyttes. Derfor er det etablert komiteer og organer som kan ha ansvar for å overvåke avtalene. FNs kvinnekonvensjon blir for eksempel fulgt opp av Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW). Nasjonene som har sluttet seg til denne konvensjonen rapporterer jevnlig til CEDAW om utviklingen i landet vurdert i forhold til konvensjonen innhold. For å følge opp Beijingkonferansens handlingsplan og andre konsensusavtaler må de som har ansvar for oppfølging sikre at statene handler i samsvar med den anbefalte tolkningen av de legalt bindende menneskerettighetsavtalene.

Den tredje internasjonale konferansen om befolkning og utvikling ble holdt i Kairo i 1994. Den behandlet seksuell og reproduktiv helse og rettigheter og slo fast prinsippet om at reproduktive rettigheter er en del av menneskerettighetene.

Grunnen til at arbeidet med menneskerettigheter fokuserer på seksuell og reproduktiv helse er at denne siden av kvinnehelse er sterkest politisert, og eksisterende praksis er sterkt knyttet sammen med normer for seksualatferd, forhold mellom kjønnene, barneoppdragelse og kvinneroller. Hvis reproduktiv helse skal bedres, er det viktig at kunnskap og ikke fordommer får råde grunnen. Samarbeid landene i mellom og sammenlikning av erfaringer i ulike land har vist seg å være nyttig for å bryte ned fordommer og myter

Det er særlig de frivillige kvinneorganisasjonene som har argumentert sterkt for at hensynet til individets helse må legges til grunn for familieplanleggings programmer. Fordi det er kvinner som løper risikoen ved uønskede svangerskap, er det særlig dem som blir rammet når det er hensynet til befolkningskontroll og ikke helse som legges til grunn for tjenester knyttet til familieplanlegging

Kvinnekonferansen i Beijing i 1995 bygget videre på Kairo-konferansens formuleringer om reproduktiv helse og rettigheter, og satte dem inn i en ramme der deres betydning i forhold til generell økonomisk utvikling ble understreket. Rettighetsaspektet ble også utdypet, bl.a. i forhold til medbestemmelse i samfunnet og økonomiske rettigheter. Konferansen i Beijing gikk lenger enn Kairo-konferansen i abortspørsmålet, idet det ble henstilt til land å revidere lover som straffer kvinner for å ta ulovlig abort.

Dokumentet understreker betydningen av at kvinners behov, innsikt og verdier får større innflytelse over forskningsagendaen, og at det utvikles større kunnskaper om samspill mellom kjønn, økonomiske og sosiale marginaliseringsprosesser og kvinners helse i ulike kulturer og situasjoner. Kvinners syn på kvalitet i tjenester, spørsmål knyttet til bedre fordeling, mer relevante tjenester og helserelatert tradisjon, adferd og teknologiutvikling er sentrale utfordringer til forskning for å bedre kvinners helse. For å sikre et minimum av relevant, forskningsbasert kunnskap om kvinners helse er det helt nødvendig at en på nasjonalt nivå har tilgang på kjønnsespesifikke data om levekår, sykdomsbelastning og tjenestetilgang.

I internasjonal sammenheng har Norge kommet langt, særlig når det gjelder deling av politisk makt og muligheter til å kombinere arbeidsliv - og familieliv for både kvinner og menn. Men handlingsplanen skisserer også klare målsetninger som er relevante for utforming av norske helsetjenester og velferdsordninger. Den vil være et nyttig redskap for å konkretisere kjønnspektiv og øke forståelsen av hvorfor likestilling er relevant, også innenfor felt hvor det er liten tradisjon for å tenke i slike baner.

Utvalget har valgt å ikke gå tungt inn i beskrivelse og drøfting av kvinners helse i verden. Samtidig er det viktig å slå fast at for kvinner mange steder er situasjonen svært vanskelig. Det bildet som tegnes av norske kvinners helse og sykdom må forstås i en større sammenheng. Den viser at situasjonen for kvinner i Norge relativt sett er god. Gjennomgående har norske kvinner gode levekår, god helse og god tilgang til helse- og velferdstjenester, sammenliknet med de fleste av verdens kvinner.

## 4.2 Kvinners levekår og helse i verden

---

Forventet levealder regnes som en god indikator på generelle levekårsforhold i en befolkning. I de aller fleste land oppnår kvinner gjennomsnittlig høyere levealder enn menn, men det finnes viktige unntak. I noen land, blant annet i Asia, er overdødeligheten blant kvinner økende, slik at antallet kvinner i for-

hold til menn er synkende. Alle disse landene utmerker seg med lav status for kvinner. I de industrialiserte landene avhenger levealder mer av hvordan inntektene fordeles innad i landet enn av inntekt per person, og levealderen ser ut til å ha økt hurtigere i land med tiltakende inntektsutjevning. (EU-kommisjonen 1997)

Inntekt alene er ikke noe godt mål på levekår i verdensmålestokk. Det skyldes at materielle livsvilkår for de fattigste og for kvinner ofte skapes på siden av pengeøkonomien. Også dødelighetstall har sterke begrensninger som mål på helse. Det gjelder særlig når kjønnsulikhet vurderes. I land der kvinner har lengre livslengde enn menn har kvinner gjennomgående høyere sykkelighet, slik det også er i Norge. I land hvor kvinner har høyere dødelighet enn menn, er kvinnes oversykkelighet ofte dramatisk. Derfor har FNs utviklingsprogram (UNDP) innført en fattigdomsdefinisjon som tar utgangspunkt i allment anerkjente velferdsgoder.

- sjansen for å dø før fylte 40 år
  - prosentandel av voksne som er analfabeter
  - tilgang på helsetjenester og på rent vann
  - prosentandel av barn under fem år som er feilernærte
- (Human Development Report, UNDP 1997)

Totalt sett i verden er det en stadig mindre prosentdel som kan defineres som fattige. Samtidig øker det totale antallet fattige fordi vi stadig blir flere mennesker. I global målestokk er bildet særlig dystert for jenter og kvinner. Bare noen få prosent av verdens materielle ressurser eies av kvinner, og kvinner disponerer generelt mindre penger enn menn. Den skjeve fordelingen av materielle ressurser reflekterer misforhold i makt på et overordnet, politisk plan, og kan også bli bestemmende for dynamikk og samhandling i hjemmemiljøet. Uansett hvilket mål som benyttes på fattigdom utgjør kvinner en økende prosentdel av verdens fattige. Det er dette som kalles fattigdommens feminisering og som er alvorlig for alle aspekter ved kvinners helse.

Utdanning er en annen faktor som for kvinners vedkommende er sterkt forbundet med helse. Selv om det har vært en betydelig bedring i utdanningsnivåene i de fattigste landene, er det fremdeles et gap mellom kvinners og menns utdanningsnivå.

Kvinner har biologisk sett noen risikofaktorer når det gjelder ernæringsstilstand som ikke menn har på tilsvarende måte. Deres helse blir derfor særlig sårbar når de er fattige. Også når det gjelder seksuell helse er den økende fattigdommen en særlig trussel mot kvinner, fordi den tvinger et stadig økende antall kvinner til å yte seksuelle tjenester for å få gå på skole, og for livsopphold. Dette er én viktig årsak til at det i mange land er svært mange flere unge kvinner som er hiv-positive sammenliknet med menn i samme alder. For fattige mennesker utgjør utgiftene til mat den største delen av de totale utgiftene, og feil- og underernæring er fortsatt et stort problem mange steder

#### 4.2.1 Helse og sykkelighet i utviklingsland

Fattige land har dårlig helse og sykdomsstatistikk. Det er mye lettere å måle dødelighet enn sykkelighet, data for sykkelighet er derfor mer usikre enn data for dødelighet. Vi vet likevel nok til å si at det er tre områder som peker seg ut med store forskjeller mellom kvinner og menn. Dette er *seksuell og reprodusert helse*, *infeksjoner*, og *ernæring*.

#### **4.2.1.1 Infeksjoner, anemi og ernæring**

Infeksjonssykdommer, for eksempel tropesykdommer, rammer særlig mennesker som lever under kummerlige kår. Tidligere har en trodd at disse sykdommene i hovedsak rammet menn, men det viser seg at det motsatte ofte er tilfellet. Tuberkulose er nå den sykdommen som tar livet av flest kvinner verden over og det er særlig unge kvinner som rammes. (WHO Press Release, 25 May 1998).

Anemi er et enormt globalt kvinnehelseproblem, og mange kvinner har alvorlige mangelsykdommer. Det medfører økt dødelighet, sykelighet og reduksjon av livskvalitet. Anemi disponerer for infeksjoner, og infeksjoner forsterker anemi. Kvinner kan lett komme i en ond sirkel med svangerskap som tapper kroppen for jernlagre, kroniske infeksjoner, og et utilstrekkelig kosthold. Sykdommer på grunn av mangelfullt kosthold er mye vanligere hos kvinner enn hos menn. Kvinner har større tendens enn menn til å få mangelsykdommer. Men det er også i stor grad knyttet til fattigdom, og til fordeling av mat innen husholdet. Mangelsykdommene omfatter både for lite inntak av kalorier, og mangel på næringsstoffer som er nødvendige i små mengder (som jern, vitaminer etc.). Lav kroppsvekt, og spesielt fødsel av barn med lav fødselsvekt, er en indikasjon på at kvinner får for lite mat.

#### **4.2.1.2 Reproduktiv helse**

Det er kanskje ikke overraskende at lidelse og død knyttet til seksualitet og reproduksjon rammer kvinner mye hardere enn menn, i og med at det er kvinner som blir gravide. Men også når det gjelder seksuelt overførbare sykdommer er tap av helse og leveår mye større hos kvinner enn hos menn.

Blant det som truer den reproduktive helsen er det særlig sykelighet og dødelighet i forbindelse med graviditeter og seksuelt overførbare sykdommer som får stor oppmerksomhet. Andre problemer som også hører med til reproduktiv helse, er ufrivillig barnløshet og seksuelle problemer.

#### **4.2.1.3 Svangerskap og fødsel**

Et mål på reproduktiv helse er kvinners – og derved også menns – fruktbarhet. Total fruktbarhetsrate er et uttrykk for hvor mange barn kvinner i et land vil føde i løpet av sin fruktbare periode, gitt at de fortsetter å føde omtrent som nå. Mange forbinder kvinneliv i fattige land med en endeløs rekke av barnefødsler, og frykt for at barn skal dø. Men den demografiske overgangen, endringen fra høy dødelighet og høy fruktbarhet til lav forekomst av begge deler, har nå kommet langt i de fleste deler av verden. I utviklingslandene skjer denne utviklingen i mye større hastighet enn den gjorde i de industrialiserte landene, hvor utviklingen foregikk over en lang periode. Det pågår en internasjonal debatt om i hvilken grad dette har sammenheng med en generell forbedring i levekår og i hvilken grad det skyldes tilgang på prevensjon.

Globalt ser det ikke ut til å være noen nedgang i graviditetsrelatert dødelighet, men det er store internasjonale forskjeller både for dødelighet og sykelighet. Det er mange dødsfall knyttet til svangerskap og fødsel i u-land, og få i i-land. Det skyldes på grunn av ulik kvalitet på helsetjenestene. Antallet graviditetsrelaterte dødsfall i verden er av WHO og UNICEF anslått til 585 000 årlig. 75 000 av disse anslås å være på grunn av aborter som er utført av ukynlige, eller uten nødvendig utstyr. De fattigste landene og land hvor kvinner har særlig lav status, har høyest antall.

Om en ser på risikoen for å dø en graviditetsrelatert død, blir gapet mellom fattige og rike land enda større, fordi kvinner i fattige land gjennomgående har flere graviditeter enn i den rike del av verden. I Norge er det en livsløpsrisiko for å dø av en graviditetsrelatert årsak på 1 av 7300 svangerskap. Lavest risiko fins i Sveits, med 1 av 8700. Det tilsvarende tallet for Afghanistan, Guinea og Somalia er 1 av 7. (WHO 1997)

#### **4.2.1.4 Seksuelt overførbare sykdommer**

Seksuelt overførbare sykdommer kan føre til sterilitet, underlivssmerter eller sykdom hos foster. Det har dessuten fått en økende betydning i forhold til hiv/aids-epidemien, fordi det er mye større fare for overføring av hiv-smitte dersom en har en kjønns sykdom som gonore eller særlig syfilis. Hos oss er forekomsten lav. Hiv-epidemien i Norge er vesentlig knyttet til menn som har sex med menn, injiserende misbrukere og personer fra land med høy risiko. I Afrika, hvor epidemien er mest utbredt, rammer den vesentlig heterofile, og totalt sett er like mange kvinner som menn rammet. Men blant de unge er det allerede høyere forekomst av hiv-positive blant kvinner enn blant menn, og smitte øker raskere blant unge kvinner enn blant unge menn. Dette avspeiler et maktforhold, idet menn som har status og ressurser kan sette premissene for seksuell kontakt. I et samfunn hvor kanskje et fjerdedel av den voksne befolkning er hiv-smittet, vet alle at det er mindre sjanse for å være smittet jo yngre en er. Unge jenter blir derfor foretrukket, og menn har i mye større grad et valg i forhold til seksualitet. Dette fører til at overvekten av jenter øker ytterligere blant de unge hiv-positive.

Seksuelt overførbare sykdommer er oftere underdiagnostisert og underbehandlet hos kvinner enn hos menn, selv om konsekvensene er større for kvinner. En av grunnene er at symptomene merkes i mindre grad av kvinner. Det ser ut til at helsevesenet generelt neglisjerer kjønns sykdommer hos kvinner. Spesialiserte tjenester som befatter seg med kjønns sykdommer betjener stort sett menn, iblant prostituerte. Det betyr at det er forbundet med et betydelig stigma å søke en slik klinikk, slik at kvinner i praksis utelukkes fra tjenestene.

Livmorhalskreft er i økende grad et u-landsproblem, og anses om en seksuelt overførbart sykdom fordi et virus har en sentral årsaksrolle. Forekomsten i fattige land er usikker, men det anslås at det er en halv million dødsfall årlig i verden av livmorhalskreft. Det foregår en debatt om hva som er den beste oppsporingsmåten av livmorhalskreft i fattige land. Det er også reist spørsmål om det etisk forsvarlige i å drive oppsporende diagnostisering dersom det ikke finnes behandlingstilbud.

#### **4.2.1.5 Prevensjon og svangerskapsavbrudd**

Prevensjon, især for fattige, har ofte blitt sett på som en enkel metode for å løse fattigdomsproblemet. Felles for de fattige landene har vært at det ikke tas hensyn til kvinnens egne ønsker og prioriteringer på et område som reproduksjon. Kvinner har vært pådyttet prevensjon de ikke selv har ønsket, eller de som ønsker prevensjon har ikke fått det. Særlig i de folkerike statene i Asia har det funnet sted overgrep og tvang mot kvinner i forhold til prevensjon, og spesielt sterilisering. I Afrika derimot har det generelt vært et fravær av prevensjonstilbud. Spesielt for ungdommer og ugifte er det mange steder fremdeles restriksjoner og knapphet på slike tjenester.

Prevensjonsbruk kan redusere antall svangerskap i løpet av livet, og dermed risikoen for komplikasjoner og død i forbindelse med fødsler og abort. Tidligere var det også antatt at prevensjon ville forebygge svangerskap som hadde særlig stor risiko («for mange, for tidlig, for sent og for tett»), og at den graviditetsrelaterte dødeligheten kunne reduseres ved å tilby prevensjon til «risikokvinner». Nyere undersøkelser har vist at prevensjonsbruk ikke reduserer risikoen for hvert av de svangerskapene kvinnene går igjennom.

Det foretas anslagsvis 60 millioner svangerskapsavbrudd årlig i verden, og av disse utføres 15–20 millioner på en slik måte at faren for komplikasjoner er stor. For å få ned denne dødeligheten trengs det sikre aborttjenester. Ca. 25 prosent av kvinnene i verden lever i land hvor abort ikke er tillatt, eller hvor det er meget strenge vilkår for abort. Der hvor abortloven er svært streng, foretas det mange ulovlige aborter. For mange fattige kvinner foretas de oftest av ikke-kyndige personer. Det innebærer en betydelig risiko for komplikasjoner. I disse land svikter ofte helsevesenet når det gjelder å gi rask og adekvat behandling ved abortkomplikasjoner. Dette skyldes at abortproblematikken er fortiet, og at helsepersonell kan være usikre på hva de har lov til å gjøre overfor disse kvinnene, som jo har begått lovbrudd.

Frøemdeles er svangerskap, fødsler og aborter risikable hendelser i fattige kvinners liv i utviklingsland. Mange er anemiske eller kronisk syke, slik at de lettere får alvorlige komplikasjoner. Men først og fremst skyldes det at helsetjenestene ikke har maktet å gi kvinnene et adekvat tilbud.

## **4.2.2 Kvinner i spesielt utsatte situasjoner**

### **4.2.2.1 Flyktninger**

Tre fjerdedeler av verdens flyktninger er kvinner og barn. Antall flyktninger har, på få år, steget svært raskt. De aller fleste av dem befinner seg nært det stedet de har flyktet fra. Det betyr at langt de fleste flyktninger befinner seg i et fattig land, med lite ressurser til å hjelpe dem, selv om viljen skulle være tilstede. Verdenssamfunnet, og spesielt FNs høykommissariat for flyktninger, har ansvar for å hjelpe dem. Det faller likevel alltid et stort ansvar på myndighetene i det landet hvor flyktningene oppholder seg, uansett hvor fattig landet måtte være. Alle helseproblemer som rammer kvinner som lever under fattige forhold, rammer disse kvinnene i ekstra sterk grad. De er utsatt for stor risiko i forhold til reproduktiv helse, ernæring og infeksjoner.

### **4.2.2.2 Vold og overgrep**

Det var først under krigen i det tidligere Jugoslavia at systematisk bruk av seksuelle overgrep mot kvinner ble dokumentert og kjent for verden som en del av krigføringen. I virkeligheten har slike overgrep alltid forekommet i forbindelse med krig og uro. Det har vært anslått at 2 til 5 prosent av voldtektene som utføres systematisk som del av krigføringen, fører til svangerskap. De fleste flyktningeleirene i verden ligger i land hvor adgang til lovlig abort er sterkt begrenset i lovverket. I tillegg er helsetjenestene for flyktninger dårlig utbygd. Det er vist at aborter i flyktningeleirene er blant de aller mest risikable abortinngrepene som utføres i verden, likevel utføres de. Men mange kvinner som er voldtatte må gå svangerskapet ut. Seksuelt overførbare sykdommer er et annet problem etter voldtekt, og mange steder medfører voldtekt utført av soldater høy risiko for hiv-smitte.

Vold er særlig utbredt i samfunn med sosial oppløsning og konflikter. Skjult hjemmevold er et betydelig helseproblem for mange kvinner verden over og fører til akutte skader, psykiske og psykososiale problemer på kort og lang sikt. Ikke noe samfunn i verden er fritt for denne typen vold, og oftest er den rettet mot kvinner og barn, selv om menn også kan være ofre.

Bare i svært liten grad ser det ut til at de ordinære helsetjenestene makter å ta opp problemet med vold i hjemmet. Verdens helseorganisasjon (WHO), arbeider med å skaffe dokumentasjon om hvordan helsevesenet møter denne utfordringen, men slikt materiale er foreløpig lite tilgjengelig. Vold mot kvinner er ett av to prioriteringsområder for Verdens helseorganisasjons satsing på kvinners helse. Frivillige organisasjoner og forskningsinstitusjoner verden over har gjort, og gjør, et omfattende arbeid for å dokumentere hjemmevold, og å gi tilbud til dem som er rammet

#### **4.2.2.3 Prostitusjon**

Sex i bytte mot penger eller andre verdier foregår over hele verden, men på ulike måter. I mange land er salg av seksuelle tjenester grunnlag for å skaffe helt nødvendig livsopphold eller skolegang for mange kvinner. Disse problemene kan bare løses ved at den enkelte jente eller kvinne blir løst fra økonomisk og følelsesmessig avhengighet.

I de senere årene er det også blitt en økende organisering av sexsalg av kvinner og barn. Det kan være innen et land, eller over landegrensene. Kvinnene eller barna kan ende opp som sexslaver, det vil si at de er fanget i en situasjon som de ikke kan komme ut av uten hjelp. FN har mange ganger fordømt organisert sexsalg, og noen land har tatt problemet alvorlig. Det er likevel en tendens til at problemet flyttes til andre steder.

#### **4.2.2.4 Skadelige tradisjoner**

WHO har anslått at ca. 130 millioner kvinner i Afrika eller med opphav i Afrika, og noen få andre land, har gjennomgått omskjæring, også kalt kjønnslemlestelse. Mange afrikanske land har vedtatt lover mot dette. Et viktig satsingsområdet for verdens helse organisasjon er utryddelse av nye tilfeller av kvinnelig omskjæring, og rehabilitering til de kvinnene som allerede er omskåret. I Norge er det bosatt ca. 4000 kvinner og jenter fra land som praktiserer omskjæring. De nasjonale utfordringene er å tilby dem en medisinsk service av høy kvalitet, samt å forebygge at jenter omskjæres. (Norge har en lov om forbud mot kjønnslemlestelse: Lov av 15. desember 1995 nr. 74).

Det fins også andre tradisjoner som anses for å være skadelige, og som det er organisert arbeid mot. Det er for eksempel mattabuer som hindrer kvinner i å spise næringsrik mat. Spesielt under graviditeten fins det mange oppfatninger av hva kvinner skal og ikke skal spise. Dette kan føre til spesifikke mangelsykdommer, og til generelt for lite mat slik at kvinnen taper mye vekt under svangerskapet, og føder undervektige barn. Undervektige barn som har større dødelighet og større sykkelighet enn andre.

#### **4.2.3 Helsetjenester**

Behandling av seksuelt overførbare sykdommer gis mange steder nesten utelukkende til menn. Dessuten er tjenestene ofte lagt opp slik at kvinner ikke kan få behandling uten at de stigmatiseres. Jenter og kvinner rammes vel så



ofte som menn av tropesykdommer, men det er likevel en stor overvekt av gutter og menn blant dem som får profesjonell hjelp. Dette illustrerer at helsetjenestetilbudet til kvinner relativt sett er dårlig. I mange land hvor kvinner generelt har lav status, er det også slik at jenter i mye mindre grad enn gutter får profesjonell hjelp for sykdommer som utgjør den største risikoen for barns liv i fattige land, nemlig lungebetennelse og diare.

I mange fattige land skjer det nå en omlegging med dyptgående reformer i helsesektoren. Det inkluderer blant annet desentralisering av myndighet over helsetjenestetilbudet. Flere steder privatiseres helsetjenestene og brukerne forutsettes å betale en økende andel av det tjenestene koster. I noen grad kan dette bedre kvaliteten på tjenestene, men mange har ikke anledning til å betale for helsetjenester.

Det har vist seg at graviditetsrelatert dødelighet kan gå opp ved innføring av egenbetaling. Graviditetsrelatert dødelighet er et følsomt mål på kvinners status og på hvordan helsevesenet møter kvinners spesielle problemer. Denne dødeligheten ser ut til å øke, til tross for at det internasjonale samfunnet gjentatte ganger har vektlagt at dette problemet skal tas på alvor, og har utarbeidet instrumenter for å overvåke og legge grunnlag for reduksjon av slike dødsfall

#### 4.2.4 Konklusjon

Kvinnerens helse i de fattige landene framstår i dag med et tilsvarende sykdomsmønster som en så i Norge for hundre år siden, da reproduksjon, infeksjoner og mangelsykdommer utgjorde en stor fare for kvinners liv og helse. Samtidig ble mange av disse problemene fortiet. For eksempel var det i virkeligheten flere tenåringsjenter enn – gutter som ble rammet av tuberkulose selv om det var en allmen oppfatning at tuberkulose vesentlig rammet menn.

I løpet av de senere årene er det blitt en økende erkjennelse av hvordan kvinner utsettes for helserisiko, av biologiske, sosiale, kulturelle og ikke minst økonomiske årsaker. Denne erkjennelsen er positiv, og en forutsetning for å gripe fatt i problemene. Samtidig kan det se ut som om situasjonen stadig forverres. Fattigdommens feminisering er svært alvorlig med tanke på konsekvenser for helse. Det er også en stor utfordring å finne ut hvordan kvaliteten i helsetjenesten kan tas vare på med de stramme økonomiske rammene som fins i mange land.

*Utvalget vil legge vekt på betydningen av at Norge følger opp forpliktelsene som ligger i handlingsplanen fra Beijing, både nasjonalt og internasjonalt, og deltar aktivt i samarbeid med internasjonale og frivillige organisasjoner for å nå målsetningene som planen fastsetter. Utvalget vil også understreke behovet for å ivareta kjønnsperspektiv på en slik måte at det legges til grunn i alt norsk bistandsarbeid og annet internasjonalt samarbeid knyttet til helse og levekår.*

### 4.3 Kvinnerens helse i Europa

---

Her følger en summarisk oversikt over kvinners helse i EU-landene, i hovedsak basert på rapportene *Women's health in Europe*, EU-kommisjonen 1997 og *Social Portrait of Europe*, Eurostat 1998. Komparative studier er alltid problematiske, både fordi det man faktisk måler kan variere mellom landene, og fordi måleinstrumentene kan være forskjellige. Derfor kan ikke data fra disse undersøkelsene brukes direkte til sammenligning med norske forhold. Det

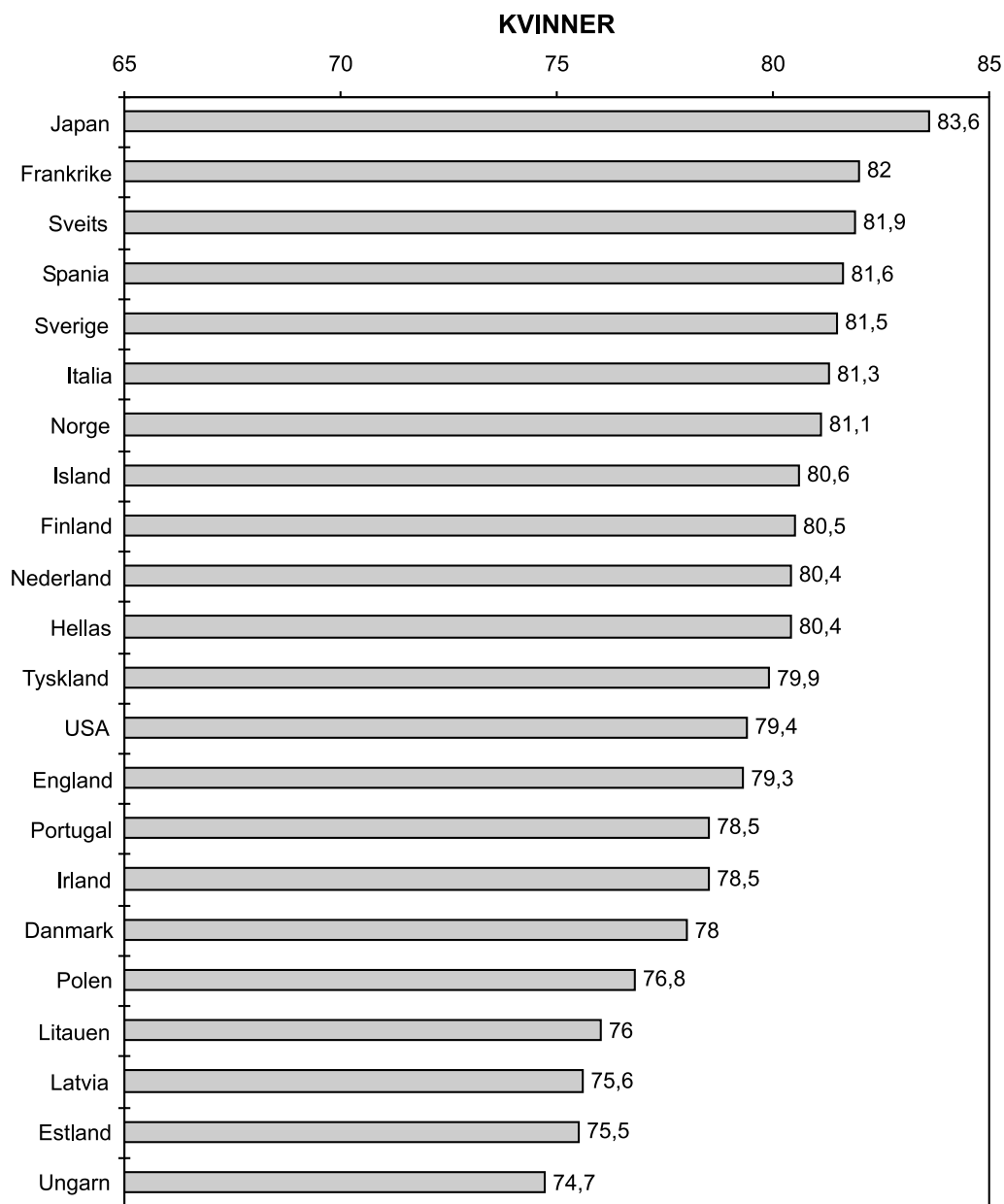
generelle bildet som fremstilles her er tenkt som en bakgrunn for å vurdere norske kvinners forhold i en bredere ramme.

Det lever ca. 374 millioner mennesker i EU –landene og av dem er 191 millioner (51.2 prosent) kvinner. Forventet levealder ved fødsel har økt de siste tiårene i alle landene. Mellom 1970 og 1995 økte levealderen med om lag 5 år både for kvinner og menn. Det betyr at en jente født i 1995 kan forvente å leve i litt over 80 år, mens gutt kan forvente en livslengde på 73,5 år.

Økningen i livslengde skjer samtidig med fall i fruktbarheten. Fra 1960 til 1995 har den totale fruktbarhetsraten sunket med nesten 45 prosent i Europa, fra 2,6 til 1,4 barn per kvinne. Men det er variasjoner mellom landene. Mens spanske kvinner i gjennomsnitt føder 1,2 barn er gjennomsnittstallet i Norge 1,8 og i Irland 1,9. Til sammenlikning har USA en fruktbarhetsrate høyere enn 2, mens tallet er ca. 3 barn per kvinne i de fleste utviklingsland. I de yngre generasjonene i Europa er det også en stadig større andel kvinner som ikke har barn.

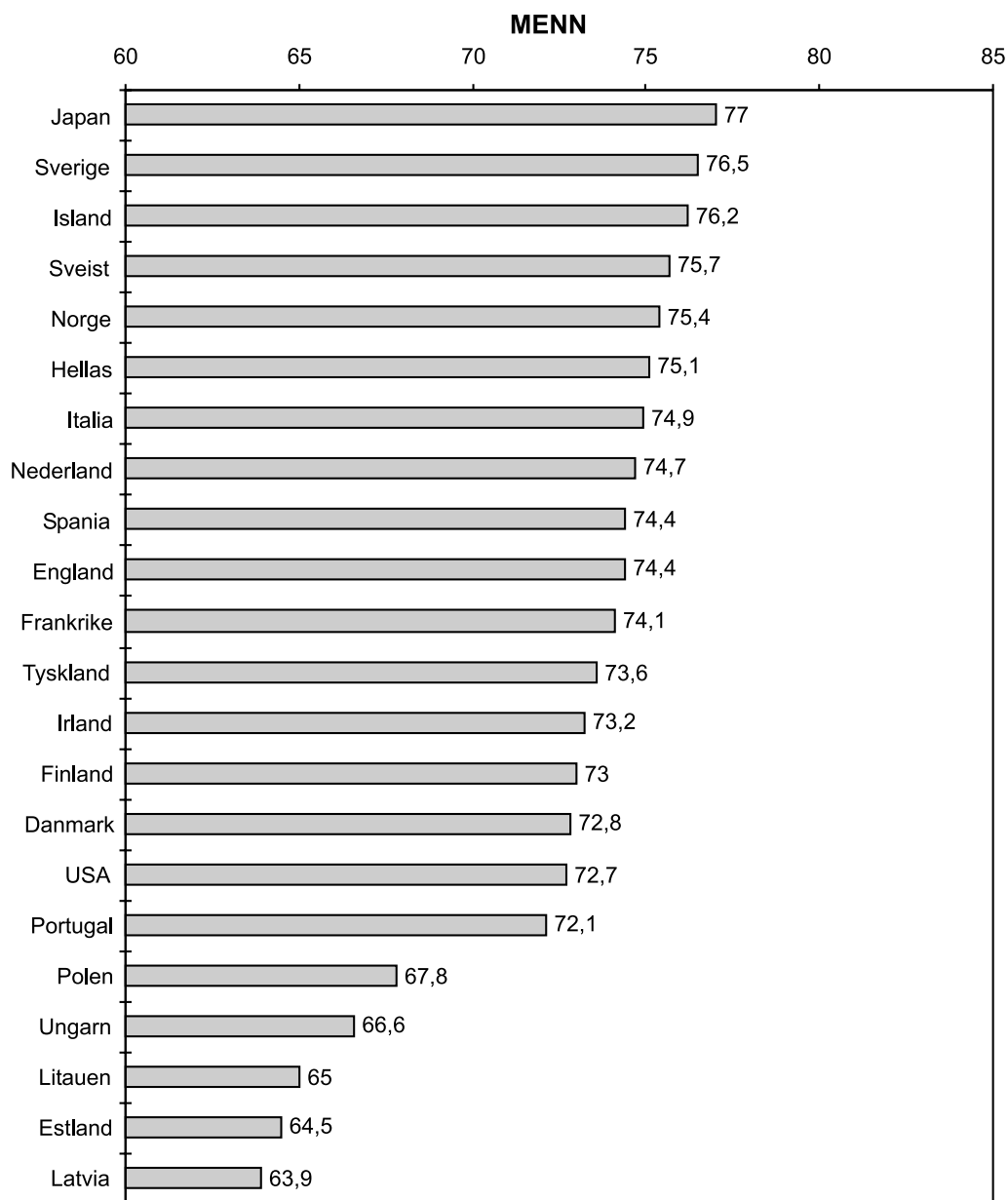
I alle EU-landene lever kvinner i gjennomsnitt 6,4 år lenger enn menn. Denne kjønnsforskjellen har vært noenlunde stabil over tid, med unntak av Danmark, Nederland og Storbritannia hvor forskjellen er blitt mindre, slik den også har blitt i Norge. I Spania har forskjellen i kvinners og menns levealder økt. Rapporten som disse tallene er hentet fra viser blant annet til røykevaner, drikkemønster og høy arbeidsledighet som forklaringer på tidlig død blant kvinner. Danmark peker seg ut ved at økningen i levealder for kvinner var blant de høyeste i Europa i 1970, mens den er blant de laveste i dag. En av årsakene til det er en relativt høy dødelighet blant kvinner under 65 år.

Det at folk lever lenger og får færre barn medfører at befolkningens sammensetning endres. Befolkningsstrukturen er nokså lik i alle landene, mens det er stor variasjon i andelen kvinner i ulike aldersgrupper. For gruppen som er under 20 år er det bare 95 kvinner per 100 menn, mens det er 221 kvinner per 100 menn blant dem som har nådd 80 år. Samlet blir det flere eldre og færre yngre i EU-landene. I 1970 var 17 prosent av befolkningen over 60 år, mens andelen var steget til 21 prosent i 1997 og vil ventelig stige til 30 prosent i 2030. En stor andel av eldrebefolkningen vil være kvinner.



Figur 4.1 Forventet levealder ved fødsel for kvinner i noen OECD-land og Baltiske stater i 1996.

Kilde: OECD Health Data 1998 og NOMESCO 1998



Figur 4.2 Forventet levealder ved fødsel for menn i noen OECD-land og Baltiske stater i 1996.

Kilde: OECD Health Data 1998 og NOMESCO 1998

### 4.3.1 Levekår

Levekårsforskjeller mellom kvinner og menn eksisterer fortsatt både innenfor og mellom EU-landene, til tross for en del fremskritt i den siste halvdel av dette århundre. Ulikhetene er minst når det gjelder grunnleggende helse-spørsmål og utdanning, men er tydeligere når det gjelder inntektsfordeling, og økonomisk og politisk representasjon.

#### **4.3.1.1 Endringer i familiemønstre**

På samme tid som befolkningen blir eldre, endres familiemønstrene. Europeiske kvinners liv har forandret seg mye de siste 30 årene. Ekteskapsraten har sunket med nesten en tredjedel siden 1960, mens skilsmisseraten er nesten fordoblet. Her er det store forskjeller mellom landene. Irland skiller seg ut ved en svært restriktiv skilsmisellovgivning. For øvrig går det et skille mellom de søreuropeiske landene, med lavest skilsmisserate, og Norden og Storbritannia, som har den høyeste. Samtidig har gjennomsnittsalderen ved første ekteskap og første barnefødsel steget fra 24 år til noe over 26 år. Danmark og Sverige skiller seg ut med høyest alder ved inngåelse av første ekteskap, drøyt 28 år.

Husholdningene har fått færre medlemmer, grunnet synkende fruktbarhetsrate, flere skilsmisser og høyere levealder. Flere personer, 11 prosent av den samlede befolkningen, lever alene og mange av dem er eldre kvinner. Det er også en stor økning i andelen enslige forsørgere. Omtrent 90 prosent av dem er kvinner.

#### **4.3.1.2 Utdanning**

I 1994–95 var det 102 kvinner per 100 menn i Europa som tok videregående utdanning, mens tallet var 93 femten år tidligere. Innenfor høyere utdanning har økningen vært enda mer dramatisk og steget fra 79 i 1980/81 til 103 i 1994. I grove trekk er det skjedd en utdanningsmessig likestilling. Men i enkelte land er det fortsatt store kjønnskillinger. Det laveste antallet kvinner i høyere utdanning finner vi i Tyskland, med 77 kvinner per 100 menn med høyere utdanning i 1994/95. I Portugal derimot hadde 131 kvinner per 100 menn høyere utdanning i 1994/95.

Kvinner og menn velger fortsatt utdanninger som befester det tradisjonelle kjønns skillet på arbeidsmarkedet. I 1994/95 valgte kvinner humanistiske fag og helsefag, mens menn valgte naturvitenskapelige fag, datafag og ingeniørfag.

#### **4.3.1.3 Arbeid og økonomi**

Utviklingen i yrkesaktivitet blant kvinner følger et mønster knyttet til økonomiske forhold, lavere fruktbarhetstall, økningen i kvinners utdanningsnivå og en økning i antallet par som mener at to inntekter er bedre enn en. Nesten to tredjedeler av kvinnene mellom 25 og 59 år i Europa er i arbeidsmarkedet. Mange av dem oppgir at de sliter med å kombinere yrkesliv og familieliv.

Til tross for en generell økning i sysselsetting blant kvinner, er det store variasjoner mellom landene. I Norden startet økningen i kvinners yrkesdeltakelse på 1960-tallet, mens den for andre land har kommet senere, på 1970- og 1980-tallet. Andelen kvinner som er i arbeid utenfor hjemmet har fortsatt å stige inn i 1990-årene bortsett fra i Finland og Sverige hvor det har vært en liten nedgang. Dette henger sammen med den økonomiske krisen på begynnelsen av 1990-tallet. Men Danmark, Finland og Sverige har fortsatt de absolutte høyeste andelen kvinner i arbeidsstokken (mer enn 70 prosent) og Hellas, Irland, Italia, Luxembourg og Spania har de laveste (40 til 45 prosent).

Kvinnens yrkesdeltakelse synker med antallet barn, men dette mønsteret varierer mellom landene. Andelen kvinner som karakteriseres som «husmødre» i rapporten varierer også mye. I tillegg til forskjellige kulturelle tradisjoner og arbeidsmarkedsforshold, påvirkes mødres yrkesaktivitet av utbyggingen

gen av ordninger for barnepass, omfanget av støtte fra familiemedlemmer og i hvilken grad arbeidet oppfattes som en økonomisk nødvendighet.

Kvinnerens yrkesdeltakelse har også nær sammenheng med utdanningsnivå: 85 prosent av kvinnene med universitetsutdannelse eller tilsvarende var yrkesaktive i 1996, mens dette gjaldt 52 prosent av kvinnene på laveste utdanningsnivå.

Av den totale arbeidsstokken i EU-landene økte andelen kvinner som hadde deltidsarbeid fra 20 til 28 prosent i perioden 1975 til 1991. Av alt deltidsarbeid utføres 70 til 90 prosent av kvinner. Kvinner er mye hardere rammet av arbeidsledighet enn menn. I de fleste landene lå arbeidsledigheten blant kvinner på rundt 10–15 prosent i 1996. Fem land hadde mindre enn 7 prosent arbeidsledighet blant kvinner (Østerrike, Luxembourg, Portugal, Sverige og Storbritannia), mens arbeidsledigheten i Spania var på nesten 30 prosent. Situasjonen er gjennomgående verst for kvinner under 25 år

Bruttoinntektene har økt i alle EU-landene i perioden 1980 til 1996. Lønnsinntektene er gjennomgående høyere i nord enn i sør, og inntektsdistribusjonen er jevnere, selv om Storbritannia er et av de landene som har størst inntektsulikheter. De laveste lønnsnivåene er blant deltidsarbeidere, som regel er de kvinner, unge og ansatte i lavstatusyrker. I gjennomsnitt ligger timelønnsnivået for deltidsarbeidere på ca. 60 prosent av lønnen til en som arbeider full tid. Kjønnforskjellene i inntektsnivå er minst i det tidligere DDR, Belgia, Luxembourg og Skandinavia. Men kvinner tjener mindre enn menn i alle yrker, og kvinners inntekter ligger under 90 prosent av menns inntekt i alle EU-landene.

#### 4.3.2 Helse

Med de forbeholdene som må tas fordi grunnlagsmaterialet har en del mangler, er det mulig å danne seg et generelt bilde av kvinners helse i Europa (EU).

Både forventet levealder og undersøkelser av selvopplevd helse tilsier at helsen gjennomgående er ganske god, og om lag 62 prosent av kvinnene i Europa oppgir at de har hatt god eller svært god helse i løpet av siste år (1995–96). Tallet er lavere for de eldre. I gjennomsnitt var det bare 40 prosent av kvinnene mellom 65 og 74 år som sa de hadde god helse, og tallet var ikke uventet mye lavere blant dem som var over 75 år. Det er ganske store forskjeller mellom landene, for eksempel oppgir 75 prosent av de irske kvinnene at de har god helse, mens tallet for Portugal er 35 prosent. Finske kvinner har den nest laveste andelen som oppgir å ha god helse, 55 prosent (Eurobarometersurvey 1996).

De store variasjonene mellom landene i andelen som oppgir at de har god helse kan peke på at det er kulturelle forskjeller knyttet til hva folk legger i begrepet god helse.

#### 4.3.3 Dødelighet

Dødeligheten er generelt lavere blant kvinner enn blant menn i alle aldersgrupper. Men for kvinnene i alderen 25 til 74 år er det stor variasjon i standard dødelighetsrater mellom EU-landene: i Danmark, Storbritannia og Irland har kvinnene en klart høyere dødelighetsrate enn kvinnene i øvrige land. I Danmark har nedgangen i dødelighet stagnert og Danmark ligger lavt nede med hensyn til forventet levealder.

**Tabell 4.1: Dødsårsaker i 1990-årene (prosent) EU-landene**

|                                  | Kvinner | Menn |
|----------------------------------|---------|------|
| Sykdommer i sirkulasjonsorganene | 47      | 39   |
| Kreft                            | 22      | 28   |
| Luftveissykdommer                | 5       | 5    |
| Ulykker og selvmord              | 3       | 4    |
| Andre årsaker                    | 23      | 24   |

Kilde: Social Portrait of Europe, Eurostat 1998, World health statistics annual, WHO, Geneve 1995.

Årsakene til dødelighet blant kvinner i EU-landene kan i 75 prosent av tilfellene knyttes til fire hovedgrupper: sykdommer i sirkulasjonsorganene (43 prosent av alle dødsfall), kreft (26 prosent), luftveissykdommer (5 prosent) og ulykker og selvmord (3 prosent). Men årsakene til dødsfall varierer betydelig med alder. Trafikkulykker er den største dødsårsaken for kvinner under 30 år, mens selvmord er den største for kvinner mellom 30 og 34 år. Kreft, særlig brystkreft og livmorhalskreft, er hovedårsaker til dødsfall blant kvinner mellom 35 og 64 år. I Norge gjelder det over halvparten av alle dødsfallene i denne aldersgruppen. Om lag halvparten av alle dødsfallene for kvinner over 65 år i Europa skyldes i sykdommer i sirkulasjonsorganene.

Det har vært en nedgang i dødsfall forårsaket av hjertesvikt i de senere årene, og det gjelder særlig for de nordiske landene, i de yngste aldersgruppene og blant menn. Men norske tall viser også en klar nedgang blant kvinner. En av fire kvinner og en av tre av menn i Europa kan forvente å få kreft før fylte 75 år. En av ti kvinner og en av fem menn vil dø av kreft før de blir så gamle. Den vanligste kreftdødsårsaken blant kvinner er fortsatt brystkreft. Kreft i livmorhalsen er den tredje vanligste dødsårsaken, men siden 1970 har dødelighetstallene for denne sykdommen sunket kraftig, særlig for kvinner under 65 år, noe som delvis tilskrives effekten av masseundersøkelser. Forekomsten av lungekreft er i ferd med å avta blant menn i flere land, mens den øker blant kvinner. Dette bildet samsvarer med økningen i andelen kvinner som røyker, mens det blir færre menn som gjør det. Både for kvinner og menn er kreft i tykktarm og endetarm den neste vanligste kreftformen. Mange av sykdommene kvinner dør av har sammenheng med livsstilsfaktorer som røyking og kosthold.

#### 4.3.4 Reproduktiv helse og sykkelighet

Mens det er mange dødsfall knyttet til svangerskap og fødsel i u-land, er det relativt få slike dødsfall i de europeiske landene. Hovedårsak er bedre helsetjenester under svangerskap og fødsel.

Abort er tillatt i alle EU-land med unntak av Irland og Nord-Irland. Men fra 1992 har irske kvinner rett til å reise til andre EU-land for å ta abort. Kriteriene for å få innvilget abort varierer mellom landene. I den senere tid har Spania, Tyskland og Frankrike liberalisert sin lovgivning (noe som har vært internt kontroversielt), mens Italia og Belgia har arbeidet for å gjøre loven strengere. Abortraten er høyest i Sverige og lav i Nederland og Spania. Til sammenlikn-

ing er abortraten i Baltikum om lag fire ganger høyere enn i de Nordiske landene. Komplikasjoner ved abort er svært sjeldne i Eu-landene.

På grunn av datamangel er det vanskelig å si noe om trender, men på bakgrunn av data fra England, Nederland og Spania det ser ut til å være et gjennomgående mønster etter legalisering av abort at abortraten først øker, for deretter å stabilisere seg og til og med synke.

**Tabell 4.2: Abortrater pr. 1000 kvinner i noen europeiske land i 1994**

| Land      | Abortrater |
|-----------|------------|
| Danmark   | 14,3       |
| Finland   | 7,9        |
| Frankrike | 13,0       |
| Italia    | 8,6        |
| Norge     | 14,5       |
| Nederland | 6,0        |
| Spania    | 5,4        |
| Sverige   | 18,3       |

Kilde: Human Development Report 1995/HFA 1996 SSB 1995

Det er stort sett god tilgang til prevensjon i de europeiske landene, men stor variasjon landene imellom når det gjelder prevensjonsbruk. Tendensen er at voksne kvinner og menn oftere bruker kondom og har færre partnere enn de yngre. Tenåringene bruker prevensjon mindre enn voksne, noe som tilskrives mangel på kunnskap, frykt for at foreldre skal vite om at de er seksuelt aktive og mangel på tilgang. Det er fortsatt relativt høye fødselsrater blant tenåringene i EU-landene.

Kvinner står for en økende andel av det samlede antallet aids-tilfeller i Europa. Det er store forskjeller i forekomst mellom EU-landene. De høyeste tallene finnes i de sørlige landene. I 1986 var 11 prosent av de som fikk diagnosen aids kvinner, mens tallet i 1996 var steget til 21 prosent. Av disse kvinnene var 46 prosent smittet ved heteroseksuelle kontakter. Mønsteret varierer for øvrig mellom landene. I Spania, Italia, Portugal og Irland den største andelen smittede av narkomane. I Belgia ser det ut til at heteroseksuelle kontakter er den viktigste smitekilden for kvinner.

Kvinner får diagnosen aids på et senere stadium enn menn. Kvinner er mer sårbare i forhold til disse sykdommene enn menn, selv om de fortsatt utgjør en minoritet av aids-ofrene. Prostituerte er særlig utsatt, men i motsetning til en vanlig oppfatning ser det ikke ut til at prostitusjon har spilt noen vesentlig rolle for utbredelsen av hiv-smitte i Europa. Hiv/aids er ikke et helseproblem som bare angår menn som har sex med menn. Innsats for å stoppe spredning må også rettes spesifikt mot kvinner, og vil i stor grad handle om at de er i posisjon til å bestemme over egen seksualitet.

#### 4.3.5 Noen helseutfordringer

En av fire kvinner i EU-landene rapporterer om noen grad av nedsatt funksjonsevne knyttet til langvarig sykdom. Dessuten er det et ganske stort antall kvin-



ner (også i prosent) som forteller om en usunn livsstil, for eksempel røyking, drikkevaner, stillesittende liv og usunt kosthold. Disse faktorene bidrar til en stor del av sykkeligheten og for tidlige dødsfall blant europeiske kvinner.

Forekomsten av osteoporose ser ut til å øke i hele Europa. Det tilskrives delvis en aldrende befolkning og delvis manglende innsats når det gjelder forebygging og behandlingsmuligheter. En gresk studie anslo at 9 prosent av kvinner over 45 år hadde symptomer på osteoporose. En finsk studie har anslått at kvinner over 40 år har nesten 40 prosents sjanse for å få et osteoporotisk brudd i løpet av levetiden. Norge har en av de høyeste forekomster i verden av lårhalsbrudd (Falch & Meyer 1998)

Anslag tilsier at bruken av hormon/østrogentilskudd etter menopausen varierer mellom 2 og 3 prosent i Italia, 4 prosent i Spania, 15 prosent i Nederland, 20 prosent i Østerrike og Sverige og 56 prosent i Finland. I USA er tallet 47 prosent. I Norge har utvalgsundersøkelser gitt grunnlag for å anslå at om lag 23 prosent av kvinnene i den mest aktuelle aldersgruppen (45–59 år) brukte østrogen i 1998. Bruk ser ut til å øke med sosioøkonomisk status, høy utdanning og å være bosatt i by. Men i norske undersøkelser var det ingen forskjell i bruk mellom utdanningsgruppene. Det er mange årsaker til de variasjoner i østrogenbruk vi ser landene imellom. Det kan skyldes kulturelle forskjeller i oppfatningen av overgangsalderen og dens plager, ulik tradisjon når det gjelder bruk av p-piller, ulik forskrivningspraksis hos gynekolog eller primærlege, og forskjellige holdninger i legestanden og blant kvinnene. Mange kvinner i Europa (inkludert Norge) opplyser at de ikke vet nok om de mulige fordelene og ulempene ved østrogenbruk og ønsker mer informasjon.

#### **4.3.5.1 Røyking**

Den generelle trenden er at færre røyker. Likevel er det fortsatt nesten en av tre europeere som røyker daglig. I de yngre aldersgruppene (15–34 år) er det 41 prosent av menn og 34 prosent kvinner som sier at de gjør det.

I Norge var det til sammenlikning 32 prosent kvinner og 34 prosent menn som var dagligrøykere i perioden 1995–97. (Statens tobakkskaderåd, Røykevanesundersøkelser)

#### **4.3.5.2 Kosthold**

Kulturelle tradisjoner og forhold i landbruket legger viktige premisser for kostholdsmønstre i Europa. Det går et skille mellom nord og sør. I nord spiser folk mer animalske proteiner og fett, mens søreuropeere har hatt et mer fiberrikt kosthold basert på grønnsaker, frukt, kornprodukter og flerumettet fett. Men slike skillelinjer er i ferd med å svekkes. For eksempel i Sverige er kostholdsstilen i ferd med å bli mer lik den sørlige. Selv om det ikke finnes kjønnsesifikke data på EU-nivå, rapporterer de fleste landene om at kvinner spiser mer frukt og grønnsaker enn menn

Forekomsten av diabetes II har økt og forårsaker mer sykkelighet og dødelighet

#### **4.3.5.3 Kroppsvekt**

De fleste europeiske kvinner faller innenfor normalområdet for kroppsvekt etter høyde. Men en relativt stor andel (20 prosent) er overvektige og 15 prosent er undervektige. Det er store forskjeller mellom landene når det

gjelder fedme. Hellas og Portugal har de største andelene (33 prosent og 29 prosent), mens Frankrike, Danmark, det tidligere DDR og Irland har de laveste andelene (mellom 15 og 17 prosent).

En undersøkelse i 1996 (Eurobarometer) indikerer at en tredjedel av kvinnene i EU-landene er misfornøyde med kroppsvekten, og 25 prosenten oppgir at de har slanket seg siste år. Greske kvinner rapporterer mest misnøye og irske kvinner minst. Det er sammenheng mellom misnøye og kroppsvekt. Kvinner som er svært overvektige er mer misfornøyde enn kvinner som er svært undervektige.

Spiseforstyrrelser blant unge kvinner ser ut til å være et økende problem. Det er stadig flere som henvender seg til helsevesenet med spiseproblemer. Det finnes lite sikker statistikk om forekomsten i Europa og anslagene har store variasjoner. Noen anslag som EU-rapporten bygger på går ut på at omlag en prosent av kvinnene mellom 14 og 29 år har spiseforstyrrelser, mens andre studier har rapportert lavere forekomst. Flere internasjonale undersøkelser har kommet frem til at et samlet tall for spiseforstyrrelser (anorexi og bulimi) i den kvinnelige befolkningen er om lag 2 prosent (Skårderud 1998). Det er imidlertid et langt større andel kvinner som rapporterer et symptomatisk nivå forenlig med spiseforstyrrelser (blant norske jenter mellom 13 og 18 år er tallet omlag 8–9 prosent).

#### **4.3.5.4 Vold og overgrep mot kvinner**

Vold mot kvinner fra mannlig partner er den mest utbredte formen for vold i Europa. Det finnes ikke gode oversikter over omfang, men anslag antyder at en av fem kvinner i Irland, en av fire i Storbritannia og en av tre kvinner i Portugal og Tyskland har vært utsatt for vold. Men det variasjoner i hva som registreres som vold gjør slike sammenligninger vanskelige. En dansk studie av kvinner som hadde gjort selvmordsforsøk viste at de fleste hadde vært utsatt for høy grad av psykisk eller fysisk vold.

Voldtekt er kraftig underreportert. I Finland var tallet for rapporterte voldtekter 345 i 1980, mens politiet antok at det reelle tallet var mellom 6000 og 10000. Rapportert fra andre EU-land viser at antallet rapporterte voldtekter per år varierer fra 125 i Portugal, 1 381 i Sverige, 1 599 i Spania og 5082 i Storbritannia (tall fra 1992–1995).

Bevisstheten om seksuell trakassering er økt i EU-landene i de senere årene. Selv om det mangler statistikk, tyder flere studier på at omfanget av seksuell trakassering og uønsket seksuell oppmerksomhet er stort. En finsk studie har anslått at 26 prosent av kvinnene og 4 prosent av mennene mellom 18 og 24 år har vært utsatt for dette. I Nederland er det flere studier som tyder på at 1 av 3 jenter under 16 år har erfart en eller annen form for uønsket seksuell tilnærming, varierende fra seksuell trakassering til voldtekt.

#### **4.3.5.5 Alkoholbruk**

Det finnes ikke kjønns-spesifikke data over alkoholkonsum på EU-nivå. Men tilgjengelige data tyder på at alkoholkonsumet blant kvinner er økende i Finland, Danmark, Sverige, Storbritannia og Nederland. Kvinner konsumerer fortsatt mindre alkohol enn menn, og drikker mindre øl og sprit. Men i Sverige har man sett en tendens til at kvinner drikker sprit. I tillegg ser det ut til at alkoholkonsumet blant unge kvinner øker. I Nederland var det aldersgruppen 16 til 19 år som hadde det høyeste alkoholforbruket blant kvinner i 1993/94.

Samtidig med at alkoholforbruket øker blant kvinner i Danmark og Storbritannia skjer det en økning i andelen dødsfall blant kvinner forårsaket av leversykdom. I Sverige er det rapportert om en klar økning i alkoholforbruk hos kvinner i aldersgruppen 12 til 24 år.

#### **4.3.5.6 Sykdomsoppsporing**

I EU-avtalen fastslås det at EU-landene skal sikre et høyt nivå når det gjelder sykdomsforebyggende arbeid. En undersøkelse som ble gjennomført i 1996 (Eurobarometer) henter inn synspunkter på bruk og kvalitet av helsetjenester. Den registrerer også deltakelse i befolkningsundersøkelser (screening) for kreftsykdommer, hjerte-karsykdommer, osteoporose, diabetes og testing av kolesterolnivå. Data om helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid viser store variasjoner mellom EU-landene når det gjelder i hvilken grad kvinner mottar relevante tjenester og informasjon.

Kvinnerns deltakelse i masseundersøkelser varierer mellom landene, og ser ut til å svekkes av geografisk isolasjon, lav sosioøkonomisk status, mangel på informasjon eller mangel på kvinnelige leger.

### **4.4 Kvinnerns helse i Norge – hovedtrekk**

---

Kvinner i Norge er blant de friskeste i verden. I utviklingsland ligner tilstandene ofte på norske forhold for 100 år siden. De aller siste 20 år har imidlertid levealderen for kvinner i Norge hatt en mindre gunstig utvikling enn hva vi ser i land vi kan sammenlikne oss med – et mønster som til en viss grad også gjelder for menn.

De siste ti år fra 1986 til 1996 har økningen i levealder for menn vært på 2,5 år, for kvinner 1,4 år. Om dette er uttrykk for at menn relativt sett får det bedre, eller om det er kvinnene som får det verre, kan vi så langt spekulere om. Men stadig var det i 1996 6 års differanse i kvinnenens favør, henholdsvis 81,1 år og 75,4 år (Sosialt utsyn 1998).

Som det er systematiske forskjeller mellom kvinner og menn, finner vi også geografiske og sosiale variasjoner i dødelighet. Mellom fylkene peker Sogn og Fjordane og Finnmark seg ut som ytterpunkter, med en forskjell mellom Finnmark og Sogn og Fjordane på 5,0 år i forventet levealder for menn og 3,1 år for kvinner (1991–1995). Men enda større er variasjonene innenfor fylkene: mellom menn og kvinner i Finnmark er forskjellen på 7,9 år, i Sogn og Fjordane 6,0 år. Storbyundersøkelsen fra Oslo peker i retning av underliggende klasseforskjeller: Mens levealderen i den velstående bydelen Vinderen ligger hele 5,5 år over landsgjennomsnittet for menn og 2 år for kvinner, har enkelte bydeler i de fattigere bydelene i indre øst 6–7 års lavere levealder for menn og 4–5 års lavere for kvinner (Rognerud og Stensvold, 1998). Disse funnene støttes opp av andre undersøkelser der f.eks. yrke er brukt som indikator på sosioøkonomisk status. Ulikheter i dødelighet mellom klasser er tydeligst vist blant menn – og de ser ut til å ha blitt større i perioden 1960 til 1985 – men gjør seg også gjeldende blant kvinner (Dahl 1996).

Helse- og levekårsundersøkelsene gir opplysninger om folks selvrapporderte helse og sykdom. Mye tyder på at slike befolkningsundersøkelser gir vel så pålitelige opplysninger om helsetilstand som andre kilder. Det er for eksempel dokumentert at selvrappordert helse gir sikrere forutsigelse om dødelighet enn mange andre helsemål.

Ber man et utvalg av befolkningen i Norge vurdere egen helse, vil fire av fem si at den generelle helsen er god, mens bare 6 prosent mener helsen er dårlig. Det er ingen vesentlige kjønnsforskjeller når man ser på alle aldersgrupper under ett. I aldersgruppen 67–79 år har imidlertid markert færre kvinner enn menn god eller meget god helse, mens forskjellene ser ut til å utjevne seg i gruppen over 80 år.

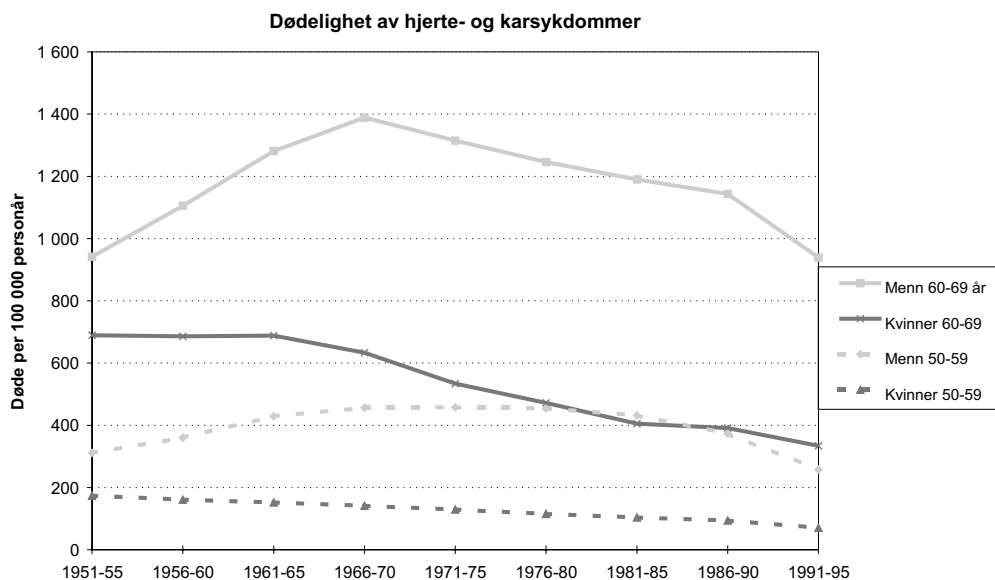
Men Helseundersøkelsen viser at målene for selvrapportert *helse* ikke stemmer overens med rapportering av *sykdommer*. Man kan vurdere sin helse totalt sett som god til tross for at man har en sykdom eller plage. For hele syv av ti i den yrkesaktive delen av befolkningen mellom 16 og 67 år rapporterer om alvorlige eller mindre alvorlige sykdommer og plager, og flere rapporterer såkalt varig sykdom i 1995 enn i 1985 (57 prosent mot 46 prosent). Det ser ut til å ha vært en økning i de fleste sykdomsgruppene i løpet av dette tiåret. Flere kvinner enn menn oppgir at de har varige sykdommer, og at de har sykdommer som i betydelig grad virker inn på deres hverdag i form av smerter, angst eller aktivitetsbegrensninger. I 1995 gjaldt dette 21 prosent av kvinnene og 16 prosent av mennene. De færreste (4 prosent) har sykdommer med betydelige konsekvenser (Sosialt utsyn 1998).

Det er spesielt i de eldre aldersklassene at det synes å være en forverring av helseproblemer. Men funksjonsevnen i forhold til helse ser ut som den er blitt bedre i de eldre aldersklassene, mest blant menn. Nedsatt funksjonsevne forekommer hyppigst blant de eldste kvinnene; mens 50 prosent av kvinner mellom 67 og 79 år oppga nedsatt funksjonsevne, gjaldt dette bare 36 prosent av menn. I denne aldersgruppen synes det også å være kvinnene som er mest hjelpetrengende; langt flere kvinner enn menn oppgir å trenge hjelp til for eksempel innkjøp og renhold.

Uføretrygd ytes til en større andel av kvinnene enn mennene. Forskjellen mellom kvinner og menn er tydeligst i de yngre aldersgruppene. I aldersklassen 40–49 år er det 86 per 1 000 kvinner som er uføretrygdet, mens det er 56 per 1 000 menn. I eldre årsklasser jevner det seg mer ut. Nå er selvsagt ikke uføretrygd et direkte uttrykk for funksjonsevnen, men også for ervervsevnen. Sykefraværstatistikken viser også en større andel sykemeldte kvinner enn menn, i tillegg har vi her klare sosioøkonomisk variasjoner. Kvinnelige arbeidere har flere sykemeldinger enn mannlige arbeidere, som igjen har flere sykemeldinger enn kvinnelige og mannlige funksjonærer.

Kvinner oppgir høyere medisinforbruk enn menn. De har dessuten flere sykehusopphold, men dette jevner seg ut hvis man trekker fra den andelen som skyldes opphold i forbindelse med svangerskap og fødsel. Mødredødeligheten er tilnærmet null, og en femtedel av alle utskrivningsdiagnoser skyldes opphold i forbindelse med svangerskap og fødsel (Statistisk sentralbyrå 1996). Kvinner har imidlertid flere kontakter med leger og andre behandlere i primærhelsetjenesten.

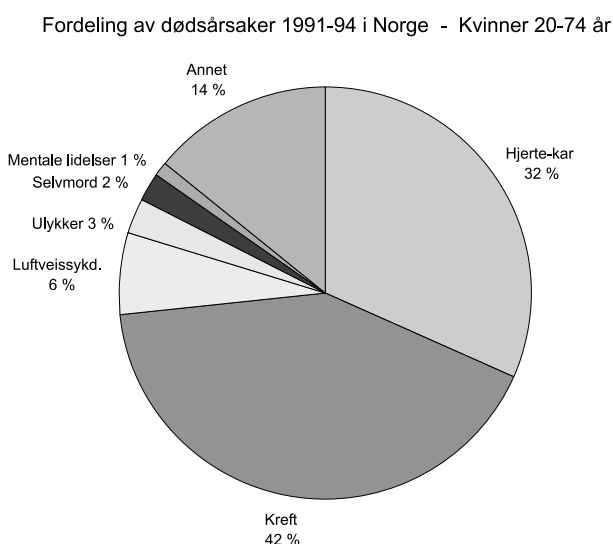
Selv om dødeligheten for hjerte-karsykdommer er noe høyere enn for menn, er det flere kvinner enn menn som oppgir at de har slike sykdommer. Det gjelder spesielt de eldste årsklassene fra 67 år og oppover. Hjerte-karsykdommer er sammen med kreft stadig den viktigste dødsårsaken. Siden 1950-tallet har hjerte-karsykdommene forårsaket omtrent halvparten av alle dødsfall. Fra 1970-tallet har det vært en klar nedgang i dødelighet på grunn av disse sykdommene for begge kjønn; fra 1960-tallet til 1994 er tallet halvert for kvinnenes del. Det kan se ut til at nedgangen har vært enda brattere for menn.



Figur 4.3 Dødelighet av hjerte- og karsykdommer 1951–95 kvinner og menn

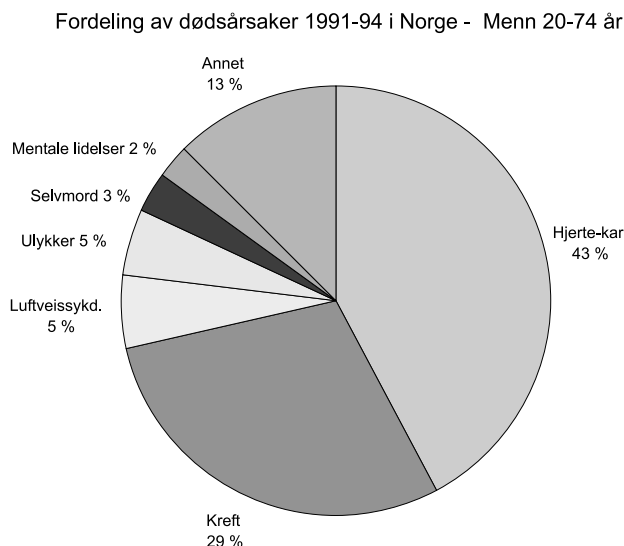
Kilde: SSB

Det er en større andel av kvinner som får kreft i aldersgruppen 30–60 år. Det skyldes hovedsakelig brystkreft. Økningen i nye krefttilfeller motsvares imidlertid ikke av en tilsvarende økning i dødelighet på grunn av kreft. Men for kvinner midt i livet mellom 40 og 60 år, skyldes over halvparten av alle dødsfall kreft, og det er brystkreft som står for de fleste. Det ses også en økning av lungekreft hos kvinner, og prognosene sier at denne økningen vil fortsette på grunn av røykemønsteret.



Figur 4.4 Fordeling av dødsårsaker 1991–94 i Norge – kvinner 20–74 år

Kilde: SSB



Figur 4.5 Fordeling av dødsårsaker 1991-94 i Norge – menn 20-74 år

Kilde: SSB

Før vi går inn på lidelser kvinner lever med, men ikke dør av, kan vi spørre om det er slik at vi også lever lenger med de sykdommene vi til slutt dør av, som hjerte-karlidelser og kreft, på grunn av bedre medisinske fremskritt og bedre behandling.

Ifølge Helseundersøkelsene synes kvinnene å dominere på to sykkelighetssområder: Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser (Øverås 1995, Ramm 1997). Utvalgsundersøkelser er best egnet til å avdekke de såkalt «lettere» psykiske lidelsene, mens antallet personer med tunge psykiske lidelser sannsynligvis er underrepresentert på grunn av frafall. Helseundersøkelsen 1995 finner en liten økning i nervøse lidelser hos kvinner i forhold til i 1985 (7 prosent), mens andre undersøkelser finner større utbredelse av psykiske lidelser. Hos kvinner er angst og depresjon de diagnosene som dominerer. Nær 22 prosent av de uføretrygdete var trygdet med «psykoser og nevroser» som diagnose i 1996.

Blant sykdommer i muskel- og skjelettsystemet dominerer ryggglidelser, myalgi/fibromyalgi og smerter i nakke og skuldre. Ofte dreier det seg om lidelser som ikke har sikre diagnosekriterier. Andelen både av kvinner og menn som oppgir slike lidelser har vist økning de siste ti år, og hver femte person oppgir å ha slike lidelser. Økningen er særlig uttalt hos kvinner. Dette er lidelser som også har fått en økt oppmerksomhet og fokusering, slik at ikke all økning behøver å være reell. De eldste aldersklassene er verst rammet. Osteoporose er også en slik lidelse, og vi vet ikke hvor mange kvinner som er rammet av dette. Kvinner har større hyppighet av brudd, spesielt lårhalsbrudd i noe yngre alder enn menn. Senere i livet kommer menn «etter». Norge har en av de høyeste forekomster i verden av lårhalsbrudd (Falch & Meyer 1998).

Til en viss grad har man forsøkt å tolke dødelighetsmønsteret. Hvordan skal man tolke resultater som tyder på at kvinner i Norge stadig synes å ha en lavere dødelighetsrate enn menn, men likevel er rammet av oversykkelighet? De har også større grad av rapportert nedsatt funksjonsevne, større andel får uførepensjon og forbruket av legemidler er høyere enn menns. Tolkningen er

ikke uten videre klar, selv om det er en vanlig forestilling at oversykelighet for kvinner er utbredt i de fleste land (MacIntyre et al. 1996, Botten 1993). Oppfatningene bygger overveiende på selvrapportert helse. Kjønnsforskjellene i sykkelighet kan altså være reelle, og skyldes en samvirkning av biologiske ulikheter og forskjeller i hvordan kvinner og menn lever sine liv. Kvinner har for eksempel som gruppe gjennomgående lavere inntekter enn menn, de arbeider i større grad i lavtlønnsyrker, og har gjennomgående lavere utdanning. Forskjellene kan også dels være fiktive og skyldes tolknings- og rapporteringsmønstre som er ulike for kjønnene: Kvinner rapporterer mer lidelse og klager, søker lege oftere for samme sykdom, leger ser mer sykdom hos kvinner osv.

#### 4.5 Sammenligninger og datagrunnlag

---

Kvinner i Norge har en lavere dødelighetsrate enn menn, men er likevel mer syke. De rapporterer også større grad av nedsatt funksjonsevne og en større andel kvinner enn menn mottar uførepensjon. Forbruket av legemidler er høyere blant kvinner. Hvorfor det er slik er ikke klart, selv om oversykelighet blant kvinner ser ut til å forekomme i de fleste land.

Kjønnsforskjellene i sykkelighet kan skyldes biologiske ulikheter og forskjeller i hvordan kvinner og menn lever sine liv, hvilke muligheter og utfordringer de møter og hvordan de takler dem. Kvinner har for eksempel gjennomgående lavere inntekter enn menn, de har et annet yrkesmønster og en annen arbeidstilknytning, og de føder barn. Men noen av forskjellene kan også henge sammen med at rapporterings- og analysemønstre gir et skjevt bilde av sykkelighetsmønstre for kvinner og menn.

Befolkningsstatistikken som forteller hvor lenge vi lever, er svært pålitelig. Det er også vanlig å sette lit til dødsårsaksstatistikken, som en rimelig solid kilde for hva vi *dør* av, selv om disse opplysningene er basert på legers varierende skjønn. I Norge som i de fleste andre land må opplysninger om forekomst av sykkelighet og sykdommer i befolkningen hentes fra flere kilder. Ett viktig unntaket er kreft, hvor Kreftregisteret registrerer alle nye tilfeller. Enkelte infeksjonssykdommer er meldepliktige til Statens institutt for folkehelse.

De viktigste øvrige datakildene er Statistisk sentralbyrås helse- og levekårsundersøkelser (landsdekkende utvalg av den hjemmeboende delen av befolkningen) og andre befolkningsundersøkelser, blant annet av forekomst av de enkelte sykdommer og plager. Ellers kan man søke opplysninger fra pasientstatistikk basert på utskrivninger fra sykehus og foreliggende trygde- og sykefraværstatistikk. De gir indirekte informasjon om sykkelighet. Det er ingen entydig sammenheng mellom sykkelighet og fravær eller trygdebruk). Alt i alt har vi ikke gode nok metoder for å studere endringer i sykkelighet i befolkningen, og det er spesielt vanskelig å finne gode kjønns-spesifikke data.

Det finnes flere sammenlikninger av land med hensyn til levekår og helse som gir nokså ulike bilder av situasjonen for kvinner. HDI-indeksen (The Human development Index) rangerer land i forhold til et antall sosial og økonomiske indikatorer (helse, inntekt og utdanning) Den plasserte Canada, USA, Japan, Nederland og Finland på topp i 1995. Ved å anvende en annen indeks som justerer for kjønn GDI (Gender Development Index) ble bildet et annet. Sverige og Finland lå på toppen, og Nederland kom på niende plass, noe som indikerer et relativt høyt nivå av ulikhet mellom kjønnene.

Når bildet blir ganske annerledes ved bruk av måleinstrumenter som er sensitive for kjønn, avdekkes et sterkt behov for å kritisk vurdere mye anvendte helsemål i et kjønnsperspektiv. Det synes å være behov for et bedre datagrunnlag og analyser for å forstå sammenhenger mellom kvinners og menns levekår og helse – også i et sammenliknende perspektiv.



## Kapittel 5

**Kvinneliv i endring; levkår og helse****5.1 Levekår og helse**

---

**5.1.1 Materiell velstandsøkning**

Materielt sett er det skjedd en enorm velstandsutvikling i Norge i det siste århundre. Vi har fått større hus, billigere mat og flere ting. Færre er fattige dersom vi sammenlikner oss med andre land eller med situasjonen i Norge i begynnelsen av dette århundre, og vi har et økonomisk sikkerhetsnett som for de aller fleste innebærer at vi ikke sulter og at vi har et sted å bo. De fleste har i dag minst ett rom per person i husstanden. I tillegg har de fleste innlagt vann og bad.

For kvinner har denne utviklingen medført flere positive endringer. Kvinner har i større grad en selvstendig økonomi, og er dermed mindre avhengige av mannen som forsørger. Ekteskapet er ikke lenger den eneste forsørgingsmuligheten for kvinner med barn. Disse endringene har medført at kvinner i større grad kan basere sine liv på egne valg, og mindre på tvang eller konvensjoner. Det finnes et nettverk av tjenester for foreldre og barn, og det finnes et ytelses- og tjenestebasert omsorgsapparat som på helt andre måter enn tidligere ivaretar kvinners og barns behov. Den økonomiske utviklingen har medført bedre helsetjenester, og velferdstjenester og ytelser man bare så sporer til ved begynnelsen av forrige århundre.

I Norge har vi også hatt en inntektsutjevning, en solidaritetslønn og et ønske om å utjevne forskjeller mellom manns- og kvinneyrker. Ikke alle forsøkene på utjevning har vært vellykket, eller er fullt ut gjennomført, men de innebærer at vi i Norge har mindre gjennomsnittlige lønnsforskjeller enn andre land.

At Norge har blitt et velstandsland, har imidlertid ikke bare positive effekter. På den ene siden preges helsebildet i stor grad av såkalte livsstilssykdommer, knyttet til røyking, alkoholbruk, spisevaner, mangel på fysisk aktivitet og stress. På den andre siden er det fortsatt store levkårsforskjeller innad i befolkningen. Vi skal se at kvinner fortsatt gjennomgående har mindre penger og mindre makt enn menn. De har lavere inntekt, mer underordnede posisjoner på arbeidsmarkedet, større arbeidsbelastning på hjemmebane og mindre uttelling for utdanning. Men også forskjellene mellom kvinner er store. Mange norske kvinner har i dag større muligheter og bedre levkår enn noen gang før, og sammenlignet med kvinner i mange andre land. Samtidig er det flere kvinner enn menn som er aleneforsørgere med dårlig økonomi eller minstepensjonister (ref. kap.11).

**5.1.2 Hva er levkår?**

Tilgangen på samfunnets ressurser og arenaer er ikke likt fordelt blant innbyggerne.

Levekår er inntekt, formue, helse og kunnskaper som kan brukes til å styre eget liv. I tillegg vil tilgangen til kollektive organisasjoner være av vesentlig betydning. Følgende ressurser er de viktigste (NOU 1993:17 s.42):

- Helse og tilgang på medisinsk behandling
- Sysselsetting og arbeidsvilkår
- Økonomiske ressurser og forbruksmuligheter
- Kompetanse og utdanningsmuligheter
- Familie og sosiale relasjoner
- Boligmiljø og tilgang på tjenester i nærmiljøet
- Rekreasjon og kultur
- Sikkerhet for liv og eiendom
- Politiske ressurser og demokratiske rettigheter

Helse inngår altså som en av levekårskomponentene i levekårsstudier. De ulike komponentene antas å kunne påvirke hverandre, for eksempel utdanning og arbeid, arbeid og inntekt osv. Levekår skapes som et resultat av ressurser, seleksjon (utvelging) til ulike arenaer og den fordelingen som foregår på de enkelte arenaene. En ressurs som utdanning kan for eksempel realiseres på arenaen arbeidsmarkedet. Arbeidsmarkedet reguleres av ulike seleksjonsmekanismer, der for eksempel dårlig helse kan innebære at noen ikke får adgang. Normer eller tradisjoner kan også føre til at enkelte grupper foretrekkes framfor andre, for eksempel at menn favoriseres eller at yngre foretrekkes framfor eldre. Deltakelse på disse arenaene kan igjen bidra til bedre levekår gjennom for eksempel sosiale relasjoner eller inntekt.

---

Oftest snakkes det om en-tredjedels-samfunnet, der en tredjedel ikke har de samme ressursene som andre. I denne utredningen blir det mest relevante levekårsspørsmålet om kvinner har samme tilgang på ressurser som menn, og om kvinner i like stor grad har adgang til viktige arenaer og muligheter til å delta i og påvirke den fordelingen som foregår der. Vårt mandat handler om helse. Utredningen tar derfor spesielt opp spørsmålet om tilgang på helsetjenester og trygdeytelser i kapitlene 10 og 11. Dette kapitlet tar særlig opp kvinners utdanning, arbeid, og politiske deltakelse, endringer i disse mønstrene og forskjeller mellom kvinner. I neste kapittel går vi inn på den private arenaen og ser hvordan normer for kvinnelighet samspiller med familie, nettverk og helseatferd – og slik preger kvinners helse.

Forholdet mellom helse og levekår er komplisert, og vi har ikke funnet omfattende norske studier som belyser dette i et kjønnsperspektiv. Kvinner har også svært forskjellige levekår. Vår fremstilling baseres derfor på flere ulike analyser, som ikke alltid har kvinner eller helse som hovedfokus. Ett utgangspunkt kan være å se på ulike generasjoners levekår og helseutfordringer. Et annet kan være å se på velstandsutviklingens betydning for helsen. En tredje måte kan være å se på samfunnsområder som er særlig viktige for helsen – for eksempel arbeidsliv og arbeidsmiljø. Fordi levekårsfeltet er så omfattende, kombineres flere perspektiver, men fremstillingen blir på mange punkter forholdsvis summarisk og utvalget utelukker ikke at det finnes andre levekårskomponenter, helseutfordringer eller arenaer som burde vært omtalt. Avsnitt 5.2 bygger i stor grad på Kari Skredes delutredning til kvinnehelseutvalget (vedlegg 2), mens de øvrige avsnittene trekker inn en rekke til dels svært forskjellige kilder. I kapittel 7 beskrives levekår og hel-

seutfordringer for noen grupper kvinner som står overfor særlige utfordringer.

### 5.1.3 Levekår og helse i grove trekk

Noen internasjonale sammenlikninger gjør sammenhengen mellom levekår og helse påtrengende tydelig, slik vi også har sett i forrige kapittel. Mens en nyfødt jente i flere vestlige land kan forvente å bli over 80 år, må hennes med søstre i et av de sørlige landene i Afrika regne med å leve 30 år kortere. Interessant er det også å merke seg at den vestlige jenta kan regne med å bli sju år eldre enn guttene som blir født samtidig med henne, mens forskjellene mellom kjønnene i Afrika sør for Sahara bare er på drøye to år i jentenes favør. Dette skyldes først og fremst at fattigdommens forverring av levekårene rammer kvinnene hardere enn menn.

Hvem som eier og kontrollerer ressurser, hvem som har utdanning, og hvem som har politisk innflytelse, sier oss også noe om hvem som har inntekt, arbeid – og god helse. Kvinner skårer lavt på de førstnevnte levekårsvariablene verden over. I verdensmålestokk finner vi de største helseforskjellene mellom fattige kvinner og rike menn.

#### 5.1.3.1 Levekår og helse i Norge

Forskjellene er tydelige også i vårt eget hjemland. Oslo er en by med store innbyrdes forskjeller i levekår. Høye inntekter, høy utdanning og høy sysselsetting hopper seg i de vestlige bydelene, mens motpolen er samlet i de indre østlige bydelene. Forskjellene i dødelighet viser seg også langs den samme øst/vestaksen. Bydelen Vindern ligger på Oslos vestkant, og her kan et jentebarn som ble født i perioden 1991–1995, gitt dagens dødelighetsmønster, forvente å bli mer enn 82 år gammelt. Hennes medsøstre på Grünerløkka-Sofienberg, i Gamle Oslo eller på Sagene-Torshov vil gjennomsnittlig dø 6–7 år tidligere. Enda tydeligere er forskjellene for guttebarn. Guttebarn født på Vinderen i 1999 kan forvente å leve 12 år lengre enn de guttene fra Sagene eller Torshov som ble født samtidig med ham og kanskje på samme sykehus. Forskjellene blant menn blir særlig tydelige fordi flere gutter enn jenter dør som spedbarn, eller av ulykker og selvmord i ung alder. Men også blant voksne menn er skillene tydeligere. En 40 år gammel mann som bor i en av bydelene i indre Oslo øst kan ikke regne med å bli mye over 70 år gammel. Hans jevnaldrende Vindernboer kan regne med å bli 80 år og vel så det.

Ikke så rent få nordmenn dør før de når pensjonsalderen. Skal man øke sine sjanser for å bli 67 år, bør man ikke velge arbeid som sjømann eller som arbeider i hotell- og restaurantbransjen. Betydelig større sjanse for å bli pensjonist har lærere, ingeniører, gårdbrukere og helsepersonell. Generelt er det slik at arbeidere og andre i underordnede stillinger, gjerne med harde belastninger, dør yngre enn yrkesaktive i stillinger som gir større innflytelse og krever høyere utdanning. De dårligste utsiktene til å bli 67 år har de som ikke deltar i yrkeslivet. Generelt har yrkesdeltakelse altså klare helsegevinster (se også 5.4), men en del typer arbeid innebærer likevel klare helsebelastninger (se 5.3).

Både for kvinner og menn er det en klar sammenheng mellom helse og de seks andre levekårsområdene: materiell standard, inntekt, arbeidsmarked, sosial kontakt, bomiljø og aktivitet. Sammenhengen kan se ut til å være sterkere for kvinner enn for menn, men ulike studier kommer her til noe ulike

resultater blant annet avhengig av hvilke mål en bruker. Helseforskjellene blant kvinner er for eksempel større om kvinnene klassifiseres etter ektemannens (eventuelt farens) sosiale klasse, enn om de klassifiseres etter egen yrkesklasse. Sammenhengen mellom helse og økonomi er sterk for kvinner i alle aldersgrupper.

### **5.1.3.2 Viktige kvinnesykdommer – forbindelser til levekår**

I kapittel 9 om kvinners helse og sykdommer er det gjort en avgrensning og systematisering av hvilke sykdommer som er særlig relevante for kvinners helse. Mange av disse sykdommene kan vanskelig forstås fullt ut uten også å trekke inn kvinners levekår. For enkelte sykdommer vil levekårsrelaterte forskjeller mellom kvinner og menn bidra til å forklare forekomst. For eksempel er kvinners røykevaner den viktigste forklaringen på at kvinner har lavere forekomst enn menn av lungekreft, men at forekomsten nå er økende.

Endringer i kvinners levekår er også sentrale for å forklare sykdommer knyttet til de biologiske særtrekkene som kvinner har i forhold til menn, og særlig evnen til å bære fram, føde og amme barn. Noen typiske sykdommer er: brystkreft, underlivskreft og komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel, menstruasjon og overgangsalder. Fødselsmønstre, svangerskapsomsorg og fødselshjelp er dramatisk forandret i dette århundre, noe som har gitt kvinner store helsegevinster. Samtidig er den følelsesmessige betydningen av for eksempel barnløshet eller brystkreft preget av hvordan kulturen til enhver tid forstår kvinner og kvinnelighet. Det er altså for enkelt å redusere forståelsen av hvordan disse sykdommene oppstår og på hvilke måter de rammer til et rent naturvitenskapelig tema.

Levekårenes betydning for kvinners sykdommer og sykdomsmønstre blir kanskje aller tydeligst når vi står overfor plager som

- oftest rammer kvinner
- er typiske for kvinner
- i stor grad er samfunnsmessig forankret.

Vi tenker her på spiseforstyrrelser, fysiske og psykiske lidelser etter overgrep og kanskje mest typisk: Kroniske plager uten objektive diagnostiske kriterier, også kalt ubestemte plager. Vi bruker konsekvent uttrykket «ubestemte plager», og ikke det også vanlige «diffuse plager» – fordi plagene sjelden/i liten grad fortøner seg som diffuse for kvinnene det gjelder. Dette er plager som ikke er mulig å tilnærme seg uten å sette fokus på kvinners levekår.

Noen sykdommer er i særlig grad knyttet til alderdom og aldring. Kvinner og menn på samme alder får oftest disse sykdommene i samme grad, men siden kvinner i snitt lever lenger enn menn, vil flertallet av de som innehar plagene være kvinner. Alzheimer (alderdemens) er et godt eksempel, men også infarkt, slag og en rekke former for sansetap og funksjonssvikt. Hvordan disse helseplagene og sykdommene rammer den enkeltes livskvalitet, vil også avhenge av øvrige levekår. Eldre kvinner lever oftere enn eldre menn alene, og har oftere dårlig økonomi.

### **5.1.4 Psykososiale forklaringer – opplevelse av sammenheng**

Det virker innlysende at et visst materielt nivå er nødvendig for god helse. Men også økonomiske forskjeller innad i rike land henger sammen med tydelige og systematiske forskjeller i helse. En stor del av forklaringen kan være å

finne i det «psykososiale komplekset» (Wilkinson 1996). Stress knyttet til manglende sosial støtte, til frustrasjoner, besværlige livssituasjoner, brustne håp og sosiale nederlag medfører en generelt forhøyet sykdomsrisiko. Slik negativt stress utgjør en bit av helserisikoen i ekstremt underprivilegerte miljøer preget av kriminalitet, brutte relasjoner og risikoatferd. Men psykososiale belastninger handler også om større gruppers *relative* fattigdom, som utelukker dem fra den alminnelig aksepterte levestandarden i samfunnet for øvrig. Grupper og individer som er tydelig uheldig og lavt plassert innenfor samfunnet der den samfunnsmessige ulikheten er påtakelig, vil lettere havne i sosiale relasjoner og livsstiler som øker helserisiko. Materiell ulikhet påvirker omfanget av håpløshet og desperasjon, autoritetsmønstre, maktbruk, nederlagsfølelse og en rekke andre kvaliteter i folks liv, som igjen har helseeffekter, dels knyttet til atferd, dels til mestring av helse. Utvalget mener dette er viktige perspektiver å ha med i drøftingen av kvinnens levekår og helse.

Stress og belastninger varierer, men det gjør også menneskenes evner og muligheter til å håndtere slike utfordringer. Et begrep som utvalget finner nyttig for å belyse disse mønstrene er «opplevelse av sammenheng» (Antonovsky 1991). Det består av tre hovedkomponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfylde. Sterk opplevelse av sammenheng uttrykker en gjennomgående og stabil tillit til

- at de stimuli (påvirkninger og inntrykk) som stammer både fra ens indre og ytre verden er strukturerte, forutsigbare og begripelige (begripelighet),
- at ressursene som trengs for å møte de kravene disse stimuli reiser, er tilgjengelige (håndterbarhet) og
- at disse kravene er utfordringer som er verdt investering og engasjement (meningsfylde).

Personer med en sterk opplevelse av sammenheng vil lettere oppfatte spenninger og belastninger mer positivt og mindre konfliktfylt og farlig enn personer med svak opplevelse av sammenheng. Slik vil personer med sterk opplevelse av sammenheng ha en fleksibilitet når de velger sine mestringsstrategier og dermed hindre at ulike spenningstilstander blir til stress. Utfordringer vil vekke fokuserte og handlingsrettede følelser hos personer med sterk opplevelse av sammenheng, men mer diffuse, fornektende og handlingslammende følelser hos personer med svak opplevelse av sammenheng.

En sterk opplevelse av sammenheng utvikles blant annet gjennom nærhet og tilhørighet sosialt, kulturelt og politisk. Deltakelse og påvirkningsmuligheter er her viktige stikkord som også går igjen i en rekke studier av arbeidsmiljøbetingelser for helse. I en helt fersk undersøkelse av norske skoleungdommers trivsel og helse, utført ved HEMILsenteret i Bergen, tyder de foreløpige analysene på at jentene på gruppenivå har lavere opplevelse av sammenheng enn guttene, og også flere helseplager. (Samdal, upublisert)

En slik grunnleggende tillit til at livets utfordringer kommer til å ordne seg så bra som man noenlunde rimeligvis kan forvente, og som omfatter tillit både til seg selv og omverden, den vil kunne påvirke helse på flere ulike måter. For det første vil en person med sterk opplevelse av sammenheng i mindre grad fornekte fysisk eller følelsesmessig ubehag, og lettere erkjenne og gripe fatt i symptomer og problemer på et tidligere tidspunkt. For det andre vil hun oftere velge offensive strategier, også i sin helseatferd. I stressperioder på jobben vil hun for eksempel heller mosjonere litt ekstra enn å skru opp sigarettfor-

bruket. For det tredje tyder en rekke undersøkelser på en mer direkte, fysiologisk helseeffekt, hvor kroppen blir skadelidende når spenninger ikke håndteres, men i stedet fornektes eller forvrenges og blir til kronisk stress. Stressfaktorer er satt i sammenheng med blant annet forskjellige hormonelle reaksjoner, blodtrykksøkning, sukkersyke og åreforkalkning. Disse biologiske sammenhengene er ikke klarlagt, men det er overensstemmelse mellom observasjoner på gruppenivå av sosial tilhørighet og sykdom, og individuelle biologiske forandringer som kan forklare mekanismene (Oslohelse 1998).

Ett av uttrykkene for relativ fattigdom er marginalisering (utstøting fra viktige arenaer). For at noen skal bli marginalisert, må det foreligge forventninger om å delta. De psykososiale belastningene ved å være utstøtt fra arbeidslivet vil ikke på samme måte ramme en hjemmeværende husmor som selv føler at hun innfrir både egne og andres forventninger. Når kvinners muligheter og forventninger til livet etter hvert spenner over et mye større spekter enn før vil det gi mange kvinner store gevinster, men det kan også påføre noen kvinner større tap. Forskjellene mellom kvinner øker. Kvinnekamp, likestillingsideologi og noen kvinners større utfoldelse kan ha forandret forventninger til livet mer enn hva som er rimelig ut fra de realistiske mulighetene mange fortsatt har til å innfri disse forventningene.

## **5.2 Viktige levekårsendringer for kvinner**

---

Dette avsnittet vil for det første gi et kort riss av ulike generasjoner norske kvinner, deres forhold til giftermål og barnefødsler, utdanning og arbeid – og hvilke helseutfordringer utvalget mener er de mest sentrale for hver generasjon. Deretter vil vi belyse tre hovedarenaer for forandring – velferdspolitik, utdanning og arbeid – med særlig vekt på utviklingen i kvinners levekår de siste 15–20 årene. Vi viste i forrige avsnitt tydelige sammenhenger mellom inntekt og arbeid på den ene siden og helse og dødelighet på den andre. Velferdspolitik og utdanning er viktige forutsetninger for deltakelse i arbeidslivet og for inntektsnivå. Ettersom lønnet arbeid både gir klare helsegevinster og kan innebære helserisiko, behandler vi arbeidshelse særskilt i neste avsnitt (5.3).

### **5.2.1 Dagens kvinner – mange generasjoner**

Et individs helsetilstand kan være et resultat av en serie påvirkninger gjennom hele livet. Dagens norske kvinner er i alle aldre, og helsa deres er et resultat av levekår i ulike tidsepoker. Vi trenger imidlertid bedre kunnskap om sammenhenger mellom forekomst av sykdom i ulike generasjoner kvinner. Når eldre kvinner i dag har et høyt forbruk av psykofarmaka, er det vanskelig å si om dette først og fremst kan knyttes til trekk ved det å være eldre, eller om forklaringer snarere er å finne i forhold som akkurat denne generasjonen kvinner har opplevd. En økt innsikt i hvilke helseplager som kan skyldes alder og hvilke som kan skyldes miljøpåvirkning (perioden) kan gi økt innsikt i årsaker til sykdommer.

#### **5.2.1.1 De eldste – mange ugifte, mange barnløse**

Kvinnene som ble født i perioden 1900–1915 giftet seg gjennomgående relativt sent (gjennomsnitt 27–28 år). Om lag en tredjedel var fortsatt ugifte når de fylte 30 år, og det var en ganske høy andel av fødselskullene som fortsatt var

ugifte når de rundt 40 år. Fødselsmønsteret ble også påvirket av den høye giftealderen og de mange ugifte. Kvinnene var godt voksne ved første barnefødsel, samtidig som fødslene strakte seg utover helt til slutten av den biologiske fruktbarhetsperioden. Det var relativt vanlig med store barneflokker. Men samtidig var det ganske mange av kvinnene i disse fødselskullene – også blant de gifte – som ikke fikk egne barn, anslagsvis mellom en tredel og en firedel.

Den høye giftermålsalderen i mellomkrigstida må sees i sammenheng med de økonomiske konjunktorene. Å vente med å etablere familie var en vanlig form for mestring av de vanskelige økonomiske rammebetingelsene.

De største helseutfordringene for denne generasjonen ligger i kroniske sykdommer og andre plager knyttet til alderdom, og i at svært mange lever alene og har dårlig økonomi. Mange er minstepensjonister. Fordi det er flere eldre kvinner enn menn, er helse- og omsorgstjenester som sikrer de eldste et meningsfylt og verdig liv også et viktig kvinnehelseproblem.

#### **5.2.1.2 Kvinner født 1920–1935: «Husmorgenerasjonen»**

Disse årskullene av kvinner vokste opp med ganske entydige forventninger til kvinnerollen: Om de giftet seg, og det gjorde det store flertall, var deres plass i hjemmet. Noen utbrytere fantes, særlig blant et fåtall kvinner med lang utdanning. De fleste fikk imidlertid ingen eller kortvarig utdanning etter folkeskolen og gikk tidlig ut i yrkeslivet. Noen fikk utdanningen forringet av krigen. En god del var også i ulønnet familiearbeid, for eksempel som hjemmевærende datter. De aller fleste sluttet i lønnet arbeid når giftet seg relativt tidlig i livsløpet, eller i hvert fall da de fikk første barn. Svært få har opplevd en skilsmisse. Andelen av disse kvinnene som hadde lønnet arbeid vokste sterkt i 1970-åra, etter at barneomsorgen var avsluttet. Størsteparten var i deltidsarbeid. Typiske yrker var hjemmehjelp, hjelpepleier og butikkarbeid. Stabiliteten i yrkesarbeidet utover i 1970 og 1980-åra varierte. De fleste i denne generasjonen er allerede blitt alderspensjonister, og så godt som alle vil bli det i løpet av de neste fem år. Noen har også forlatt yrkeslivet tidligere. Andelen som er blitt uførepensjonert før alderspensjon er ganske høy i disse årskullene.

Denne generasjonen har som hovedtrekk løs tilknytning til arbeidslivet, og mange av dem som har arbeidet har vært i omsorgs- og serviceyrker. Mange får dårlig uttelling for velferdsordninger som er baserte på arbeidsinntekt gjennom livet. Også i denne gruppen har mange av kvinnene i dag aldersrelaterte plager. Viktige helseutfordringer er også relativt høy forekomst av kroniske smerter og psykiske plager.

#### **5.2.1.3 Kvinner født 1936–1950: «Blandingsgenerasjonen»**

Disse årskullene vokste opp under tvetydige forventninger til kvinnerollen og preges av dette. Det er større variasjon i livsløpsmønsteret enn i generasjonen før dem. «Blandingsgenerasjonen» fikk i gjennomsnitt mer utdanning enn kvinnene i husmorgenerasjonen, men fortsatt mindre enn jevnaldrende menn. Utdanningslengde har stor innflytelse på variasjonen i livsløpsmønster. Kvinnene med kortvarig utdanning fulgte i utgangspunktet livsløpsmønsteret fra husmorgenerasjonen. De giftet seg tidlig og fikk barn tidlig. Blant kvinnene som fikk lang utdanning kan vi se de første tendensene til utsettelse av

ekteskap og barnefødsler. Dette er også generasjonene som for alvor har opplevd økningen i antall skilsmisser.

Mange av kvinnene med lang utdanning i disse årskullene har imidlertid tatt utdanning i to etapper: Tidlig ekteskap og barnefødsler innebar for mange et avbrudd i utdanningen, som de seinere tok igjen i voksen alder. I takt med veksten i kvinnenes utdanning vokser også andelen av kvinnene som har vært sammenhengende i lønnet arbeid hele tiden etter avsluttet utdanning, også i perioden da de hadde småbarn. Hovedtyngden av kvinnene i disse årskullene har likevel hatt avbrudd fra lønnet arbeid i småbarnsperioden, men ikke så lange avbrudd som i husmorgenerasjonen. Innslaget av deltidsarbeid var høyt blant de som var i lønnet arbeid i småbarnsfasen. Andelen i heltidsarbeid har økt etter hvert som barna er blitt eldre. I dag er de aller fleste av disse kvinnene i lønnet arbeid, og om lag halvparten av dem er i heltidsarbeid.

Viktige helseutfordringer for deler av denne generasjonen viser de samme mønstrene som kvinnene før dem, men også noen nye. Mange av kvinnene i «blandingsgenerasjonen» har valgt nye former for kvinneliv. Høyere utdanning og økt deltakelse i arbeidslivet har gitt helsegevinster, men arbeidsdeltakelse har også ført til nye former for belastninger. Særlig gjelder det dem som ikke fikk utdanning, med tunge og underbetalte jobber i omsorgs- og serviceyrker (ref 5.4). Mange av disse kvinnene uførepensjoneres for kroniske smerter eller psykiske plager før de når pensjonsalderen. Mange har fortsatt foreldre i live, og utfører store omsorgsoppgaver.

#### **5.2.1.4 Kvinner født 1951–1965: «Likestillingsgenerasjonen»**

I motsetning til blandingsgenerasjonen har disse årskullene vokst opp under mer entydige rolleforventninger. I gjennomsnitt har kvinnene nesten like mye utdanning som jevnaldrende menn. I disse generasjonene blir utdanningsmulighetene mer like for jenter og for gutter, samtidig som det sosiale rekrutteringsmønsteret til utdanning og yrke blir mer tydelig og uavhengig av kjønn. I disse årskullene endres også familieetableringsmønsteret radikalt i forhold til tidligere generasjoner, både for kvinner og menn. Det tidlige ekteskapet erstattes i stor grad av samboerskapet. Barnefødsleene utsettes, mest markert for de som har lang utdanning. Ungdomsfasen av livsløpet blir utvidet, og det betyr også at mange begynner for alvor i lønnet arbeid relativt seint i livsløpet. I dag er storparten av disse årskullene i småbarnsfasen, men det er også en del som ennå ikke har fått barn. Skilsmissefrekvensen er enda høyere enn for aldersgruppene før dem: Blant de som giftet seg i 1985, var mer enn hvert femte ekteskap oppløst før det hadde vart i ti år. Hovedtyngden av småbarnsmødrene er i lønnet arbeid, og heltidsandelen er høy. Over halvparten av småbarnsmødrene arbeider heltid. Arbeidstidsmønsteret er sterkt differensiert etter utdanning. De langtidsutdannede er i stor grad i heltidsarbeid.

De viktigste helseutfordringene for kvinnene som i dag er mellom 30 og 50 år ligger i økt forekomst av brystkreft og lungekreft og komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsler og menopause. Forekomsten av seksuelle overgrep og mishandling er mer uttalt for denne generasjonen, men lite tyder på at det har vært færre overgrep i tidligere generasjoner – bare enda mer tabubelagt. Rusmisbruk er mer utbredt enn i tidligere generasjoner. Forebyggingsarbeid som legger til rette for røykeslutt, beskyttelse mot overgrep, allsidig fysisk aktivitet og bedret arbeidsmiljø vil være viktig.



### **5.2.1.5 Kvinner født 1966–1978: «Ungdomsgenerasjonen»**

Ungdomsgenerasjonenes livsløpsmønster er i stor grad i støpeskjeen, særlig i de yngste fødselskohortene. En stor andel i disse fødselskullene er fortsatt i utdanning. Fra 25-års alder øker imidlertid selvforsøringsgraden raskt. Utviklingen i utdanning, familiedannelse og inntektsnivå tyder på at de sosiale klasseskillene gjør seg gjeldende i noe større grad innen dagens ungdomsgenerasjoner enn i foregående generasjon. Det er økende inntektsulikhet med alder innen årskullene, men denne utviklingen er mest markert for menn. Kvinner med barn har lavere inntekt og yrkesdeltakelse enn kvinner uten barn. Dette mønsteret er mest markert for kvinner med lav utdanning. Samlet sett tyder utviklingen på økende ulikhet også mellom kvinner innen dagens ungdomsgenerasjoner. I så måte forsterkes en trend som en kunne se kimen til på slutten av 1980-tallet i de yngste kullene som var med i Familie- og yrkesundersøkelsen (Ellingsæter, Noack og Rønsen 1997). Selv om det knytter seg usikkerhet til framtidens arbeidsmarked, må vi regne med at betydningen av utdanning vil bli minst like stor som i dag.

De viktigste helseutfordringer for denne generasjonen er så langt knyttet til livsstil og relasjoner, som igjen henger mye sammen med trivsel, sosiale nettverk og kulturelle budskap om hvordan unge kvinner skal være. Stikkord er spiseforstyrrelser, røyking, rusmisbruk samt seksuelle overgrep.

## **5.2.2 Politikk og likestilling**

De markerte endringene i giftemål og fødselsmønster er en del av de store sosiale og økonomiske endringene som skjedde i etterkrigstida. Demografiske endringsprosesser er resultatet av et samspill mellom økonomiske og sosiale rammebetingelser og enkeltmenneskers valg og tilpasninger. Når vi drøfter den norske velferdsstatens utvikling og betydning for kvinners levekår, må vi skille mellom to faser. Den første fasen går fram til midten av 1960-tallet – og kanskje er det ingen tilfeldighet at skiftet skjer omtrent samtidig med at de nye prevensjonsmidlene kommer på markedet.

### **5.2.2.1 Tidlig etterkrigstid – en politikk for mødrene, en annen for døtrene**

I politiske dokumenter som behandler oppbyggingen av den norske velferdsstaten i den tidlige etterkrigstida, eksisterer knapt ordet «kvinnepolitikk». Men indirekte førte likevel velferdsstaten en kvinnepolitikk, og den ga et tvedydig budskap: Det ble ført en politikk for mødrene og en annen for døtrene.

Politikken for mødrene sto trygt tuftet på den funksjonsdelte kjernefamiliens grunn. De to første ti-årene av etterkrigstida kan generelt beskrives som husmormodellens glansperiode. Det var et viktig mål i oppbyggingen av velferdssamfunnet at en inntekt skulle være nok til å brødfø en familie.

En viktig bærebjelke i oppbyggingen av det norske velferdssamfunnet i etterkrigstida, var økt satsing på utdanning og utjevning av befolkningens adgang til utdanning. Det var et mål for utdanningspolitikken å utjevne forskjellene i adgangen til videregående utdanning etter sosial bakgrunn, bosted og kjønn: Også velferdsstatens døtre skulle også få muligheten til å utdanne seg videre etter folkeskolen.

### **5.2.2.2 Likestillingsideologien revurderes: Fra kvinners rett til samfunnets ansvar**

Gjennom 1960-åra fikk endrete synspunkt på kvinnesamfunnsmessige oppgaver og holdninger til likestilling sterkere gjennomslag i den offentlige debatten. I en forstand var dette «gamle» tema fra den politiske dagsorden. Kvinnesak og kvinners rett til å velge utdanning og yrke og til økonomisk selvstendighet hadde vært hete debatttema tidligere, både i slutten av forrige århundre og i mellomkrigstida. Tidligere debatter hadde hatt fokus på kvinners rett til å velge som en privatsak. En gift kvinne skulle ikke ta jobben fra en som trengte den bedre. Ønsket hun likevel å kombinere familieansvar med yrkesaktivitet, var det hun selv som var ansvarlig for å finne ordninger som fikk hverdagen til å fungere, for eksempel ved å ansette hushjelp. I 1960-åra skiftet debatten perspektiv mot en sterkere vekt på samfunnets ansvar for å legge forholdene til rette. Ikke minst var den «nye kvinnebevegelsen», både innenfor og utenfor de politiske partiene, en viktig pådriver i denne sammenhengen. Utviklingen førte til at likestilling og kvinnesak fikk politisk legitimitet på bredere front.

Dagens eldste husker at norske kvinner fikk stemmerett i 1913. Det tok imidlertid nesten ti år før første kvinne ble valgt inn på Stortinget (1922), mer enn 30 år før vi fikk første kvinnelige regjeringsmedlem (1945), nesten 70 år før vi fikk vår første kvinnelige statsminister (1981) og 80 år før første kvinne ble valgt til stortingspresident (1993). Denne langsomme historiske utviklingen viser at formelle regler ikke er tilstrekkelig for å sikre kvinner adgang til, og deltakelse på, samfunnsområder som tradisjonelt har vært styrt av menn. Den sterke økningen av kvinner i politiske posisjoner på 1970- og 1980-tallet må sees i sammenheng med et spirende statlig engasjement for å trekke kvinner inn i styre og stell. I 1972 ble Likestillingsrådet og en egen departement-savdeling med ansvar for å samordne regjeringens likestillingspolitikk opprettet. I 1979 kom Likestillingsloven. Den slo fra og med 1981 fast at både kvinner og menn skal være representert i offentlige styre og råd. Fra og med 1988 inneholder den en bestemmelse om at kjønnsfordelingen i offentlige styre og råd ikke skal være skjevere enn 40/60 prosent.

I generasjonene født etter 1940 var det mange som sloss for likestilling, og som hentet ut både gevinster og omkostninger av den kampen. For mange av de yngre kvinnene har likestilling vært gammelt nytt; mer av en selvfølge og mindre å rette blikket mot.

### **5.2.2.3 Likestilling og helse**

Utviklingen mot økt likestilling mellom norske kvinner og menn har pågått lenge. På det formelle plan har kvinners adgang til deltakelse i samfunnslivet blitt utvidet gradvis, i varierende tempo, helt siden forrige århundre. I dag er deltakelse på den offentlige arena ikke bare en rett for kvinner på lik linje med menn, det er også et ønske og en nødvendighet for de aller fleste. Men lik adgang og tilnærmet lik deltaking på ulike samfunnsarenaer er ikke ensbetydende med et kjønnsmessig integrert arbeidsliv, jevnbyrdige roller ute og hjemme, og lik belønning for innsatsen. Innen privat sektor er det fremdeles langt igjen til likestilling, og der legges mange viktige premisser for folks liv.

Mens likestillingsutviklingen fram til i dag i all hovedsak har vært et resultat av endringer i kvinnes rolle i samfunns- og arbeidsliv, er søkelyset de senere år i økende grad vært rettet mot mansrollen og menns innsats i familien. Utviklingen er at menn er blitt avlastet for en stor del av familieforsørger-

ansvaret. Med 1990-årenes forventning om større innsats fra menn hjemme og i barneomsorgen, er det imidlertid grunn til å håpe at menn i større grad vil avlaste kvinnene hjemme (se 6.2).

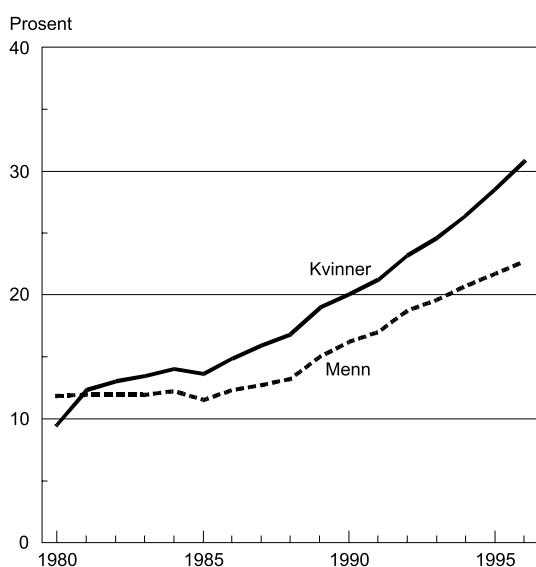
I hvor stor grad slike rolleendringer får konsekvenser for kvinners og menns levekår og livskvalitet, er vanskelig å si. Dagens statistikk for livsstil og helse forteller neppe hele sannheten. For eksempel vil eventuelle helseeffekter av endringer i personers livssituasjon og gjøremål oftest først framtre etter at det har gått en stund. I og med at de store sprangene i likestillingsprosessen fortsatt er relativt ferske og langt fra avsluttet, er slike eventuelle ringvirkninger vanskelige å måle i dag.

### 5.2.3 Kvinner og utdanning: En møysommelig revolusjon

Formelt sett har mulighetene til utdanning vært nesten like for kvinner og menn i hele dette århundret. Av generasjonene som vokste opp i mellomkrigstida var det likevel få både av kvinner og menn som fikk noen form for videregående utdanning etter folkeskolen. Reelt sett var mulighetene betydelig mer begrenset for jenter enn for gutter. I årskullene som ble født før og under krigen var det markerte ulikheter mellom kjønnene i hvem som fikk utdanning utover den obligatoriske skolegangen.

Dette endret seg radikalt for fødselskullene som ble født seinere i etterkrigstida. Allerede i fødselskullet 1941 er andelen kvinner med utdanning på minst videregående skolenivå kommet opp i nesten en firedel. 12 prosent av kvinnene har også universitets- og høyskoleutdanning, og i kullet fra 1961 er det relativt flere kvinner enn menn som har utdanning på universitets- og høyskolenivå (26 mot 22 prosent).

Kvinner fikk formell adgang til høyere utdanning på slutten av forrige århundre, men det var først på 1970-tallet at kvinnene for alvor begynte å ta høyere utdanning. Det gikk ikke mange år før det ble mer vanlig å ta høyere utdanning blant kvinner enn menn. I gruppen 19–24 år skjedde dette i 1981. I 1996 studerte 31 prosent av kvinnene i denne aldersgruppen på universitet eller høyskole. Tilsvarende andel blant menn var 23 prosent.



Figur 5.1 Andel i høyere utdanning. Kvinner og menn 1980–1996. Prosent av årskull 19–24 år

Kilde: Utdanningsstatistikk, SSB

Til tross for formell likestilling har vi i dagens Norge et utdanningssystem sterkt preget av kjønnssegregasjon. Særlig er dette tydelig på lavere utdanningsnivåer. Blant jenter og gutter som velger andre fagfelt enn allmennfag i videregående skole, avspeiler fagvalgene tradisjonelle kjønnskillinger: Av dem som velger fag innenfor industri, håndverk, naturvitenskap og teknikk utgjør jentene bare 10 prosent. Samtidig utgjør de 92 prosent av elevmassen innen helsevern.

På høyere utdanningsnivå er imidlertid kjønns skillet noe mindre markert. På høyeste universitets- og høyskolenivå utgjør kvinnene 29 prosent av de uteksaminerte på fagområdet industri, håndverk, naturvitenskap og teknikk og 57 prosent innen helsevern.

Veksten i antall kvinner som tok lang utdanning, var i seg selv en viktig indikator på at endrete holdninger til yrkesaktivitet og likestilling var begynt å gjøre seg gjeldende på mer bred front i de unge kvinnegenerasjonene i 1960-åra.

Utdanning er en helt sentral helsefaktor i mange studier; jo høyere utdanning, jo lavere dødelighet og bedre selvrapportert helse. I helseundersøkelsen 1995 er helseindikatorer koblet til husholdets høyeste utdanning, og de tydelige sammenhengene her er nokså like for kvinner og menn.

Svært mange kvinner er til enhver tid under utdanning. Det er derfor ikke bare interessant hvordan utdanning påvirker senere helse og helseatferd, men også hvordan det å være i utdanningssituasjonen påvirker helsa der og da. Skolen har vært sett som en viktig arena for innlæring av gode helsevaner. Mange forskningsprosjekter har forsøkt å finne fram til de mest effektive helseundervisningsprogrammene, for eksempel rettet mot å redusere bruk av alkohol, tobakk og narkotika. Selv om disse ofte gir kortsiktige effekter, er det få dokumenterte langsiktige effekter (Wilhelmsen og Samdal 1991). Nyere skoleforskning har hentet inspirasjon fra arbeidsmiljøforskningen. De har rettet søkelyset mot kjente trivselsfaktorer som muligheten til å påvirke og være med på avgjørelser, passe høye krav, god støtte fra ledelse og arbeidskolleger og strukturert ledelse. Av disse var det mest sentrale for elevenes trivsel å oppleve innflytelse. Dårlig trivsel blant skoleungdom henger sammen med dårlig helse, og med røyking og drikking (Samdal et al. 1998).

## 5.2.4 Kvinners lønnsarbeid

Norge ved inngangen til 1970-åra er blitt beskrevet som et «Annerledesland» (Skrede, 1998). Kvinnene var i klart mindretall i den norske arbeidsstyrken, og sysselsettingsfrekvensen for kvinner i Norge var betydelig lavere enn i de andre nordiske landene. Årsaken til dette var først og fremst at de gifte kvinnene i Norge skilte seg ut med lavere deltakelse i lønnet arbeid enn både sine nordiske og delvis sine europeiske medsøstre. Bare Irland, Nederland og Italia hadde lavere andel kvinner i lønnet arbeid i 1970.

### 5.2.4.1 1970-åra: frigjorte hender og kvinnevennlig arbeidsmarked

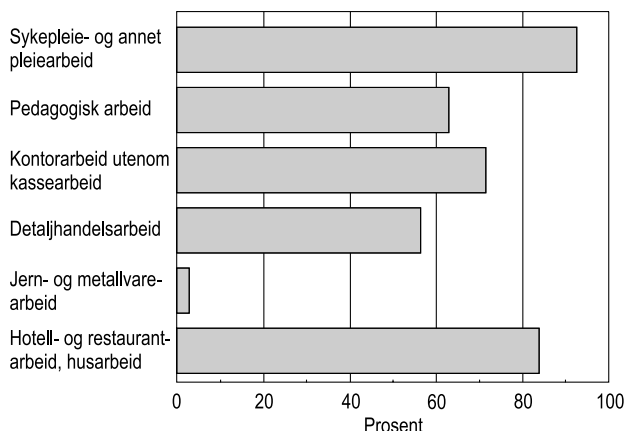
1970-åra bragte med seg en sterk vekst i de gifte kvinnenes deltakelse i lønnet arbeid. Årsakene må søkes både på etterspørselssiden og på tilbudssiden av arbeidsmarkedet: Den revurderte likestillingspolitikken bidro i første omgang

mest med ideologisk legitimering, de praktiske tiltakene og reformene kom seinere. Den økte tilgangen på unge, velutdannede kvinner hadde betydning. Den synliggjorde både den arbeidskraftressursen som kvinnene representerte, og behovet for en politikk som tilrettela for en kombinasjon av lønnsarbeid og småbarnsomsorg. Men i løpet av dette ti-året var det en markert økning i andelen som deltok i lønnet arbeid innen alle generasjonene av voksne kvinner født etter 1920. Det var også godt voksne kvinner fra kvinnegenerasjonene som var født på 1920 og 1930-tallet. Småbarnsperioden var i stor grad avsluttet i god tid før de fylte 40 år. Disse «frigjorte hendene» passet som hånd i hanske til arbeidsmarkedsendringene på 1970-tallet. De gifte kvinnene var en fleksibel arbeidskraftreserve, blant annet ved at de var innstilt på å arbeide deltid. Dette passet i mange tilfelle svært godt for arbeidsgiveren.

På etterspørselsiden brakte 1970-åra med seg en sterk ekspansjon i de «kvinnevennlige» delene av arbeidsmarkedet, spesielt innen velferdstatsyrkene i helse- og omsorgssektoren, betegnende kalt «den offentlige revolusjonen» (Tarschys 1978). Ved at veksten skjedde desentralisert, på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, bidro den også til å skape lønnsarbeidsplasser for kvinner regionalt, hvor dette tidligere hadde vært mangelfullt. Veksten i omsorgsyrkene innebar en delvis profesjonalisering av familiearbeid. De voksne kvinnene med husmorerfaring ble en viktig ressurs i dette arbeidsmarkedet. Det var også vekst i den tjenesteytende delen av den private sektor, med varehandelen som det mest typiske eksempelet.

Det skal ikke være formelle hindringer for at kvinner og menn skal kunne delta på lik linje i de samme jobbene i dagens Norge, og det er langt færre reelle hindringer enn før. Likevel har den kjønnsdelte yrkesstrukturen forandret seg lite. Arbeidstidsundersøkelsen i 1985 ga et klart bilde av et kjønnsdelt arbeidsmarked (Skrede, 1987). Over halvparten av kvinnene arbeidet i yrker hvor de utgjorde mer enn 70 prosent av arbeidstakerne, mens hele 81 prosent arbeidet i yrker hvor kvinnene utgjorde 50 prosent eller mer av arbeidsstyrken. For menn var bildet tilsvarende. 76 prosent av mennene arbeidet i yrker hvor de utgjorde mer enn halvparten av arbeidstakerne. Nyere statistikk viser at det ikke har skjedd vesentlige endringer i kjønnsdelingen av arbeidsmarkedet i perioden som har gått siden 1985 (Statistisk sentralbyrå 1998). Det er få kvinner i industriarbeideryrker, mens kvinner er i flertall blant funksjonærene, særlig lavere funksjonærer, og i omsorgsyrkene i offentlig sektor. Yrkesgruppen *Pleiearbeid* omfatter 40 prosent av de sysselsatte kvinnene, og innen pleiearbeid utgjør kvinnene i dag 93 prosent av de sysselsatte. Innen jern og metallvarearbeid utgjør de 3 prosent.

Kvinner og menn er også ulikt fordelt i stillingshierarkiet, til tross for at det har skjedd en viss utjevning. Andelen kvinner med lederstilling er nesten fordoblet fra 1981 til 1995 (fra 6 til 11 prosent), mens økningen blant menn var svakere (fra 25 til 28 prosent). Likevel er det fortsatt slik at selv innenfor tradisjonelle kvinneyrker er andelen mannlige ledere størst (Kjelstad 1998).



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene 1995, Statistisk sentralbyrå

Figur 5.2 Kvinneandel av alle sysselsatte i de seks største yrkene prosent 1997.

Kilde: Arbeidskraftundersøkelsene 1995, SSB

#### 5.2.4.2 Arbeidsmarkedet: Kvinner befester sin stilling

Arbeidsmarkedet på 1980-tallet var ikke like gjennomgående gunstig som i 1970-åra. Kvinnene styrket likevel sine posisjoner, etter alt å dømme fordi de selv hadde bedret sine kvalifikasjoner gjennom utdanning og yrkeserfaring.

Selv om kvinnesysselsettingen har økt i så godt som alle aldersgrupper, skyldes svært mye av utjevningen mellom kjønnene småbarnsmødrenes inntog på arbeidsmarkedet opp gjennom 1980- og 1990-årene. Utviklingen startet blant mødre til større barn, i første rekke ettbarnsmødrene. Etter hvert ble det også mer og mer vanlig å forbli i yrkeslivet i småbarnsalderen og etter andre eller tredje fødsel. Dette har selvfølgelig sammenheng med en sterk forbedring i permisjonsrettighetene til nybakte foreldre i løpet av disse årene. Nye bestemmelser, som fedrekvoten på fire uker av fødselspermisjonen (1993) og tidskontoordningen som muliggjør en større fleksibilitet i arbeidstid for mødre og fedre (1994), har også bidratt til økt stabilitet i yrkeslivet blant kvinner.

Antallet barnehageplasser økte sterkt gjennom 1980-tallet. Dagens permisjonsrettigheter gjør det nå mulig for mødrene å opprettholde tilknytningen til arbeidslivet i et ganske langt tidsintervall i tilknytning til hver fødsel. Sannsynligvis finner vi her en av forklaringene på at yrkesaktivitet og utdanning i dag har liten betydning for hvor mange barn kvinnene får (Noack og Rønsen, 1994).

### 5.3 Kvinnens arbeidshelse

Arbeidslivet er i stadig endring. På 1990-tallet arbeider bare om lag 5 prosent av oss i primærnæringene og 17,2 prosent i industri og bergverksdrift, olje og gassutvinning til sammen (Statistisk årbok 1998). Av den totale arbeidstokken på om lag 2.1 millioner arbeidstakere i alderen 16 til 67 år arbeider om lag 75 prosent i servicenæringene og i kunnskapsindustri. Det harde fysiske arbeidet er nesten blitt borte fra de typiske mannsyrkene, og flere kvinner enn menn

har i dag tungt fysisk arbeid. Mange, både kvinner og menn, har opplevd stress i forbindelse med arbeidet. De som arbeider i service- og kunnskapsindustri er utsatt for andre typer påkjenninger enn arbeidstakere i den tradisjonelle vareproduserende virksomheten. En stor del av arbeidet i service-næringene kan karakteriseres som «relasjonelt»; det vil si at det innebærer samspill med kunder, klienter, pasienter, brukere eller elever. Et stadig sterkere krav synes å være at arbeidet også skal være emosjonelt. Det betyr at det stilles krav til at arbeidsutøveren skal vise følelsesmessige uttrykk eller undertrykke dem. Samtidig innebærer ikke dette at andre belastninger blir borte. Svært mange kvinner arbeider i service- og omsorgssektoren, hvor det dessuten i tillegg ligger mange nye utfordringer når det gjelder å sikre arbeidsmiljø og arbeidshelse.

Internasjonalt er det klare tendenser til nye former for arbeidsliv og arbeidsorganisering. Det synes å være en trend at bedrifter og arbeidsorganisasjoner slankes, og at oppgaver som tidligere ble utført av ansatte i en organisasjon settes ut til ytre leverandører. Det medfører at flere ansettes i engasjementer fremfor i faste ansettelsesforhold. Også i norsk arbeidsliv kan vi forvente flere sysselsatte med løs arbeidsplassstilknytning. En konsekvens av det er at arbeid blir mer usikkert for mange. Stadig flere vil kunne komme til å arbeide hos andre arbeidsgivere enn sin egen, i private hjem eller på vekslende steder. Hvis dette samtidig kobles til en sterk fokusering på lønnsomhet, kan det bety at ansvaret for arbeidstakers sikkerhet og arbeidsmiljø blir uklart og dårligere ivaretatt; tidspress øker og kontroll over egen arbeidssituasjon reduseres. Trolig vil de gruppene som er mest utsatte i en slik situasjon være de samme som de som er mest utsatte i dagens arbeidsmarked.

Kjemiske helsefarer er fortsatt et problem, særlig i virksomheter der kjemiske produkter brukes i stadig større omfang, uten at bedriften har egen kompetanse om kjemiske stoffer og deres virkning. Det gjelder for eksempel innenfor renhold og i vaskeribedrifter. Nye kjemikalier med hittil ukjente egenskaper, for eksempel med hormonliknende effekter, er et problem man ennå ikke kjenner rekkevidden av. Allergifremkallende kjemikalier er en annen utfordring. Dessuten er nye prosesser og produkter innen bioteknologi et ukjent og uoversiktlig område. Alt dette gir nye utfordringer i forhold til å forstå hva som er helseskadelig og viktig å forebygge i arbeidslivet.

Selv om helse-, miljø- og sikkerhetsforholdene i arbeidslivet stort sett er i ferd med å bli bedre, er det langt igjen til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for alle. De som generelt kommer dårligst ut når det gjelder både arbeidstilbud og arbeidsforhold er ufaglærte, innvandrere, kvinner, helt unge arbeidstakere, og de som kombinerer disse egenskapene. Det er de samme gruppene som i alminnelighet har lavest lønn og det mest belastende arbeidet.

Utviklingstrekkene for arbeidsmiljøet er andre enn de var på begynnelsen av 1990-tallet. Sysselsettingen er høyere, noe som i seg selv trolig har en god helseeffekt: Arbeidsglede, økonomisk selvstendighet og mestringsopplevelse er viktige helseressurser.

Arbeidstakere er stort sett friske, og kun et lite antall sier at helse ikke er god. I arbeidslivsundersøkelsen fra 1996 svarte 84 prosent at de hadde god helse. Men da det samme utvalget (4415 arbeidstakere) ble spurt om de har noen sykdom eller plage av mer varig karakter, eller noen virkning av skade eller handicap, viste det seg at 30 prosent mente at de hadde det. Av disse mente 22 prosent av de som var i arbeid på intervjuetidspunktet at skaden kunne tilbakeføres til arbeidsmiljøet, mens 25 prosent av de som ikke var i arbeid på dette tidspunktet mente det samme. Ganske mange arbeidstakere

mener altså at de har skader knyttet til arbeidsmiljøforhold, men at helsa likevel er rimelig god. Det er likevel betydelige forskjeller mellom bransjer for dem som oppgir at helsa er rimelig god. Sykehjem og hjemmehjelptjenesten er eksempler på bransjer med store helsebelastninger.

### 5.3.1 Arbeidsmiljø

Det er allmenn enighet om at arbeidsmiljøbelastninger påvirker helsetilstanden, men det er mer komplisert å påvise enkle direkte årsakssammenhenger. At kvinner og menn i stor utstrekning arbeider i ulike yrker og ulike sektorer av arbeidslivet, betyr også at de er omgitt av og utsatt for svært ulike belastninger i arbeidsmiljøet. Svar på spørsmålene om hvem som har de største belastningene av kvinner og menn, er helt avhengige av hvilke forhold som måles. De enkle indikatorene fra levekårsundersøkelsene fanger opp en del av forskjellene i arbeidsmiljø som knytter seg til disse ulikhetene i yrkesstruktur.

En litteraturgjennomgang, (Dahl-Jørgensen, Skogstad og Sørensen, 1998) viser at faktorer i arbeidsmiljø som virker inn på de ansattes helse er knyttet til det *fysiske*, det *organisatoriske* og det *sosiale* arbeidsmiljøet. Mens forhold i det fysiske arbeidsmiljøet synes å lede til en type skade og symptomer som gir belastningsplager, er det først og fremst forhold i det organisatoriske arbeidsmiljøet som ligger bak psykosomatiske helseplager og det sosiale arbeidsmiljøet som preger de psykiske helseutslagene. Kjønnsforskjeller i arbeidsmiljø er blant annet beskrevet i arbeidslivsundersøkelsene fra 1989 og 1993, og i Levekårsundersøkelsen i 1996 som hadde arbeidsmiljø som hovedtema. I arbeidsmiljøstudier av denne typen er det gjort forsøk på å kartlegge og utvikle kunnskap på de tre nivåene, fysisk-, organisatorisk- og psykososialt arbeidsmiljø.

#### *Fysisk arbeidsmiljø*

Arbeidsmiljøplager som forurensing, klimatiske plager og risikofyllt arbeidsmiljø synes fortsatt i større grad å være et mannsproblem enn et kvinneproblem, men forskjellene mellom kjønnene er blitt mindre over tid.

Kvinner er for eksempel mer utsatt for sterke vaskemidler, tørr luft, problemer i forbindelse med ukomfortable arbeidsstillinger og løft, monotone bevegelser og mye stående og gående arbeid, mens menn er mer utsatt for kulde og trekk, metallstøv, støy, vibrasjoner og ekstra tunge løft.

Det har vært en klar reduksjon i andelen menn som har henholdsvis klimatiske arbeidsmiljø-problemer, forurensningsplager og risikofyllt arbeidsmiljø. For kvinnenes del er det ikke så tydelige endringer. Andelen som har klimatiske arbeidsmiljøproblem har gått ned over tid, mens andelen kvinner med forurensningsplager i arbeidet har økt. Det er også tendenser til at arbeidsmiljøet for kvinner blir stadig mer risikofyllt.

En stor andel av de sysselsatte har ergonomiske belastninger, og andelen syntes å øke i perioden fra 1980 til 1995. Det var en markert tendens til større forskjeller mellom kjønnene, særlig for de yngre middelaldrende kvinnene. De mest utbredte ergonomiske belastningene for kvinner er at de må stå og gå mye når de jobber (seks av ti) og at mange arbeider med gjentatte og ensidige bevegelser (fire av ti). Flere kvinner arbeider i belastende arbeidsstillinger. I tillegg kommer at andelen sysselsatte kvinner har økt betydelig i den samme perioden. Konklusjonen blir dermed at det ser ut til å være en stor



økning i andelen kvinner med fysiske arbeidsmiljøplager sammenliknet med 1980.

### *Organisatorisk arbeidsmiljø*

I følge Levekårsundersøkelsen er enkelte sider ved det organisatoriske arbeidsmiljøet dårligere for kvinner enn for menn. Kvinner har mindre variert arbeid, og de kan sjeldnere enn menn planlegge hvordan arbeidet skal legges opp. Men det ser ut til at forskjellene mellom kvinners og menns arbeidsmiljø på disse områdene er blitt mindre over tid. Undersøkelsen finner en markert nedgang i andelen sysselsatte kvinner som har disse problemene. Unntaket her er de alle yngste arbeidstakerne. Det har også stort sett vært tilsvarende nedgang for menn, men mindre markert enn for kvinnenes vedkommende.

Andelen som i liten grad bestemmer over eget arbeidstempo har holdt seg på relativt stabilt nivå over tid for sysselsatte kvinner og menn under ett. En høyere andel kvinner enn menn bestemmer i liten grad over eget arbeidstempo, mens andelen med oppjaget arbeidstempo mer enn halvparten av arbeidsdagen, samlet sett er noe høyere for menn enn for kvinner. Andelen kvinner med oppjaget arbeidstempo har økt, mens tendensen for mennenes vedkommende stort sett går i motsatt retning.

Data fra levekårsundersøkelsene tyder ikke på at det har vært stor økning i andelen som opplever stort arbeidspress eller stress i arbeidet i perioden fra 1980 til midten av 1990-tallet. Andelen som opplever at det er mye å gjøre på jobben har økt i 1990-årene. Fra 1989 til 1996 økte andelen som «mesteparten av tiden har så stor arbeidsmengde at de ikke har tid til å snakke om eller tenke på annet enn arbeidet» fra 35 til 44 prosent for ansatte kvinner, og fra 29 til 43 prosent for ansatte menn.

### *Psykososialt arbeidsmiljø*

Et arbeid er et komplekst samspill mellom mange faktorer som arbeidsoppgaver, ansvarsområder, roller, samspillsrelasjoner, belønningssystemer og jobbønsker (Dahl-Jørgensen, Skogstad og Sørensen, 1998). I utredningen «Det gode arbeidsmiljø er lønnsomt for alle» (NOU 1992:20) legges det stor vekt på å forebygge belastninger knyttet til mellommenneskelig samspill. Men ofte er arbeidsmiljøforskningen innrettet mot arbeidsbetingelser knyttet til materielle forhold som maskiner, verktøy, utstyr osv. Mindre vekt er lagt på betydningen av de sosiale systemene, og det er et klart behov for å fokusere sterkere på mellommenneskelige samspill når arbeidsmiljøet skal ivaretas og utvikles. Det er dokumentert omfattende arbeidsmiljøproblemer knyttet til kommunikasjons- og samarbeidsproblemer, konflikter og mobbing.

Sosiale sider ved arbeidsmiljøet kan ikke ivaretas kun ved tilrettelegging og jobbutforming. Det krever også dessuten at fokus settes på aktørene: det vil si ledere, medarbeidere, og i noen sammenhenger kunder og klienter, og de betingelsene som påvirker deres holdninger og atferd.

En kartlegging av arbeidsmiljø ved arbeidsplasser i en bydel i Oslo (Sørensen 1997), viste sammenhenger mellom ulike arbeidsmiljøforhold og helse. Den slo fast at det var klare sammenhenger mellom fysiske arbeidsmiljøproblemer og helse. Høyt tempo og store mestringskrav påvirker helsen, særlig en stramt oppgavestyrte tid. Også usikkerhet om faglig utførelse og følelse av utilstrekkelighet var klare helsefaktorer. Et tredje forhold som påvirket helsen i betydelig grad var ekskludering og fremmedfølelse. Den enkelt-

faktoren som virket sterkest her var kritikk og trakassering i form av å føle seg ille til mote eller nedfor på grunn av fordommer, kritikk vanskeligheter, å ikke bli tatt på alvor og plaging/mobbing.

Skogstad (1997) gjennomførte en studie av pleie og omsorgspersonell i Bergensregionen, og fant at rollestress (konflikter mellom roller og rolleusikkerhet), autonomi (egenkontroll og medbestemmelse) og fysiske og ergonomiske belastninger viste systematiske sammenhenger med jobbtrivsel, mens tidspress hadde størst innflytelse på utbrenthet.

I Skogstads studie ble det også påvist systematiske sammenhenger mellom arbeidsmiljø og sosiale faktorer og muskel-skjelettplager. De som opplevde tidspress og fysisk/ergonomiske belastninger rapporterte også om mer muskel-skjelettplager.

Studier som forutsetter at kvinner og menn med samme stilling, yrkestittel og inntekt har tilnærmet like arbeidsforhold, har flere svakheter. De forutsetter at rolleforventningene i forhold til menn og kvinner er like, og både biologiske forskjeller og forskjeller i arbeidsforpliktelser i hjem og familie. Arbeidsplassen vurderes som et lukket system. Vi vet for lite om sammenhengene mellom kombinasjonene yrkesaktivitet og hjemmearbeid, og om hvordan kvinner beveger seg mellom disse arenaene. Dermed vet vi også lite om hvordan dette virker på sykefraværet. Det vi kan si er at stadig flere kvinner er utsatt for arbeidsmiljøbelastninger.

### **5.3.2 Registrering og overvåkning av arbeidsrelatert sykdom og yrkesskader.**

I debatten om arbeid og helse snakker man om arbeidsrelaterte plager, arbeidsrelatert sykdom og yrkesskade. Kvinner rammes oftere av arbeidssykdommer, mens menn dominerer i antall og andel ved arbeidsulykker.

I 1997 ble det meldt ca. 3 500 tilfeller av yrkessykdom og 34000 tilfeller av yrkesskade til Arbeidstilsynet. Dette er mye mindre enn det som meldes i våre naboland. Nordiske tall tyder på at underrapporteringen i Norge er større enn i Sverige, Danmark og Finland. Dagens meldesystem fanger til en viss grad opp sykdommer som kan utløse økonomisk kompensasjon, men i liten grad sykdommer som ikke gjør det. Liknende erfaringer har man i flere andre land. I Norge gir ikke belastningsplager rett til yrkesskadeerstatning, og de blir derfor i liten grad meldt til tross for at Arbeidstilsynet oppfordrer til det.

Den offentlige statistikken fanger bare opp en liten del av all arbeidsbetinget sykdom. For eksempel anslår bedriftshelsetjenesten i flyselskapet SAS på bakgrunn av egne registreringer at bare 3–4 prosent av det som skulle vært meldt til arbeidstilsynet blir meldt. Det er i særlig grad sykdommene som ikke godkjennes i henhold til lov og forskrift, som muskel-skjelettplager, stress og utbrenthetssyndromer, som blir underrapportert. (Lie, 1998).

Sykefraværstall kan tyde på at kvinner er mer sykelige enn menn. Kvinner i yrker med lav status har høyest sykefravær (Mastekåsa 1990) og kjønnsforskjellene ser ut til å være økende (Pedersen 1996). Sykefravær blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren er mer utbredt enn i arbeidslivet for øvrig. Hva med menn som arbeider i tradisjonelle kvinneyrker sammenliknet med kvinner i samme yrke? Moland (1997) finner i en utvalgsundersøkelse at mannlige ansatte i pleie og omsorgssektor har nesten like høyt sykefravær som kvinner. En svensk undersøkelse viser også at menn som arbeider i hjemmetjenesten har et vesentlig høyere sykefravær enn kvinner. (Forsberg m.fl., 1995). Det peker på at det er forhold ved typisk kvinnearbeid som inneholder særlige

belastninger. I kapittel 11 er en mer omfattende redegjørelse og drøfting av sykefravær blant kvinner.

---

### Noen definisjoner

*Arbeidsrelatert* sykdom defineres som: Sykdom som er forårsaket av eller som er blitt forverret av arbeidet: noen av disse sykdommene gir rettigheter til kompensasjon i trygden eller gjennom yrkesskedeforsikring.

*Yrkessykdom* defineres som: Arbeidsrelatert sykdom som blir godkjent etter folketrygdlovens §13 er per definisjon yrkessykdom og gir mulighet for kompensasjon etter spesielle regler. Alle yrkessykdommer gir rett til kompensasjon fra yrkesskedeforsikringen. Arbeidsgiver har plikt til å melde yrkessykdommer. Dersom arbeidstaker vil fremme krav om å få godkjent sin sykdom som yrkessykdom, må hun eller han fremme krav overfor trygden om dette. Belastningsplager og en del andre sykdommer er ikke godkjent.

---

Kanskje virker belastninger i arbeidsmiljøet ulikt for kvinner og menn. Kanskje ivaretar ikke tiltak som settes i verk for å forebygge arbeidsrelatert sykdom slike hensyn godt nok. Kvinner og menn møter arbeidsutfordringer og belastninger med ulike biologiske og fysiologiske forutsetninger, de har ulike arbeidstilknytninger og for en stor del har de arbeidsplasser hvor krav og forventninger er forskjellige. Statistikk, registrering av arbeidshelse og tiltak som skal sikre trygge arbeidsplasser bygger på en forståelse av risiko som antakelig ikke er godt nok tilpasset de faktiske utfordringene mange kvinner står overfor i sitt arbeid.

«Att vara kvinna er ingen sjukdom. Det bara verkar så, eftersom alle normalvärden baseras på män.» (Puranen, 1994). Selv om legen konstaterer at en ikke er syk, kan en likevel oppleve seg som langt fra frisk. Mange har vondt, sover dårlig og har problemer med å klare jobben til tross for at nettet av medisinske prøver ikke har fanget inn hva som er galt. Kan det bety at kvinners sykkelighet og arbeidshelse også måles etter en standard som ikke fanger opp hva helseproblemet er?

### 5.3.3 Anatomiske og fysiologiske kjønnsforskjeller i forhold til arbeidsmiljøbelastninger

Når det trekkes slutninger på bakgrunn av statistikk og registerdata for sykefravær og arbeidshelse, tegnes gjerne et bilde som ikke tar hensyn til at kvinners og menns biologi og fysiologi er forskjellig. Det er viktig at standarder og kunnskapsutvikling ikke bygger på en forståelse av kvinners og menns biologiske egenskaper som bedre eller verre, eller gjør det ene kjønns egenskaper til norm.

Fokus må settes på samspillet mellom arbeidssituasjon og arbeidsvilkår, og hvordan slike forhold får ulike konsekvenser for kvinner og menn, også fordi deres sårbarhet og beskyttelse mot miljøbelastninger er forskjellig. Hvis arbeidsliv og arbeidsmedisin ikke tar høyde for slike forskjeller, vil mange kvinners beskyttelse mot en del arbeidsbelastninger være relativt lavere enn menns. Vi skal gi noen aktuelle eksempler, blant annet hentet fra Fordberg m.fl. 1995.

### *Anatomiske forskjeller*

Fra sykefraværstatistikken vet vi at muskel-skjelettplager er den største diagnosegruppen, og at kvinner har flere sykdommer enn menn i nakke, overarm og skuldre. Mange har ment at dette henger sammen med at kvinner har svakere muskulatur enn menn. Ifølge samme statistikk har menn flere arbeidsskader enn kvinner i korsryggen, men ingen hevder at menn har en svakere korsryggmuskulatur enn kvinner.

Generelt er kvinner kortere enn menn. Kvinner har andre proporsjoner; kortere fingre, bredere hofter og kortere ben. Skjelettet er ikke likt oppbygd, og gjennomsnittlig muskelstyrke er også forskjellig. Kvinner oppnår 60 til 70 prosent av menns styrke fordi muskelfibrene er skjørere og kortere. Armstyrken hos kvinner er omtrent 50 prosent av menns armstyrke. Hva vil dette bety i et arbeidsliv som har vært og fortsatt er mer tilpasset menns anatomi og fysiologi?

Dersom en kvinne i normal høyde arbeider i en arbeidshøyde som er tilpasset en normalt lang mann, må hun heve armen mer enn en mann må gjøre. Dersom man tvang menn til å arbeide med utstyr som var tilpasset personer med en kroppslengde på 215 cm ville de også få verk i nakke og skuldre. Hjelpepleiere løper 2.5 ganger så høy risiko for å få muskelstrekk i ryggen sammenlignet med ansatte i de fleste andre yrker. Å løfte et menneske innebærer en større anstrengelse enn å løfte en pakke, selv om vekten skulle være den samme. Det er vanskeligere å løfte et menneske på en ergonomisk riktig måte. I yrker hvor kvinner løfter mennesker kreves det dessuten at det tas spesielle hensyn og at det vises omsorg.

### *Fysiologiske forskjeller*

Opptak av løsemidler i blod kan variere mellom kvinner og menn. Kvinnens lungekapasitet er mindre, og huden er tynnere og lettere gjennomtrengelig for stoff de får hudkontakt med. Mengden av kjemiske stoffer i blodet påvirkes av at slike stoffer kan omfordes i underhuds fett, som kvinner har større mengde av enn menn. Det innebærer at blodkonsentrasjonen av et løsningsmiddel som trikloretylen blir lavere hos kvinner enn hos menn umiddelbart etter eksponering, mens det er høyere enn hos menn 16 timer senere. Da er løsemiddelet som ble lagret i fett blitt tatt opp i blodet: opptak av løsemidler er forskjellig avhengig av forskjeller i kroppsbygning og vevets fordeling og egenskaper. Kvinner er også mer følsomme for uorganisk bly og kadmium.

Selvfølgelig er kjønnshormoner ulike hos kvinner og menn. Det finnes ikke påviste forskjeller i kvinnens og menns hormonsvar på stress, men hva som oppleves som stress kan kanskje være forskjellig for kvinner og menn. En undersøkelse av kvinnelige og mannlige funksjonærer i Volvo (Frankenhauser 1993) viste at særlig kvinnelige sjefsfunksjonærer hadde høye konsentrasjoner av noradrenalin på jobb. Og konsentrasjonen steg hos kvinnene ved arbeidsslagets slutt når de skyndte seg hjem. For mannlige funksjonærer sank konsentrasjonen ved arbeidsslagets slutt.

Cortisol bestemmer våkenhetsgraden gjennom døgnet, men er også en markør for stress. Cortisol er målt i blodet hos ulike yrkesgrupper (Härenstam, 1989). I forbindelse med prøvetegning ble noen forsøkspersoner som hadde høye cortisolkonsentrasjoner i blodet om morgenen bedt om å skrive ned hva de følte: Kvinnene beskrev tristhet, mennene sinne. Det viser seg at objektive mål i gram/liter eller i en annen måleenhet kan oppleves nokså ulikt

hos kvinner og menn. Her kommer trolig sosialisering og kulturelle mønstre inn og farger tolkningen av kroppens reaksjoner.

#### *Forskjeller i hjemmeoppgaver samspiller med arbeidsbelastninger*

Noen mennesker har mer eller mindre anlegg for tørr hud; de kan utvikle astma i barneårene og får matallergier og andre allergier som for eksempel høysnue. En slik egenskap kalles atopi. Den går i arv og er like vanlig hos begge kjønn. Mellom ti og femten prosent av alle mennesker har disse egenskapene. Men håndeksem som følge av kontakt med vann er vanligere hos kvinner enn hos menn, og menn som kommer i kontakt med vann i arbeidslivet klarer seg som regel bedre enn kvinner. En vanlig oppfatning har vært at slik eksem leger seg selv. Den skal ikke være begrunnelse for omplasing eller omskolering i samme grad som ved allergisk kontakteksem, som kommer av eksponisjon for kjemiske stoffer. Men undersøkelser har vist at det er det å bli utsatt for vått arbeid både hjemme og i yrkesarbeidet som gir håndeksem. Menn med atopi og vått yrkesarbeid klarer seg som regel bedre, fordi de ikke vasker opp, vasker klær og har ansvar for småbarnstell hjemme. De er ikke i kontakt med vann i like mange timer som kvinner.

#### **5.3.4 Fokus på pleie- og omsorgssektor**

Vi har sett at kvinner har høyere sykefravær enn menn og at det er flere kvinner enn menn som utfører tungt fysisk arbeid. Vi har sett at arbeidsmiljøforhold og belastninger kan virke ulikt for kvinner og menn, og at belastningsskader og plager, som er en hyppig registrert årsak til sykefravær hos kvinner, bare i liten grad registreres av Arbeidstilsynet.

Opgaver i pleie- og omsorgstjenesten betyr ofte tungt fysisk arbeid. I 1966 ble det utført nesten 11000 lønnede årsverk i eldreomsorgen. Store deler av det vi i dag kaller eldreomsorg ble ivaretatt innefor familien. I 1995 finner vi snaut 70000 årsverk i denne sektoren. Fortsatt er det i hovedsak kvinner som arbeider i eldreomsorgen; noe som gjør dette til en av de viktigste arbeidsarene for kvinner. Pleie- og omsorgssektoren har en stor majoritet kvinnelige ansatte, selv om toppstillingene fortsatt bekles av menn.

For å gi et bilde av kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse generelt vil pleie- og omsorgssektoren være et kjerneområde. Historien om pleie- og omsorgssektorens vekst og utvikling er moderne kvinnehistorie. Det er historien om en utvikling fra kvinnens ulønnede arbeid i familien til arbeidskontrakt og omsorgsgjerning overfor mennesker de har profesjonelle bånd til. Men fortsatt er arbeidet med mennesker rammet inn av kulturens forventninger til kvinners atferd.

Mange av de arbeidsmiljøutfordringene som kvinner møter i pleie- og omsorgssektoren er relevante for serviceorienterte arbeidsplasser, og illustrerer i større eller mindre grad arbeidsmiljøproblemer som mange kvinner møter også om de arbeider innefor andre serviceyrker eller i industrien.

Miljøbetingelsene i pleie- og omsorgssektor innebærer omfattende så vel fysiske som mentale krav for yrkesutøverne. Selv om det eksisterer individuelle toleransegrenser og sårbarhetsnivåer, viser både nordiske og internasjonale studier at eksponering over tid øker sannsynligheten for muskelskjelett plager. Det samme gjelder for psykosomatiske og psykiske symptomer og plager. Store belastninger knyttet til tidspress er dokumentert i denne sektoren (Skogstad1997).

Mange studier viser at et av de største belastningsmomentene ligger i opplevelsen av å ikke ha anledning til å ivareta behovene til beboere, klienter og brukere eller pasienter på en god måte. Her finner vi også mye av grobunnen for vanskelige samarbeidsforhold og slitsomme konflikter.

Dette er en sektor med mange kvinner som har lite formell makt og hvor omsorgsverdier i kvinnekulturen ikke blir realisert gjennom det formelle systemet og struktureringen av arbeidsmiljøet, men snarere i konkurranse med eller på tross av det. Et viktig skritt i retning av å utbedre arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgssektor ville innebære vektlegging av de ansattes omsorgsverdier, heller enn å utvikle teknisk-administrative styringssystemer.

Samfunnet stiller bestemte forventninger til at omsorgsarbeid er noe kvinner «kan». Samtidig er kravene til omsorgens kvalitet ikke definerte, slik at disse kravene kan fremstå som grenseløse, bare definert av det som oppfattes som «godt nok» av den individuelle mottaker av omsorgstjenestene (Svendsen, 1991). Mange kvinner knytter i stor grad sin identitet og sine ambisjoner til det å kunne gi omsorg. Dette skaper særegne opplevelser av hva arbeidet egentlig krever, og gjør at vi må anta at kvinner og menn vil løse omsorgsoppgaver med noe ulike forventninger til seg selv. Grensesetting kan lett bli en stor utfordring når det å yte omsorg tillegges så stor verdi. Dette er drøftet nærmere i kapittel 6.

Omsorgsarbeid representerer et arbeid uten grenser. Det peker på behovet for å utvikle organisasjonsstrukturer som ivaretar grensesettingsfunksjoner, for eksempel gjennom mulighet til samarbeid, variasjon og læringsmuligheter.

#### *Omsorgsarbeidets status.*

Arbeid verdsettes ulikt i vårt samfunn. Belønninger som lønn, anseelse, utviklingsmuligheter og innflytelse er lavere for omsorgsarbeid enn for ulike typer teknisk arbeid. Arbeidsoppgaver som husarbeid, rengjøring, stell og pleie av syke og gamle, forbindes med det arbeidet som kvinner tradisjonelt har utført ulønnet i samfunnet vårt.

Verdsetting av arbeid kan forklares gjennom hvilke kvalifikasjoner som kreves for å utføre arbeidet. Forståelsen av hva som er kvalifikasjoner kan knyttes til innholdet i arbeidet og ikke bare til utdanning og arbeidsmarked. Man kan skille mellom synlige og usynlige kvalifikasjoner (Lie & Rasmussen 1983). Kvalifikasjoner som skal til for å utføre omsorgsarbeid kan forstås som usynlige kvalifikasjoner fordi de oppfattes som kvinnelige egenskaper, og ikke yrkeskvalifikasjoner som skal læres og belønnes. I denne sektoren er det først og fremst kunnskaper knyttet til medisin og behandling som regnes som kvalifikasjoner, mens den praktiske omsorgskunnskapen ikke har slik status, og er mindre synlig. Den teoretiske kunnskapen er nærmere knyttet til det mannlige og er godt synlig, den praktiske kunnskapen knyttes til det kvinnelige og gjøres mindre synlig. Det kvinnelige blir dermed underordnet det mannlige.

#### **5.3.5 Helse- miljø og sikkerhetsarbeid – og relevans for pleie og omsorgssektor**

På arbeidsplasser hvor det jevnlig arbeider minst 50 arbeidstakere skal det være arbeidsmiljøutvalg, og i all virksomhet som dekkes av arbeidsmiljøloven skal det velges verneombud. Det betyr at alle norske kommuner skal ha

arbeidsmiljøutvalg og verneombud (Arbeidsmiljøloven §23 og §25). Verneombud velges av de ansatte, og ombudet har i følge lov og avtaleverket betydelige sanksjonsmuligheter. Antakelig er det store variasjoner i ombudets faktiske funksjon og innflytelse.

Fra 1. januar 1992 er alle norske kommuner pålagt å innføre et system for internkontroll. Internkontroll for helse-miljø og sikkerhet er blant annet regulert av arbeidsmiljøloven, sivilforsvarsloven, forurensningsloven, lov om brannfarlige varer samt væsker og gass under trykk, lov om eksplosive varer, brannvernloven og lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr. Denne listen viser at det er lagt stor vekt på teknisk sikkerhet. Arbeidsmiljøloven og øvrige lover og forskrifter som er knyttet opp til arbeidet med internkontroll, bærer preg av at HMS er utviklet for å imøtekomme behovet på store arbeidsplasser i privat sektor; først og fremst innen industri, transport, bygg og anlegg.

Eksisterende lover og regler bygger ikke i tilstrekkelig grad på forståelse av de største helse- og miljøbelastningene i typiske kvinneyrker. Det formelle helse- miljø og sikkerhetsarbeidet er mest relevant for teknisk sektor dernest for merkantil og kontor, så for institusjonsbasert pleie- og omsorg. Det er minst relevant for hjemmebasert pleie- og omsorg (Moland 1997).

Kjennskap til og bruk av HMS varierer med arbeidsfelt. HMS er størst i teknisk sektor, og minsker jo mer arbeidet har med mellommenneskelige forhold å gjøre, og jo mer dette foregår på brukernes premisser. Dette skyldes dels trekk ved arbeidets organisering, men også at HMS-forskriftene i svært stor grad har industriarbeidsplasser som modell. Derfor er det ikke overraskende hvis vernetjenesten og HMS-arbeidet har begrenset interesse blant hjemmehjelpere og pleie- og omsorgspersonale (op.cit). Problemstillinger knyttet til for eksempel kvaliteten på tjenester til syke og funksjonshemmede, eller ansatte som utsettes for fysisk aggresjon eller utskjelling fra tjenestemottaker, vil være perifere problemstillinger sett fra en industriarbeidsplass.

For ansatte i pleie- og omsorgstjenester, og særlig den hjemmebaserte omsorgen, er dette belastninger som forekommer i stort og økende omfang.

Verneombudets betydning vurderes som lav, hvilket bekreftes av at de ansatte ikke benytter verneombud når det oppstår vanskelige situasjoner knyttet til arbeidsmiljøet.

Moland påpeker at det ikke er noen sammenheng mellom på den ene siden viktige miljøindikatorer som fysisk aggresjon, beskyldninger, tidspress og følelsen av utilstrekkelighet, og på den andre siden den formaliserte innsatsen for arbeidsmiljøet. Han konkluderer med at arbeidet med å innføre og praktisere internkontroll er kommet kort, og der dette er gjort, har det liten effekt for ansatte i pleie- og omsorgsyrkene. Behovet for HMS-tiltak i sektoren og andre «myke» yrker er stort. Samtidig er relevansen ved dagens formelle HMS verktøy liten og implementeringen vanskelig av organisasjonsmessige grunner. Utfordringen med å utvikle kollektive tiltak er større når ledere og ansatte er spredt, slik tilfelle er innen åpen omsorg.

#### *Overvåkning av arbeidshelse*

Pleie- og omsorgssektor hører ikke med til de virksomheter som er pålagt å ha bedriftshelsetjeneste i henhold til Bransjeforskriften. For denne sektoren vil ivaretagelse av behov for bedriftshelsetjenester være et vurderings spørsmål, jfr. Arbeidsmiljøloven § 30.1. Svært få kommuner har tilbud om

bedriftshelsetjeneste for pleie- og omsorgspersonell. Det er grunn til å vurdere om ikke denne sektoren særlig bør ha tilpasset bedriftshelsetjeneste.

### 5.3.6 Behov for tiltak

#### *Forskning*

Det bør utvikles nye rammer for organisasjonsutforming i pleie- og omsorgssektoren som kan åpne for læring og utvikling i jobben, og skape større fellesskap og klarere fokus i organisasjonen. Det er utviklet noen modeller som fungerer bra; for eksempel integrerte kjeder av pleie- og omsorgstjenester.

Det mangler forskning som kan forklare sammenhenger mellom organisatoriske, psykologiske og sosiale forhold som påvirker helse. Forskning på arbeidsmiljø og arbeidshelse til ansatte i renhold og matlaging er så godt som fraværende innefor denne sektoren. På samme måte som vi vet lite om samspillet mellom lønnsarbeid og hjemmearbeid, vet vi lite om forholdet mellom ulike arbeidsmiljøfaktorer så som mangel på innflytelse og valg av fravær som mestringsstrategi innenfor denne sektoren.

Det er behov for forskning som kan gi bedre helsekunnskap og mestringsforståelse gjennom en tydelig fokusering på betydningen av kjønnsperspektiv i arbeidsmiljøet. Kjønnsperspektiv er en viktig innfallsvinkel til forståelse også der hvor flertallet av ansatte er kvinner.

#### *Organisatoriske tiltak*

Det er behov for å styrke helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet innen denne sektoren. Tiltak må bygge på kunnskap om de spesielle krav som stilles til de ansatte. I utforming og iverksetting av tiltak må kjønnsperspektiv inngå i konsekvensutredninger og evaluering og tas hensyn til i utforming av arbeidsmiljø.

#### *Forsøk*

Flere prosjekter og tiltak som er gjennomført de senere år, har hatt som målsetning å motvirke uførhet og å få langtidssykemeldte tilbake til arbeid igjen. Noen av disse har vært spesielt rettet mot ansatte innenfor helse- pleie- og omsorgssektoren. Dette er prosjekter som gjerne har lagt vekt på ulike sider ved arbeidsmiljø og mestring. Eksempler på dette er:

*Organisasjonsstruktur* Bella-prosjektet ble gjennomført i Hordalandkommunen Meland og i to bydeler i Bergen. Her ble det lagt vekt på kompetansebygging i kombinasjon med organisasjonsutvikling, spesielt ledelse og kommunikasjonslinjer. Dette prosjektet har pekt på at elementer ved organiseringen av arbeidet kan være viktige faktorer for mulighetene til å forebygge belastningsplager og tilrettelegge for gjenopptakelse av arbeid etter en sykemeldingsperiode.

*Kompetanseheving* . Erfaringene – blant annet fra Bella-prosjektet, viser at kompetansebygging kan gi gode resultater for ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Kompetanseheving kan inneholde flere ulike kompetanseelementer; som fag- og oppgavespesifikk kompetanse, samarbeids- og individuell mestringskompetanse, samt f.eks. kunnskap om ergonomi. I Trygd- og rehabiliteringsprogrammet (1992 –1997) ble det gjennomført flere prosjekter som



har lagt vekt på kompetansestyrking – bl.a. *Dialog og deltakelse, RAB- og Smerteskole i helselagsregi.*

*Bedriftshelsetjeneste.* En modell for rehabiliteringsarbeid i bedriftene (RAB-prosjektet) har lagt vekt på parallelt og integrert opplæring i bedriftshelsetjenesten og blant ansatte med belastningsplager. Det ble arbeidet for å endre bedriftshelsepersonellens og de muskelsmerterammedes forståelse av situasjonen fra et mer medisinsk perspektiv til et læringsperspektiv. Det synes å være oppnådd gode resultater både når det gjaldt reduksjon i sykefravær, samarbeidsformer og mer effektive utføringsprosesser. Telemark fylkeskommune har integrert bedriftshelsetjenesten i en helse-miljø og sikkerhetsseksjon som er en del av rådmannens stab. Flere erfaringer tyder på at en velfungerende bedriftshelsetjeneste kan spille en svært viktig rolle for utviklingsarbeid når det gjelder tiltak for å redusere eller leve med og mestre arbeidsbelastninger. Den burde også være en viktig aktør innenfor disse sektorene.

*Arbeidstidsordninger.* Flere steder i landet er modeller med bevegelig arbeidstid prøvd ut. I noen slike får de ansatte selv bestemme hvilke vakter de vil ha, og har en «tidsbank» for innskudd og uttak av tid.

*Jobbrotasjon.* Forsøk med jobbrotasjon er også forsøkt for dem som har belastende stillinger i pleie- og omsorgssektor – på tvers av sykehjem og hjemmehaserte tjenester. Modellen gir mer varierte oppgaver og har ført til lavere sykefravær. Tilsvarende modeller er også prøvd ut andre steder i landet.

*Trening.* Flere såkalte Frisklivsprosjekter har satt fokus på fysisk aktivitet. For eksempel, finnes det ett i Stange kommune i Hedmark som lar de ansatte i kommunen få trimme i arbeidstiden. Her har de også satt igang gruppetrening og individuell trening på bakgrunn av vurdering av folks behov.

Både forskning og intervensjonsprosjekter har pekt på at det er sammenheng mellom kompetansebygging, organisasjonsutvikling og opplevd arbeidslivskvalitet, som igjen påvirker helse og sykefravær.

For å oppnå gode resultater når det gjelder bedring av arbeidshelse i pleie og omsorgssektor er det behov for modeller for forebygging og rehabilitering av belastningslidelser som integrerer flere av disse elementene.

Foruten at kvinner som arbeider innenfor helse- pleie og omsorgssektor er utsatt for belastninger og av den grunn bør prioriteres når det gjelder forebyggende arbeid og utvikling av gode rehabiliteringstiltak, kan dette også være en nøkkelgruppe når det gjelder å spre kunnskap om folkehelse.

#### **5.4 Kvinnens deltakelse – sunn eller farlig?**

---

Retten til utdanning og arbeid har vært viktige krav for kvinnebevegelsen, sammen med krav om at menn, eller samfunnet, måtte ta en større del av kvinners tradisjonelle oppgaver. Kvinnens økte deltakelse i utdanning og arbeid er blant de største endringene i kvinnens levemåte i vår tid. Tidligere i århundret reiste særlig menn spørsmål om hvorvidt det kunne være sunt for kvinner å arbeide utenfor hjemmet. Med et ganske annet utgangspunkt er det i dag kanskje en del kvinner som selv lurer på om sluttresultatet, både utdanning, arbeid og omsorgsoppgaver, kan være sunt. Jon Ivar Elstad (1995 og 1996) har sett på sammenhenger mellom på den ene siden tre helt sentrale roller kvinner har; som ektefelle, mor og arbeidstaker, og på den andre siden helseindikatorer varig sykdom, varig sykdom som virker hemmende i dagliglivet og rapportering av psykisk besvær.

Den helt generelle konklusjonen på denne forskningen er at jo mer kvinner deltar på flere områder, jo friskere er de. Gifte kvinner er friskere enn ugifte, som igjen er friskere enn før de giftet seg. Kvinner med barn er friskere enn kvinner uten barn, og de er også friskere jo flere barn de har. Heltidsarbeidende er friskere enn deltidsarbeidende, som igjen er friskere enn kvinner uten lønnsarbeid. Gifte kvinner med barn og fulltidsjobb har altså minst helseplager.

To nyanserende kommentarer må knyttes til denne konklusjonen. For det første er dette tendenser som bygger på store tallmaterialer. Det betyr at det for svært mange kvinner stort sett er gunstig for helsa å delta på mange områder. Samtidig vet vi at visse arbeidsplasser og –miljøer, visse familiesituasjoner og omsorgsoppgaver, og visse kombinasjoner av roller blir helsebelastende for en del kvinner. Dette skal vi gå nærmere inn på i avsnitt 6.2.

For det andre legger Elstad selv vekt på at disse sammenhengene trolig skyldes både at deltakelse har en gunstig virkning på helsa (årsakssammenheng), og at det skjer en utvelging av de friskeste (seleksjon), at det er de som faktisk greier å delta. Ekteskapet gir for de fleste kvinner helsegevinster gjennom sosial støtte, bedre økonomi og nære relasjoner, men samtidig kan store helseproblemer redusere mulighetene for å finne en livsledsager, og det er slik at ekteskapet for noen kvinner er den mest helseskadelige arenaen i livet deres (ref. 6.5.3 om samlivvold). Tilsvarende gjelder det for arbeidslivet: De fleste kvinner får helsegevinster i form av større økonomisk trygghet, selvstendighet og selvtillit, sosial omgang og støtte. For en del andre kvinner er arbeidsplassen en helsebelastning, og for noen direkte skadelig (ref. 5.4 om arbeidshelse). Samtidig er det opplagt at varige helseproblemer minsker mulighetene til å delta i arbeidslivet.

Endelig er det viktig å ha med at verken årsakssammenhengene eller utvelgingsmekanismene foregår i et vakuum – de avhenger av det omkringliggende samfunnet; synet på hva som er kvinners viktige oppgaver, miljø og lønn på kvinnearbeidsplassene, velferdsordninger og arbeidsmarked.

Skal kvinner kunne delta på arbeidsmarkedet, må det finnes en velferdsstat som tar seg av visse oppgaver. Det må finnes institusjonelle ordninger som med en viss grad av sikkerhet påtar seg å passe barna. Sannsynligvis må disse ordningene også inneholde et minimumselement av omsorg og pedagogiske utfordringer. Videre må kvinnene ha muligheter til å få avlastning i pass og stell av eventuelle syke eller svake eldre slektninger, i form av aldershjem, sykehjem og hjemmehjelpsordninger. Kvinner må også kunne føde barn og være borte fra arbeidslivet en viss tid, uten at det innebærer at de mister kontakten med arbeidslivet for en lengre periode eller for godt.

En sammenliknende nordisk studie dokumenterer disse sammenhengene godt (Rønsen 1997). I nordisk perspektiv er Norge noe av en «sinke» når vi måler kvinners yrkesdeltakelse. Dette skyldes en kombinasjon av sein barnehageutbygging og dårlige permisjonsordninger ved fødsler. Dårlige permisjonsordninger ved fødsler medførte lenge at mange norske mødre sluttet i jobben når barnet kom, og deretter tok det lang tid før de kom tilbake til yrkeslivet.

To poeng er viktige her: Kvinners yrkesdeltakelse er svært sårbar overfor endringer i velferdsstatens tilbud, og det gjelder også ordninger som ikke direkte har med barnepass å gjøre. På den annen side skaper velferdsstatens tilbud en grad av yrkesdeltakelse som gjør det til en norm at kvinner skal delta. Deltakelsen gir helsegevinster for de fleste av de kvinnene som deltar. Arbeidslivet byr på konkurranse som så mange andre arenaer, og konkur-

ransen gir tapere. Noen tar seg helt ut i kampen, mens andre ikke en gang får delta. For å si det enkelt: Økt kvinnelig deltakelse gir rom for flere kvinnelige tapere. Det å ikke delta kan tolkes som et tap, ikke bare en ønsket tilpasning til omsorgsrollen.

Utvalget ser det som i all hovedsak positivt for voksne menneskers helse – også kvinners – å ha utdanning og lønnsarbeid. Samtidig er det fortsatt slik at kvinner er mer avhengige enn menn av velferdsstatens tilbud for å delta, og at flere kvinnearbeidsplasser representerer helsefarer blant annet gjennom tunge tak, lav lønn og underordnet posisjon. Dette blir svært viktige politikkområder for forebygging av kvinners helseplager. Utvalget understreker også at noen alltid vil falle utenfor arbeidsmarkedet, og at det er avgjørende for helsen at også disse sikres et verdig liv (ref. kap.11).

Utvalget ser også et stort behov for bedre kunnskap om sammenhenger mellom levekår og helse. Vi trenger bedre kunnskap om hvilke enkeltfaktorer knyttet til levekår som har betydning for helse, samspillet mellom slike faktorer, og om og hvordan slike faktorer har ulik betydning for kvinner og menn. Det må legges et kjønnsperspektiv på en rekke av de registreringene og studiene som gjøres på feltet. Slik kunnskap vil ha stor betydning for forebyggende helsearbeid.

## Kapittel 6

**Kvinneligheten – sunn eller farlig?**

I forrige kapittel ble det redegjort for sammenhenger mellom levekår og helse – i et kjønnsperspektiv. Dette kapitlet nærmer seg skjæringspunktet mellom kvinner og helse fra den andre kanten; her skisseres sentrale kjønnteoretiske momenter, som så kobles til helse. Her beskrives noen sider ved hvordan kvinnelighet forstås og formes i Norge i dag, og ut fra dette diskuteres det potensielt helsebringende og det potensielt helseskadelige på ulike arenaer i kvinners liv; i private forhold (familie, kjæreste, venner, barn), i opplevelsen av og holdninger til egen kropp, mat og rusmidler, i fritid og i arbeid. Vi vil også ta opp spørsmål knyttet til kvinners psykiske helse og deres utsatthet for vold og seksuelle overgrep.

Det er selvsagt ikke mulig på slike temaområder å gi bilder av hvordan alle kvinner er, men vi vet en del om mønstre, tendenser og sannsynligheter.

Variasjonsmulighetene for hvordan en på sosialt akseptabelt vis kan være kvinne, er blitt dramatisk utvidet og forandret i dette århundret. Like fullt, på så ulike områder som yrkesvalg og kroppsfasong preges kulturen fortsatt av at rammene for akseptabel kvinnelighet er snevrere enn rammene for akseptabel mannlighet. Snevre rammer kan i seg selv forstås som en helserisiko i lys av den betydningen mange helseteoretikere tillegger det å ha innflytelse over eget liv. En vel så viktig faktor som kan påvirke helsa er at rammene for kvinnelighet og mannlighet er forskjellige.

**6.1 Sosialisering til kvinnelighet**

---

Historien om hvordan vi blir kvinner og menn starter ved unnfangelsen, og systematiske kjønnsforskjeller oppstår tidlig i barndommen. Små barn har ikke så mange tegn og symboler som voksne å ordne verden etter, og kjønn og alder blir derfor svært viktige markører i hverdagen. Dette gir seg ofte utslag i at de overspiller sine kjønnsroller for å være sikre på å havne på den rette siden av kjønnskillelinjene.

Barnets oppfattelse av seg selv er nært knyttet til de modellene foreldre og andre voksne utgjør i barnets liv. Barnet «aper» etter deres være- og gjøremåter og har gjennom sin biologiske utvikling et stort læringspotensiale. Hvis barna lærer typiske mannlige og kvinnelige væremåter like lett som for eksempel språk, så får sosialiseringen i tidlige barneår en enorm kraft i identitetsdannelsen. Det er også slik at voksne ofte er mer kjønnsstereotype og fastlagte enn de er klar over med hensyn til oppførsel, tilstedeværelse, arbeids- og ansvarsfordeling osv. Disse to kreftene; barnets forståelse av seg selv som gutt/jente og foreldres og andre voksnes mer eller mindre tradisjonelle væremåter, påvirker barnas forming av egen identitet.

I vår nære historie har produksjonen for markedet vært menns arena, mens reproduksjonen har vært kvinners område. Virksomhet i hushold og omsorg er ikke verdsatt på samme måte som verdiskapingen i markedet. Dette gjør at verdi- eller maktforholdet mellom produksjon og reproduksjon blir skjevt. Sammenlikner vi barnehagebrakka med bankpalassene kommer maktforholdene mellom produksjon (menn) og reproduksjon (kvinner) ganske tydelig frem. Slik sett blir forholdet mellom hjem og arbeidslivforhold et kjernepunkt i analysen av forholdet mellom kvinner og menn. Gutten forb-

eredes til konkurransen på markedet, jenta i større grad til deltakelse og innlevelse i omsorgen (Holter og Aarseth 1993). Benektingen av det kvinnelige blir tydelig hos små gutter i lek og samkvem med andre; ikke klemme og kose for mye, ikke sitte på fanget, «jentelus» og så videre. En mer intim adferd sentrert rundt relasjoner blir derimot en viktig byggestein i jentas identitetsprosjekt – hun leker mer med dokker.

Kvinnerollen kan defineres som de noenlunde stabile forventningene som stilles til kvinner i vårt samfunn. Selv om disse åpenbart varierer med for eksempel kvinnens alder og stilling, er kvinnerollen ment å gripe noen allmenne normer eller forventninger. Disse forventningene handler dels om personlige egenskaper, dels om forholdet til andre og dels om posisjon og deltakelse i samfunnet. På alle disse områdene finner vi trekk som kan ha betydning for kvinners helse. Forskningslitteraturen om utforming av kvinnelighet er omfattende, og bygger på til dels svært ulike datatilfang og perspektiver. Utvalget har funnet det fruktbart å trekke fram tre dimensjoner som er viktige i mange kvinners liv, og som vi mener kan øke forståelsen for både positive og negative helseforhold:

- Relasjonsorientering; fra kjærlighet til selvutslettelse
- Selvrefleksjon; fra mestring til skyldfølelse
- Skjønnhet; fra egenomsorg til selvforakt

### **6.1.1 Relasjonsorientering; fra kjærlighet til selvutslettelse**

Sosialiseringforskere enes om at jenter i større grad enn gutter lærer å være oppmerksomme og omsorgsfulle overfor andre, og forstå seg selv i forhold til andre mennesker. Objektrelasjonsteori (se ramme) er en måte å forstå hvorfor dette blir så grunnleggende viktig i kvinners liv. Dette at kvinner i stor grad er orientert mot forholdet til andre – kvinners relasjonsorientering – innebærer både opplagte helsegevinster og helsefarer.

---

### **Objektrelasjonsteori – en forklaring på kvinners og menns ulike forhold til andre.**

Et sentralt trekk ved vårt og de fleste andre samfunn, er at familien har hovedansvaret for den første oppdragelsen, og at det i hovedsak er mødrene som ivaretar denne oppgaven. Objektrelasjonsteori er det kronglete navnet på en samfunnsfaglig tilnærming som utdypet hvilke konsekvenser foreldrenes kontakt med og oppdragelse av barna har for dannelsen av gutters og jenters identitet, og for deres forhold til seksualitet og kjærlighet. Kort oppsummert skapes det tidlig en avstand mellom mor og sønn. Dels fordi moren har en viss avstandsbeundring til denne «lille mannen», men først og fremst fordi den vesle gutten tidlig må bryte med kjærlighetsforholdet til moren for å skape sin egen kjønnsidentitet. For det første er faren ofte en mager identifikasjonsfigur – han er rett og slett mindre tilstede – og gutten kan derfor komme til å definere sin kjønnsidentitet negativt; han er ikke som mor, ikke som kvinner. For det andre gjør dette guttens kjønnsidentitet sårbar. Han vil utvikle et sterkt behov for å bli bekreftet som mann, noe en tradisjonell og tydelig maskulinitet bidrar til. For det tredje skapes dermed sterke jeg-grenser. Han får et klarere bilde av seg selv som uavhengig og avgrenset individ enn jentene, ettersom han skal bli «stor gutt» ved å bli forskjellig fra mor. Endelig oppleves bruddet

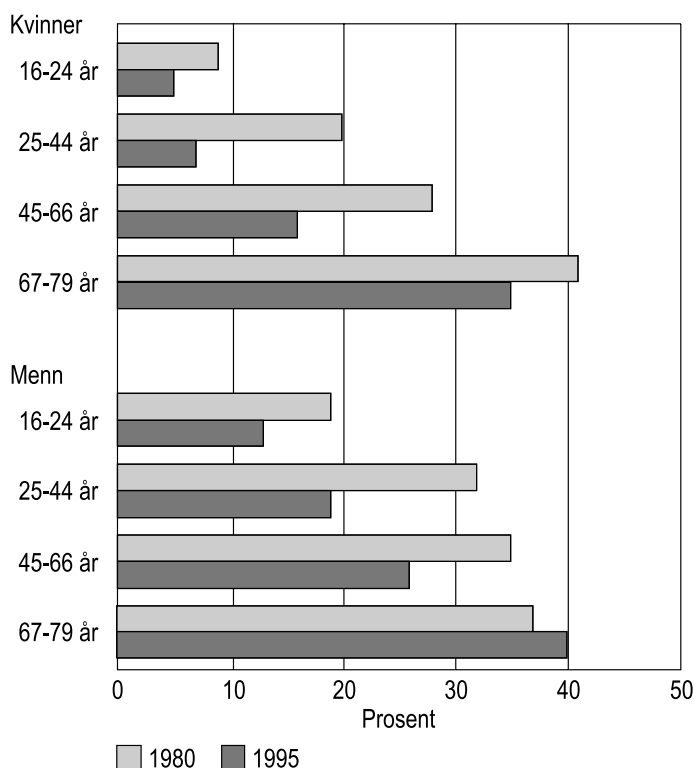
med «den første kjærligheten» som et stort svik, noe som senere i livet kan gi opphav til angst for nærhet og intimitet med en kvinne.

Forholdet mellom den vesle jenta og moren preges ikke av noe dramatisk brudd, men snarere av intimitet og identifisering. Jenta blir «stor jente» ved å bli lik mor. Men forholdet til mor kan iblant bli vel tett og sammenvevet. Jenta lærer å oppleve seg selv gjennom samvær med andre, hun blir relasjonsorientert. Mens gutten tidlig etablerte klare grenser rundt seg selv som uavhengig individ, blir dette jentas svake punkt. Grensene mellom henne og omverden blir uklare og mindre tydelige.

### 6.1.1.1 Helsegevinster av relasjonsorienteringen

Å ha omsorg for andre som et viktig livsprosjekt krever ikke bare vilje, men også kompetanse. Kvinner tilegner seg som tendens større kunnskaper og ferdigheter med hensyn til kosthold, varme klær og innemiljø. Å legge vekt på relasjoner innebærer også at forhold til andre bygges og pleies. Kvinner har som regel nærmere forhold til egne barn, og de har oftere fortrolige venner.

Andelen som i SSBs Levekårsundersøkelser oppgir å mangle fortrolige venner, er betydelig redusert fra 1980 til 1995, og det for begge kjønn. Imidlertid er kjønnsforskjellene store, ved at kvinner oftere har nære venner enn menn, og det er lite som tyder på at forskjellene har blitt mindre på dette området. Særlig er kjønnsforskjellen stor i ung voksen alder. I aldersgruppen 25–44 år er for eksempel andelen som ikke har en fortrolig venn, tre ganger så høy blant menn som blant kvinner, henholdsvis 19 og 7 prosent.



Kilde: Levekårsundersøkelsene

*Figur 6.1 Andel uten fortrolig venn. Kvinner og menn i ulike aldersgrupper. 1980 og 1995. Prosent*  
Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1995 SSB

I lys av helseteorier om viktigheten av mening og sammenheng i livet, framstår nære relasjoner som en opplagt god helsefaktor. Fortrolige og kjærlige forhold er særlig viktige i krisesituasjoner, som de fleste opplever i løpet av livet. Dette kan være en av forklaringen på at kvinner ofte greier seg bedre etter en skilsmisse enn menn.

For samfunnet som helhet er innlevelse i og omsorg for andre en bærebjelke – egenskaper og handlinger som bør framelskes og verdsettes hos begge kjønn.

Kvinner har sosiale nettverk som sannsynligvis er støttende og helsefremmende. Vil nye kvinneroller gjøre det mulig å opprettholde disse nettverkene?

Kan disse nettverkene ha ulemper, ved at noen av dem kan være hemmende for kvinners sosiale og yrkesmessige utvikling?

### **6.1.1.2 Helsefarer ut fra relasjonsorienteringen**

I kvinnefokusert litteratur om blant annet kroniske smerter, rusmisbruk, psykiske lidelser og overgrep framheves ofte kvinners «være-for-andre-orientering», og manglende grensesetting rundt egne behov og mot andres krav og krenkelser som et problem. Dette er vrengebildet av relasjonsorienteringen; en så sterk oppmerksomhet rettet mot andre at kvinnen mister seg selv og ikke klarer å sette grenser overfor forhold som er ødeleggende.

Det er imidlertid for enkelt å si at dette skyldes en for sterk relasjonsorientering, at disse kvinnene så og si er «for mye» kvinnesosialisert. Flere har pekt på at årsaken snarere er den motsatte; at det er en mangel på positiv kjønnsidentitet og mangel på nære forhold til mor og gode venninner, som gjør relasjonsorienteringen farlig. Sterk relasjonsorientering blir farlig hvis man ikke har andre bekræftelser, men føler seg prisgitt godkjenning av en rusmisbrukende ungdomsgjeng, en brutal kjæreste eller far, en familie eller arbeidsplass som forlanger urimelig høyt servicenivå. Mange kvinner med kroniske smerter, rusmisbruk eller psykiske lidelser lever eller har levd i avmaktsrelasjoner, forhold hvor hennes hovedoppgave er å tilfredsstille andres behov, og hvor det er lite rom for å utvikle en positiv selvforståelse og gode forhold til andre.

Hovedproblemet er ikke at nære forhold er for viktige i kvinners liv, men en kombinasjon av at de faktiske forholdene en del kvinner står i, er ekstremt vanskelige og at mange har hatt dårlige muligheter til å utvikle ferdigheter og styrke til å håndtere dem.

### **6.1.2 Selvrefleksjon; fra mestring til skyldfølelse**

Betydningen av nære forhold i kvinners liv, vil gjøre mange kvinner fortrolige med å kjenne etter, snakke om og reflektere over følelser. Dette kan opplagt være en viktig helseressurs i følelsesmessige belastninger og kriser. En del psykologer mener at kvinner ofte også har et større behandlingspotensiale i kraft av trening i og vilje til bearbeiding av følelser.

Samtidig kan en innadrettet refleksjon over følelser innebære risiko. Fra forskning om seksualisert vold, vet vi at ofrene ofte påtar seg skyld for det som skjer. Dette er noe vi finner igjen i studier av kvinners rusmisbruk og psykiske lidelser, og kan ha sammenheng med en mer generell kvinnelig tendens til å

rette reaksjoner innover. Det har vært brukt som forklaring på at menn drikker mer alkohol, mens kvinner bruker mer beroligende medikamenter. Vi finner det også igjen i kriminologiens beskrivelser av kvinnelige lovbrøtere. På tross av objektivt sett svært belastende forhold, legger de færreste kvinner dette til grunn når de skal forklare sine lovbrudd.

Gjennomgangstonen er at «det må være noe galt med meg». Mens mannlige fanger er mer tilbøyelige til å forklare egen kriminalitet som et resultat av en belastende situasjon.

Dersom en ser årsakene til en vanskelig situasjon i personlige mangler, er den naturlige reaksjonen å føle skyld, skam, selvhøvet og depresjon. Hvis en i stedet forklarer problemene med manglende muligheter, uheldige omstendigheter eller uoverstigelige sosiale problemer, er det mer nærliggende å føle indignasjon og sinne rettet mot omgivelsene og strukturene. Det fins ikke grunnlag for å slå fast at sinne og frustrasjon er mindre helseskadelig enn skam og selvforakt. En interessant hypotese ville være at skam er en mindre offensiv følelse enn sinne, og slik gir dårligere potensiale for handling, endring, mestring, som igjen kan knyttes til opplevelse av sammenheng. Kanskje er det iallfall fruktbart å reise spørsmål om to så ulike følelsesmessige grunntoner kan forårsake ulike belastninger og helseplager.

### 6.1.3 Skjønnhet; fra egenomsorg til selvforakt

Skjønnhet og estetikk er viktig for mange kvinner, og er også sider ved kvinneligheten som gis massiv oppmerksomhet i kulturen. Her ligger både helsegevinster og -farer.

En kvinne sminker og kler seg som et blidt og tilfreds rituale for å møte verden enda litt mer ovenpå og åpen. Naboen sminker og dresser seg opp i et forsøk på å kompensere for følelsen av mislykkethet og utilstrekkelighet. Det de rent teknisk foretar seg kan se nokså likt ut. Innenfra kan det dreie seg om så ulike fenomener som egenomsorg og selvforakt, sannsynligvis med helt ulike betydninger for helse. Den ene fokuserer egne lyter i forhold til idealer, og halser evig misfornøyd etter et forvirrende bombardement av fristelser, budskap og tilbud om å bli vakker. Hun ser sin egen kropp utenfra, med den kommersielle kulturens blikk, som en ting, et objekt.

Den andre kvinnen fokuserer det hun selv liker ved egen framtoning, sin egen skjønnhet, og tar aktivt og offensivt grep om hvordan hun ønsker å framstå og bli oppfattet. Hun er noe først og fremst for seg selv – et menneske i verden. Hun fremstår dermed som det man i samfunnsfagene kaller et subjekt.

---

### Fokus på kroppen

Samtidens økte oppmerksomhet omkring kroppen slik den kommer til uttrykk i mosjonsidrett og moter, i helsestudioer og høydeoppholdshus for toppidrettsutøvere, i sunnhetslære og riktig kosthold, i slanking og kosmetisk kirurgi, har ført til et økt press på kroppen for både voksne og barn. Kroppens gjenstandsstatus kommer klart frem når vi omtaler kroppen som noe som skal granskes, trenes, pleies, trimmes, slankes og stelles.

Den ustanselige fokuseringen på kroppen har på den ene side mye med estetikk og overflate å gjøre, og på den andre med nytte og funksjonsevne: Skjønnhet og spenst er omsettelige varer på det sosiale og yrkesmessige markedet. Vi temmer kroppen og underkaster den dressur. Kroppen er avta-



buisert og dermed også tingliggjort. Den er avmytifisert og avdekket, og ikke mystisk og tildekket. Kroppen har lite å beskytte seg bak. Den er utstilt og utsatt.

Fra Liv Duesund: «Kropp, kunnskap og selvoppfatning», Universitetsforlaget 1995

---

En flom av sterke virkemidler i den kommersielle kulturen fremstiller kvinner – og til dels jenter – som objekter for andres ønsker og lyster. Objektivgjøring foregår ikke bare på seksualitetens område, selv om de tydeligste og mest dramatiske uttrykkene og konsekvensene kanskje er å finne der. I alle relasjoner mellom mennesker veksler vi mellom å være subjekter og objekter; på arbeidsplasser, i vennskap og familier, på skoler og i helse- og sosialvesenet. Det sentrale poenget er at faren for selvforakt og handlingslammelse, invadering og krenkelse øker der hvor den ene parten systematisk gjøres til objekt og gis lite rom for å være subjekt. Trolig er kvinner i vår kultur både mer utsatt for objektivgjøring og mer mottakelige for slike prosesser enn menn.

Slike budskap kan gi negative helsekonsekvenser ved at de legitimerer helsefarlige forventninger til og behandling av kvinner. Budskapene kan også påvirke kvinnens selvoppfatning. Å se seg selv som objekt kan føre til at en beskytter seg dårligere mot krenkelser og til at en behandler egen kropp dårlig. Den som ser seg selv som objekt, eller blir behandlet slik av andre, har dårligere forutsetninger for opplevelse av sammenheng.

---

### Å være i sin egen kropp

Reklamen og pornografien fokuserer på kroppen som attraktiv for andre, som en mer eller mindre vellykket overflate ut fra noen standardkrav. Kroppen er ikke sterk, spennende og bevegelig innenfra. Når jeg vurderer min egen kropp i lys av reklamens og pornografiens kvinnebilder, ser jeg min egen kropp med de andres blikk. Men når jeg ligger naken på et svaberg og kjenner på en snill og mild vind, eller stuper i sjøen i måneskinn og smaker på saltvannet, eller jeg danser og gliser revet med av musikk og vin og venner, eller når jeg graver i tung jord og kjenner hvor sterk jeg er, eller når jeg elsker med den jeg vil elske med – da er jeg på innsiden av min egen kropp, og møter andre derfra. Reklamens og pornografiens røveri av dette forholdet til egen kropp er et røveri av liv og lyst i vid forstand. Og det forårsaker mye kvinnelig selvforakt, mange kroppslige og følelsesmessige plager og et svekket forsvar mot krenkelser.

---

Vi har tidligere beskrevet hvordan kvinner har både snevrere og andre rammer enn menn. En studie av 16-åringers oppfatninger av forskjellige mannlige og kvinnelige kroppsformer, viste at et mye smalere spekter av kvinnekropper enn mannekropper ble vurdert som attraktive (Hardey 1998). Dette er det nærliggende å koble til overdreven og helsefarlig slanking.

Kvinnelighet knyttet til å være attraktiv og å være omsorgsperson kan i noen generasjoner og miljøer innebære å ikke røyke, drikke lite alkohol og stelle pent med både seg selv og familien. I andre generasjoner og miljøer kan det å være attraktiv bety å holde seg slank (og derfor røyke og utvikle usunne spisevaner), eller å være ukritisk med på det omgivelsene ønsker av en (for

eksempel rusbruk eller seksuell oppførsel som ikke gjør godt). Å være omsorgsperson kan innebære sunne vaner og gode følelser, nettverk og tilhørighet – men også å være alene med ansvar og arbeid som sliter for mye både på kropp og sjel.

#### 6.1.4 Vi sosialiseres hele livet

Sosialisering er ikke bare oppdragelse i tidlig barndom. Vi formes også av mønstre for fordeling av arbeid, muligheter og makt og av kulturens mange uttrykk. Kvinneidentitet knyttet til relasjonsorientering og kvinnelighet symbolisert i kulturen som tilgjengelig, henger også sammen med kvinnelighet knyttet til arbeidsdeling, altså strukturelt kjønn (se kap 3). Hver enkelt kvinne gir hele tiden innhold til hva kvinnelighet er – men i samspill og kamp med rammer skapt av både tidlig oppdragelse, kulturens bilder og mønstre for fordeling av arbeid og makt. Vi kommer også til å se at den fysiske kroppen preger og preges av hvordan kjønn formes og forstås på ulike nivåer.

Kjønn som biologi, identitet, symbol og struktur (kap. 3) er dimensjoner som slik filtrer seg sammen i de enkelte kvinnenens liv, og i dette samspillet skapes også helse. Et eksempel kan være hvordan det er en del av kvinners omsorgsarbeid å forstå andres behov (struktur). Evnen til å forstå andre tolkes dessuten som en kvinnelig egenskap (symbol/kultur) og den inngår i kvinnens selvopfatning (identitet). Endelig kan denne arbeidsdelingen, egenskapen eller forventningen skape en kroppslig beredskap som kronifisert kan bli til smerter (biologi).

## 6.2 Familie, omsorgsarbeid og arbeidsdeling

---

Forskning på moderne parforhold de siste årene konkluderer med at likstillingsprosessen kjennetegnes ved tvetydigheter og motsetninger. Unge kvinner med nye idealer og mer utdanning har slått sterkt igjennom samtidig som særlig småbarnsperioden utløser forventninger som setter grenser for kvinner. Det er mindre forskjeller mellom fedres og mødres arbeidstid nå enn før, men fortsatt betydelige ulikheter. Andelen småbarnsfedre som har lang ukentlig arbeidstid er 34 prosent, mens dette bare gjelder 5 prosent av mødrene. Selv om småbarnsfedre bruker noe mer tid til husarbeid enn tidligere, er tidsinnsatsen for de fleste likevel fortsatt beskjeden.

Oppsummert kan vi si at kvinnene fortsatt tar hovedansvaret på hjemmefronten. Når menn deltar mer hjemme, er det i forhold til barneomsorg mer enn husarbeid. Flere har også beskrevet hvordan mange menn nyter godt av kvinners omsorg og tilgjengelighet, mens kvinner ikke kan regne med å få det samme tilbake. En studie Bäck-Wiklund (1996) beskriver tidspress og følelsen av tidsnød som et viktig konfliktområde i parforhold. Studien viser at tidspress rammer begge kjønn, men at håndteringen av tidspresset foregår svært ulikt. Kvinnene påtar seg skylden for ikke å strekke til, mens mennene framstiller tidsnød som noe andre skaper for dem. Dette er helt i tråd med det generelle mønsteret vi beskrev tidligere om at kvinner har tendens til å vende skyld innover mens menn oftere vender den utover. Svensk stressforskning (Lundberg 1996) viser at kvinner stresser opp når de kommer hjem, mens menn stresser ned, og at det samme mønsteret går igjen i helgene. Sårbarheten ved å ha barn – og å bekymre seg over om barna har det bra – er en vik-

tig dimensjon for mange kvinner (og sikkert mange menn) i lange perioder av livet.

---

### Fritid og fri tid

I boka «Time Bind», med den talende undertittelen «When Work Becomes Home and Home Becomes Work» analyserer Arlie R. Hochschild (1997) hvordan produksjonens (arbeidsmarkedets) tid siver inn i og legger premisser for den «frie» tiden. Ut fra observasjoner og intervjuer med både høy og lav i en stor og vellykket amerikansk bedrift, skildrer Hochschild en arbeidsplass hvor det er fristende å tilbringe stadig flere timer i uka, fordi den gir former for tilhørighet, anerkjennelse og oppmerksomhet som vi tradisjonelt forbinder med private sammenhenger. Samtidig, og som et resultat av de lange arbeidsdagene, oppstår en hjemmesfære som mer og mer ligner et tradisjonelt hardt arbeidsliv. Tiden fylles til trengsel med konkrete gjøremål som må organiseres i korte tidsbolker, handling, matlaging, vasking, kjøring av familiemedlemmer til diverse aktiviteter. Denne «fritiden» er tømt for feiring, tilhørighet, bekreftelser – men timeplanen inneholder kanskje en halvtime eller tre kvarters «kvalitetstid» med det minste barnet på et bestemt tidspunkt mandag, onsdag og fredag kveld. Det er på sin plass å spørre om Hochschild har helt dekning for sitt mest elegante poeng; at det har skjedd en ombytting mellom arbeid og hjem, slik at det er arbeidsplassens positive sider som forklarer stresset og manglene ved hjemmelivet. På dette punktet virker boka overbevisende når den beskriver mellomledere og toppsjefer, men for det store antallet arbeidere lenger ned i systemet, er det trolig mer nærliggende å tolke hennes beskrivelser mest som uttrykk for et mer brutalt og invaderende arbeidsliv enn hva vi er vant med i Norge. Slik beskriver boka «fritider» som er helt slavebundne av arbeidslivets krav, og som har adoptert den offentlige sfærens tidsorden hvor aktiviteter er ordnet i presise og standardiserte tidsbolker.

---

#### 6.2.1 Kroppslig beredskap

Ulla-Britt Lilleaas (1995, 1998, 1999) har i en årrekke forsket på kvinner med kroniske muskelsmerter og risikogrupper for slike smerter. (Kvinnens «ubestemte» helseplager beskrives også i kap. 9.) Ut fra den foreliggende kunnskapen om arbeidsdeling og –press, inntar hun et hverdagsperspektiv med kroppen i fokus. Hun spør hvilke kroppsvaner som skapes hos kvinner og menn i disse hverdagslivene, og hvilke konsekvenser kroppsvanene har for helsa. Med begrepet kroppslig beredskap fanger Lilleaas koblingen mellom organisering av hverdagsliv og helseplager.

Kroppslig beredskap kan beskrives som en på-vakt-situasjon, og er noe alle individer trenger og har tilgang til. Situasjoner som krever at man er i kroppslig beredskap kan være å ha svært syke mennesker i sin varetekt eller når man lever under en eller annen form for konstant press. Men også småbarnsforeldres situasjon kan innby til kroppslig beredskap. Det er grunn til å tro at kroppslig beredskap for andres behov er mer utviklet hos kvinner enn menn, ut fra den kjønnssoialiseringen og arbeidsdelingen vi har beskrevet ovenfor. Det er sannsynlig at en kropp i beredskap vil være en stivnet eller «holdt» kropp, og at denne holdtheten kan øke sjansen for å utvikle ulike symptomer. Kroppslig beredskap er noe alle mennesker har innebygget for å

kunne fornemme farer, og det er først når beredskapen inkorporeres som en vedvarende kroppsvane at risiko for dårlig helse oppstår.

Hovedansvaret for omsorgs- og husarbeid har to ulike sider. For det første innebærer det mer arbeid og mindre rekreasjon. For det andre innebærer selve typen arbeid en innordning, tilpasning og jenking til andre som under noen omstendigheter i seg selv kan utgjøre en helsefare. Innenfor Antonovskys helseteori (se 5.1.4) kunne vi kanskje si at situasjonen utfordrer både håndterbarhet og meningsfylde.

---

### Å håndtere den private tiden

Et viktig trekk ved den private tiden og ved tradisjonelle kvinneoppgaver, er at en strøm av uforutsigbarheter må koordineres, håndteres eller omprioriteres. Å strukturere hverdagstiden innebærer blant annet å lage et system som er så fleksibelt at det gir rom for alle de små og store oppgavene som må ta sin egen tid. Det passer aldri at barn våkner om natta, blir sjuke, slår seg og må på legevakten. Men også viktige gledelige begivenheter skjer uavhengig av timeplanen, og krever oppmerksomhet, innsats, tid. Poden kommer løpende inn og har faktisk lært seg å sykle. Eller har mistet sin første tann. Eller har kanskje til og med funnet et pinnsvin som holder på å bli overkjørt. En god omsorgsperson gir umiddelbart full respons på det og rydder bare diskret opp i at middagen ikke svir seg og at storebror blir hjemkalt til spising så han rekker senere gjøremål. Å ha ansvaret for å strukturere hverdagstiden, betyr å lage systemer som fungerer for oppgaver og begivenheter som med naturnødvendighet er uforutsigbare, og samtidig slik at dette kan kombineres med en mengde oppgaver og begivenheter som med like stor naturnødvendighet er forutsigbare. Alle, og især barn og syke, trenger regelmessig mat, søvn, kos, varme, vask. Den gode moren eller faren gir eksplisitt førsteprioritet til barnets tid (feiring av første sykkeltur), men holder samtidig fast i sitt eget og fellesskapets tidsforløp ved å gjøre det som må gjøres med tanke på den akutte fremtiden (snu fiskekakene og skru ned varmen slik at familien får akseptabel mat til rett tid) og jenke det som kan jenkkes (oppvaskmaskinen kan tømmes og kjøkkenet ordnes etter middag i stedet for under matlagingen som planlagt). Egen middagshvil kan gå ut.

#### 6.2.2 Tidsklemme og formidlingsarbeid mellom offentlig og privat sfære

Lønn er en viktig formidler mellom arbeidsliv og privatliv. Arbeidet blir til penger, som brukes av familien i fritida. Men formidlingsarbeidet skal gå den andre veien også. Private funksjoner må organiseres på en slik måte at folk stiller på arbeid til riktig tid og i arbeidsfør tilstand (noenlunde uthvilte, mette, rene). Også dette er i de fleste familier noe kvinnene tar eller får hovedansvaret for.

I en intervjuundersøkelse med kvinner som har utviklet kroniske muskelsmerter (Lilleaas 1995, 1998) rapporterte kvinnene at det var vanskelig å forene kravene i arbeidslivet med kravene fra familien. Og uansett alder, yrke og klassebakgrunn erfarte flertallet at hverdagen «ikke hang sammen». Flertallet sa dessuten at de alltid hadde hatt et dårlig forhold til sin egen kropp, og beskrev den som et «vedheng til hodet», som en «maskin», som «råtten» eller «i oppløsning». Dette er det nærliggende å knytte til avsnittet over om å være objekt. Den kroppen som først og fremst er et redskap for hardt arbeid

og tilfredsstillelse av andres behov, er tingliggjort. Det gir et dårlig utgangspunkt for å ivareta egen helse. Kvinnene sa også at de verken kunne eller fikk til å hente seg inn, og opplevde hvile som en form for latskap. Hvis ens eget verd som kvinne er helt avhengig av å være og gjøre for andre, så blir vel nettopp egenomsorg ganske vanskelig, kanskje til og med truende for selvbildet. Ettersom de intervjuede kvinnene gjorde hoveddelen av arbeidet hjemme, mente de også at økende krav til effektivitet og omstilling rammet dem i langt større grad enn mennene. Dette er også et moment lekfolkskonferansen som Kvinnehelseutvalget arrangerte (ref. vedlegg 5) la vekt på og ønsket en nærmere utforskning av.

Vi ser at summen av krav fra ulike arenaer innebærer et koordineringsproblem i hverdagen. Hvis man i tillegg ikke tar hensyn til kroppens behov for hvile og rekreasjon, kan dette til sammen utgjøre en trussel for kvinnens helse. Det som gjør det vanskelig å forutsi hvilke kvinner som er faresonen, er de individuelle forskjellene i å bearbeide omgivelsenes krav. Forskere mener like fullt å ha belegg for å identifisere iallfall en risikogruppe for kroniske smerter og andre stresssymptomer: Kvinner i full stilling som venter sitt andre barn og som verken får til en likeverdig arbeidsdeling med mannen eller tar hensyn til egne behov. Vi har tidligere (ref. 5.4) sett at deltakelse på mange arenaer er positivt, men altså ikke alle kombinasjoner eller former for deltakelse.

---

### Å formidle mellom offentlig og privat tid

Ansvarlige voksne i den private sfæren må utvikle systemer som ivaretar både de forutsigbare og de uforutsigbare sidene ved menneskelivet (se boks 6.5). I tillegg er det den private tiden som er pålagt hovedansvaret for formidlingen og tilpasningen mellom privat og offentlig tid. Barn skal ikke bare holdes mette og varme og uthvilte, og samtidig feires for sine melketenner og sykkelbragder. De skal også leveres eller skysses av gårde, ferdig stelt og riktig påkledd, til sine offentlige arenaer – skole, skolebuss, daghjem, barnehage – med matpakker og lekser og eventuelt påkrevde karnevalsklær eller solsikkefrø i sekken. Til riktig tid! Og det betyr iallfall tidsnok til at mor og/eller far rekker sine offentlige arenaer – lønnsarbeid – til riktig tid.

---

Spenningsforholdet mellom marked og privatliv kan tenkes å være en særlig utfordring for kvinnens opplevelse av sammenheng. Det er oftest hun som har hovedansvaret for å oppdage og dempe alle gnisningene mellom disse arenaene. Det er kanskje ikke så rart at kvinner med kroniske muskelsmerter, og de utgjør en betydelig andel av alle voksne, norske kvinner, opplever at hverdagen «ikke henger sammen».

Mange av kvinners helseplager og helseressurser kan knyttes til kvinners hverdagsliv, arbeidsdeling hjemme og på jobb, og hennes egne og andres forståelse og framstilling av kvinnelighet og kvinnekropp. Den enkeltes mulighet til å være subjekt i eget liv – kunne påvirke, kjenne etter og ha rom til å respektere egne ønsker og grenser, kan være avgjørende for hva slags helseeffekter noen bestemte rammer eller erfaringer får. Det er ikke alltid nok om moderne par har likestilling eller likeverd som utgangspunkt. De må også stille spørsmål ved hva det betyr å fordele ansvar på en slik måte at begge parter får anledning til å hente seg inn igjen og hvile. Det ligger en stor politisk

utfordring i å finne fram til rammer og ordninger som gjør det mer overkommelig å kombinere lønnsarbeid med småbarnsperiode og andre viktige omsorgsoppgaver privat. Dette er en problemstilling hvor utvalget mener det ville være mye å hente ved å ta folks egne erfaringer og ønsker mer systematisk i bruk, gjennom lekfolkskonferanser og andre former for innspill fra brukere og allmennhet.

### **6.3 Kvinnelighetens kropp og oppførsel**

---

Kvinner manipulerer egne kropper på mange dramatiske måter for skjønnhet og tiltrekningskraft, og sliter på egne kropper for å innfri egne og andres krav, men investerer også mye i sunn livsførsel både for seg selv og sine nærmeste. I dette spenningsfeltet må vi forstå kvinnens helseatferd.

#### **6.3.1 Mat – kosthold**

Kosten påvirker befolkningens helsetilstand, og dagens ernæringspolitikk er en integrert del av det helsefremmende arbeidet. Målet er å sikre befolkningen tilstrekkelig tilførsel av nødvendige næringsstoffer, samtidig som inntaket av mulig helseskadelige kostbestanddeler, fremmedstoffer og smittestoffer holdes på et forsvarlig nivå.

I løpet av de siste 20 årene har norsk kosthold blitt vesentlig magrere, noe som kanskje kan forklare en stor del av nedgangen i dødeligheten av hjerteinfarkt her i landet. Ut fra helsemål inneholder kostholdet fortsatt for mye fett, sukker og salt, og for lite stivelse, kostfiber og enkelte vitaminer og mineraler. Dette kan medvirke til en rekke lidelser. Man antar blant annet at 30–40 prosent av alle krefttilfeller kan forebygges ved riktig sammensatt kosthold og fysisk aktivitet.

De to nasjonale kostholdsundersøkelsene fra 1993, Ungkost og Norkost, viste likevel at en stor del av både den unge og den voksne del av befolkningen har et godt kosthold. Det inneholder tilstrekkelige mengder av de fleste viktige næringsstoffene, med unntak for vitamin D, samt jern og folat blant kvinner i fruktbar alder.

Undersøkelsene viste også at det er de med høy sosioøkonomisk status og gunstig livsstil for øvrig (ikke-røykere, mosjonister) som har det helsemessig mest gunstige kostholdet. Kvinner spiser oftere frukt og grønnsaker enn menn, men for begge kjønn gjelder at inntaket minker nedover i aldersklassene. I forhold til menn henter kvinner en mindre andel av energiinntaket sitt fra fett, sukker og alkohol, og en høyere andel fra proteiner og karbohydrater.

Forandring i sosiale forhold, arbeidsfordeling, familiestruktur og husholdningens prioritering av ressurser og tid påvirker kostholdet. Kvinner har tradisjonelt hatt hovedansvaret for hele familiens kosthold, og det er nærliggende at de store forandringene i kvinnens arbeid og deltakelse får innflytelse på kostholdet generelt. Samtidig er matvaremarkedet i stadig utvikling, både på grunn av internasjonalisering og teknologi- og produktutvikling. Vi vet for lite om hvordan kvinnens endrede stilling påvirker kostholdet. Det betyr nødvendigvis også mye for kostholdet at en betydelig andel norske kvinner til enhver tid slanker seg og at hva de putter i munnen nesten bare relatere til badevekten.

### 6.3.2 Mat – fedme

De siste årene har gjennomsnittsvekten og andelen overvektige i den voksne befolkningen steget, både i Norge og andre land. Det er beregnet at mer enn halve befolkningen i Europa i alderen 35–65 år veier mer enn ønskelig, og at fedme forekommer hos 10–20 prosent av menn og 15–25 prosent av kvinnene.

---

#### Kropps masseindeks og fedme

Kropps masseindeks (Body Mass Index, BMI) er et mål for forholdet mellom høyde og vekt. Kropps masseindeks regnes ut som  $\text{kg/m}^2$ , altså kroppsvekten delt på kroppshøyde i meter ganget med seg selv. En kvinne som er 1,65 høy og veier 63 kg vil ha en kropps masseindeks på 22,8, det samme vil en kvinne på 1,70 som veier 66 kg.

Kropps masseindeks i området 25–29,9  $\text{kg/m}^2$  betegnes som overvekt (kvinnen på 1,70 veier da mellom 72 og 86 kg), og  $30\text{kg/m}^2$  og over defineres som fedme.

---

Fedme øker risikoen for sukkersyke (diabetes type-2), hjertesykdom, sykdom i galleblæren, hjerneslag, lungesykdom, leddlidelser i knær og ryggstøyle og hos kvinner kreft i livmor og brystkreft etter menopause. Betydelig fedme kan også føre til sosial isolasjon og nedsatt arbeidsevne.

Teknologisk utvikling har gjort at vårt daglige energibehov har sunket. Vi spiser mindre enn før, men ikke lite nok i forhold til det reduserte energibehovet. Den sosiale årsaken til vektøkning på befolkningsbasis er med andre ord mangel på mosjon. På individnivå har arv stor betydning, men også sosial klasse. Det er særlig uttalt hos kvinner at overvekt er mest utbredt i lavere sosiale lag. Det trengs mer kunnskap om sammenhengen mellom overvekt og fedme på den ene side og trivsel, mentale helseproblemer og belastningslidelser på den andre.

Behandling av etablert fedme er vanskelig – her trengs forskning og utvikling av opplegg som bringer trivselsvekten varig tilbake. Som forebygging anbefales for begge kjønn først og fremst mosjon, eventuelt med en langsiktig og gradvis reduksjon av energiinntaket. Muligens er mosjon enda viktigere for kvinner enn for menn i forhold til ønskede virkninger på fettmetabolismen. Vi vet for lite om omfanget av slankeforsøk og om de helsemessige konsekvensene av disse i den norske befolkningen. Men slankemarkedet er stort; Grete Roede-kjeden og Cambridgekuren omsetter hver for 30 millioner årlig.

En annen grunn til å vektlegge mosjon særlig for kvinner, er at slanking er en risikofaktor for spiseforstyrrelser. En undersøkelse av amerikanske skolebarn viste at jentene opplevde seg selv som tjukkere, og guttene opplevde seg selv som tynnere, enn målingene skulle tilsi. Også foreldrene hadde større tilbøyelighet til å oppfatte jentene som fete. Den norske undersøkelsen Ungkost har vist at 10–20% av norske elever har et overvektsproblem ut fra kropps masseindeks (se ramme). Blant jentene mente langt flere, 56 prosent i videregående skole og 42 prosent i 7 klasse at de veide for mye. De tilsvarende tallene for gutter var 18 og 21 prosent.

Vi har med andre ord to typer vektproblemer: de overvektige av begge kjønn, som har behov for sunne, effektive og langsiktige slankemetoder, og

normalvektige jenter (og en mindre andel gutter) som har behov for å få justert sitt kroppsbilde og sine overdrevne magre idealer.

Kvinner skal fra naturens side kunne lagre energireserver i kroppen (hofter, bryst, bak) for å ha nok næring til amming. Anlegg for en viss rundhet er slik biologisk betinget.

### 6.3.3 Mat – spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser utfordrer oss i særlig grad, da de som lidelseskategori er sterkt preget av sosiokulturelle forhold. Lidelsene «sladrer om kulturen». Forekomsten av spiseforstyrrelser i vår kulturkrets avspeiler allmenne forhold til kropp og mat. (Se også spiseforstyrrelser under sykdomskapitlet, kap. 9) Disse lidelsene spissformulerer på patologisk vis det som er normalkulturen. Med sin sterkt kjønnet karakter, i overveiende grad en kvinnelidelse – kan spiseforstyrrelsene fortolkes som utsagn om jenters og kvinners sosialiseringvilkår. Mens ca. 2 prosent av den kvinnelige befolkningen antas å ha spiseforstyrrelser, er det i spørreskjemaundersøkelser blant jenter mellom 13 og 18 år en langt større andel (8–9 prosent) som rapporterer mange symptomer som vi forbinder med spiseforstyrrelser. I praktisk medisin bør man derfor ha en forståelse for at de kliniske diagnosene anoreksi og bulimi er ytterligheter av befolkningens og især den kvinnelige befolkningens betydelige vanskeligheter omkring kropp og selvfølelse (se også 6.1.3).

Det er dokumentert en betydelig økning av slike lidelser i vår kulturkrets siste 50 år, og forekomsten er høyest i miljøer med sterk vekt på kroppen som estetikk og mestring. Forekomsten av spiseforstyrrelser i en befolkning er også proporsjonal med forekomsten av slankeatferd i samme befolkning. Ved siden av at standardene for en attraktiv kvinnekropp er snevrere enn de tilsvarende kravene for menn, er kvinner biologisk mer utsatt for vektøkning. Dette biologiske forholdet representerer en risiko gitt kulturens krav om å være tynn. En tilfredsstillende forståelse av lidelsens kjønnet karakter forutsetter at vi inkluderer sosiokulturelle forhold. Vestlig kultur er sterkt preget av kravene til å manipulere kroppens ytre for å symbolisere mening og suksess. Den slanke kvinnekroppen er ikke bare attraktiv som en realisering av et skjønnhetsideal, men formidler også «dypere» meninger. I vestlig overflodskultur symboliserer slankhet selvkontroll og moralsk styrke. Ekstrem slanking kan føre til at naturlige kroppsfunksjoner opphører; uteblivelse av menstruasjon, svekket fertilitet og tendenser til beinskjørhet.

Den norske sosialantropologen Jorun Solheim (1998) tematiserer spiseforstyrrelser i forhold til hva hun kaller «den åpne kroppen», kvinners relative åpenhet og sårbarhet i forhold til menn. Dette er en kroppens åpenhet som kan være dels fysisk vold, overgrep, incest, men også symbolsk, den kvinnelige kroppen som bærer av tegn og som objekt for andres blikk og fortolkninger. Kroppslige praksiser som slanking og vegringens «nei» fungerer som konkrete og symbolske markeringer av grenser.

### 6.3.4 Alkohol- og narkotikamisbruk

#### 6.3.4.1 Alkoholmisbruk

Kvinner økte alkoholforbruket mer enn menn fra 1970 til 80-tallet, men menn drikker fortsatt omtrent to og en halv gang mer enn kvinner. Økningen i kvinners forbruk fram til midten av 80-tallet gis gjerne flere forklaringer. Kontinentale drikkevaner fikk innpass, med større forbruk av vin som er «kvinners»



alkohol. Flere kvinner fikk egen inntekt og innpass i mannsdominerte miljøer, og normene for akseptabel kvinnelig atferd ble mer liberale. De fortsatt store kjønnsforskjellene i drikkemønster har imidlertid vært stabile siden midten av 80-tallet, til tross for at kvinners selvstendighet har fortsatt å øke, og til tross for at alkohol er blitt stadig mer tilgjengelig. For begge kjønn øker konsumet med inntekt, og delvis med utdanning.

Et alkoholkonsum som over tid går ut over ens normale fungeringsevne både i forhold til arbeid og familieliv, vil også føre til fysiske helseskader på sikt. Alkoholmisbruk er derfor et svært sammensatt helseproblem. Ut fra totalkonsumet til de to kjønn rimer det at menn også oftere er tydelig beruset, og at alkoholmisbruk er mer utbredt blant menn. Samtidig tåler kvinner rent fysiologisk mindre alkohol enn menn. Vi vet også at alkoholbruk øker faren for å bli utsatt for vold, skader og seksuelle overgrep. Egenstyrking av unge jenter kan forebygge både rusbruk og seksuell risikoatferd.

Det er vist at kvinners drikkevaner henger nøye sammen med ektefellens alkoholforbruk, samtidig som kvinner med barn drikker mindre enn de uten barn. Relasjonene er viktige i kvinners liv, og familien kan altså fungere både som en pådriver til økt alkoholkonsum gjennom ektefellen, og som en beskyttelse gjennom omsorgen for barna. Mangel på meningsfulle roller er trolig en viktigere grunn til kvinners rusmisbruk enn det omvendte, altså at for mange roller skal forenes (Wilsnack 1984).

Kvinneklientenes relasjoner til andre går som en rød tråd gjennom mange forskningsarbeider (se 6.1.1). Mange synes å ha magre kvinnerelasjoner – til mødre og venninner – noe som kan medføre en større avhengighet av menns blikk og krav, problemer med grensesetting og en svak «hverdagslivskompetanse». Samtidig er skildringene av både tidligere og nåværende sterke relasjoner til menn mange, i betydningen relasjoner preget av dominans, makt og overgrep. Dette er livserfaringer som medfører skam, selvforakt og sårbarhet, følelser som misbruksproblemer kan forsterke. Det er også påvist en overhyppighet av personlighetsforstyrrelser hos kvinner som misbruker alkohol.

Omfanget av kvinners rusproblemer er vanskelig å fastslå. I behandlingssapparatet er en snau tredjedel av klientene kvinner, men mye tyder på at kvinner oftere enn menn skjuler sitt misbruk. Dette kan skyldes både at rusmisbruk oppfattes som enda mer skammelig hos kvinner, og en reell frykt for å komme i barnevernets søkelys. Samtidig foregår kvinnenes problemutvikling hurtigere enn mennenes både fysiologisk og sosialt, slik at de ganske fort pådrar seg helseskader og sosiale problemer. I tillegg kommer at mange av kvinnene har omsorgsansvar for barn. Alt dette gjør at det er særlig viktig å utvikle adekvate behandlingstilbud som når kvinner tidlig i misbruket.

#### **6.3.4.2 Narkotikamisbruk**

Jentene har tatt igjen guttene i andelen som noen gang har forsøkt cannabis, 18 prosent ved 18-årsalder (Friestad og Røysand), mens misbruk ser ut til å forekomme i langt større grad blant menn enn kvinner. Den årlige økningen av nye sprøytemisbrukere stoppet opp mot slutten av 80-tallet, men har igjen økt på 90-tallet (Bretteville-Jensen 1994). I 1990 ble antallet aktive sprøytemisbrukere anslått til 4–5000 personer, hvorav ca. en tredjedel var kvinner.

De relasjonelle årsakene som er nevnt i avsnittet om alkoholmisbruk, er også avdekket i forhold til narkotika. Det framheves at mellommenneskelige forhold har en annen betydning for kvinner, og at svake familieband derfor er en større risikofaktor for dem. Betydelig flere misbrukende kvinner har vært

utsatt for seksuelle overgrep i barndom og oppvekst enn ikke-misbrukere, de rapporterer mer problemer i oppvekstfamilie og få har utviklet sterke venninnerelasjoner i oppvekst. Også for narkotika gir en misbrukende partner dårlig prognose for behandling.

Stoffmisbrukende kvinner er særlig utsatt for uønskede svangerskap og aborter. På grunn av manglende prevensjonsbruk og destruktiv livsførsel har de også oftere dårlig immunforsvar. De er dermed svært utsatt for underlivskomplikasjoner og for hiv. Overdødeligheten er høyere blant kvinnelige enn blant mannlige stoffmisbrukere, og opptil 100 ganger høyere enn for befolkningen generelt.

#### **6.3.4.3 Kvinnerettet forebygging og rusbehandling**

De gjennomgående funnene om kjønnsforskjellers betydning for behandling, er oppsummert slik (Jarvis 1992):

- ulikheter med hensyn til konsekvenser for fysisk helse,
- flere barrierer og mindre sosial støtte for kvinner som søker behandling,
- høyere forekomst av rusmisbrukende partner blant kvinnene,
- mer opplevelse av sosial stigmatisering og
- større utsatthet for vold og seksuelt misbruk hos kvinnene.

Ofte konkluderes det med at det trengs flere rene kvinnerettede tiltak. I tillegg kommer at mange har omsorgsansvar som de kan være redde for å miste. Det er også vist at i kjønnsblandet behandling blir svært mye av oppmerksomheten rettet mot de mannlige klientenes behov, og at kvinnene fort påtar seg service- og hjelperoller overfor mannlige medklienter. Slik kan kvinnenes «være-for-andre-orientering» – som kanskje er en viktig bit av problemet – opprettholdes i behandlingsapparatet. Samtidig viser flere nordiske behandlingsstudier at kvinner hyppigere fullfører institusjonsbehandling og at flere kvinner enn menn er stofffrie ved oppfølging.

Sentrale stikkord for å forme behandlingstilbudet ut fra kvinners problemer og behov er kunnskap og fleksibilitet. Tiltakene baseres på kunnskap om typiske kvinneproblemer som problematiske parforhold, overgrep og barnevern. Behandlerne må være særskilt på vakt mot å påføre kvinnene enda mer skyldfølelse, for eksempel dersom behandlingsprosessen ikke forløper slik behandleren skulle ønske. Mange kvinner vil trenge en skjerming i forhold til mannlige medklienter, muligheter til å bli kjent med seg selv og egne grenser, og med andre kvinner. Kvinnene må tilbys en trygg og varig relasjon til behandler, også gjennom kriser, sprekker og kaos. Mange kvinner vil også trenge hjelp til å ta igjen det de har mistet eller aldri fått av hverdagslige praktiske og sosiale ferdigheter. Noe av denne kompetansen er kvinnespesifikk. Endelig må behandlingstilbudet være fleksibelt, og kunne tilpasses kvinnenes ulike livssituasjon, omsorgsforpliktelser og parforhold.

For svært mange kvinner vil poliklinisk behandling dekke mange av disse behovene. Slik behandling kan også tilbys svært tidlig i forløpet, og for en del kvinner nesten bli å betrakte som forebygging. Primærhelsetjenesten og psykiatrien må bli bedre skolert i å kartlegge kvinners rusvaner på et tidlig stadium, og ikke bidra til å ytterligere forsegle problemene med bare å ordinere medikamenter. Både arbeidsgivere og familiemedlemmer bør oppmuntres til å støtte kvinner i å søke behandling så tidlig som mulig. På et helt generelt plan er det viktig å støtte opp om utviklingen av gode venninnerelasjoner og trygge oppvekstkår.

### 6.3.5 Røyking

Røyking er en sentral risikofaktor i forhold til en rekke sykdommer og helseplager (se også kap.9). Det er også dokumentert at røyking under svangerskap fører til økt risiko for fosteret. Tidligere har normer for kvinnelighet, og kanskje også kvinners hverdagsliv og mangel på egne penger, beskyttet kvinner mot røyking (se også 6.1.3). I hele den vestlige verden er imidlertid kjønnsforskjellene i røykevaner i ferd med å forsvinne. Fra midten av 70-tallet og frem til i dag har andelen mannlige dagligrøykere i Norge sunket fra 51 prosent til 33 prosent mens andelen dagligrøykende kvinner har ligget på rundt 33 prosent hele tiden. Det er påvist en tendens til at unge jenter nå røyker mer enn unge gutter, særlig i de store byene, noe som kan være starten på en utvikling hvor kvinner vil røyke mer enn menn.

Ved århundreskiftet var det ikke sosialt akseptabelt for kvinner å røyke, og det er hevdet at retten til å røyke ble en symbolsak i den gryende kvinnefrigjøringen. Det var yrkesaktive kvinner med lang utdanning, posisjon og makt som først begynte å røyke. Dette er i dag helt forandret. Dagens typiske kvinnelige røyker har lav utdanning, lavstatusjobb, dårlig økonomi, hun er enslig, separert eller skilt, og oftere eneforsørger enn ikke-røykende med søstre. Sannsynligvis er det andre mekanismer som opprettholder kvinners røyking i dag enn de som opprinnelig førte til at stadig flere kvinner begynte å røyke.

Det er holdepunkter for å hevde at det finnes kjønnsforskjeller i årsaken til at ungdom begynner å røyke, og i motivasjonen for å fortsette å røyke. Røyking er en vane som i det vesentlige tas opp i ungdomstiden – de fleste røykere begynner å røyke før de fyller 18 år. Røykestart hos ungdom påvirkes av personlige, sosiale og sosiokulturelle forhold. Ungdom som søker spenning og risiko, som har lav selvtillit eller stort behov for opprør og protest begynner oftere å røyke. Viktigst er sosiale faktorer som venners og foreldres røykevaner, lave utdanningsambisjoner, opplevelse av seg selv som skoletaper. Enkelte studier har vist at jenter lettere lar seg påvirke av sosialt press. Både mors og venners røykevaner betyr mer for røyking blant jenter enn blant gutter. Dette kan forstås som en risiko eller sårbarhet knyttet til kvinners relasjonsorientering. Trolig har også kvinners opptatthet av sin egen kropp som attraktiv for andre en betydning for røykevaner. En studie av norsk ungdom finner at jentene har et mer negativt kroppsbilde enn guttene, og at slankeforsøk, opptatthet av vekt og kroppsbilde har betydning for røykestart blant unge jenter, men ikke for unge gutter.

Det empiriske grunnlaget for å forklare at voksne kvinner fortsetter å røyke er begrenset, ettersom de fleste studier er rent beskrivende. I en undersøkelse ser det ut til at de som fortsetter å røyke har liten interesse for helse og er redde for å gå opp i vekt. Andre undersøkelser viser imidlertid at de fleste dagligrøykere, og spesielt kvinnene, har et ønske om å slutte. En endret kvinnevern med konstant press både hjemme og på jobb har vært lansert som forklaring. Det er også vist at kvinner med omsorgsoppgaver, både i hjem og yrke, røyker oftere enn andre kvinnegrupper. Dessuten er også voksne kvinner relasjonsorientert i røykeatferd – partners røykeatferd har stor innflytelse på hennes.

Til tross for omfattende teoretisk og empirisk kunnskap om røykeatferd, er kjønnsforskjeller i mindre grad studert. Kvinners redsel for vektøkning, samt psykososiale faktorer som stress, negative emosjoner og dårlig nettverk er faktorer som bør undersøkes nærmere. Det er lite eller ingen forskning på eventuelle kjønnsforskjeller i motivasjon for og evne til røykekutt. Det er imi-

dlertid vist at emosjonelle budskap rettet spesifikt mot jenter har hatt best effekt nettopp på jenter. Holdningskampanjer har imidlertid oftest bare en kortvarig virkning. Kanskje kan man oppnå en mer langvarig virkning ved å bedre det generelle psykososiale miljøet for unge jenter i skolen (se 5.3.3). Strategier og virkemidler må være bedre rettet inn mot målgruppen. Kvinner og menn ser ut til å tilhøre ulike helsekulturer, og ha ulike motiver for røyking og røykeslutt. Tiltak må utformes i tråd med dette.

### 6.3.6 Fysisk aktivitet, mosjon og idrett

Mosjon kan bidra i forebygging og behandling av blant annet hjerte-kar-lidelser, diabetes type 2, tykktarmskreft, beinskjørhet, angst og depresjon (de ulike plagene er omtalt i kap. 9). Det fins holdepunkter for at mosjon styrker selvbildet og øker mestringsevnen, og kan bedre nettverk, sosial kontakt og trivsel. Fysisk inaktivitet forsterker aldringsprosessen.

Uheldige helsepåvirkninger fra overdreven trening inkluderer akutte skader, belastningslidelser, spiseforstyrrelser, treningsindusert astma, endokrine forstyrrelser (inkludert lavere fertilitet), beinskjørhet (hos toppidrettskvinner i fertil alder) og doping. Det kan ligge helsegevinster i å nedtone konkurranseaspektet ved idrett, og legge sterkere vekt på behag, spenning og tilfredsstillelse ved å være i bevegelse.

Variert regelmessig moderat fysisk aktivitet er gunstig for kvinners allmennhelse, og man kan få det meste av helsegevinsten ved en daglig halvtimes tur i rask gange. Fysisk aktivitet kan bidra til både spenning og utfordring og til avspenning og ro. Skal aktiviteten bidra til å øke kvinners livskvalitet er det vesentlig at kvinnen selv opplever deltakelsen som positiv og en berikelse for eget liv. Mange – både kvinner og menn – opplever fysisk aktivitet som tidkrevende og kjedelig. Kvinner er ikke like konkurranseorienterte som menn, og trener i større grad for å ta vare på helsen og slanke seg. De deltar mer i mosjon enn idrett, og lar seg ikke underholde av idretten på samme måte som menn. Men flere kvinner enn menn går på tur, og det er en helseressurs.

Det vil kunne gi store gevinster i norsk helsestrategi å fokusere spesielt på kvinners fysiske aktivitet. Dette forutsetter kunnskap om hvilke forhold som bidrar til at kvinner innarbeider fysisk aktivitet i sine hverdagsliv over tid. Sosio-kulturelle faktorer har en viktig rolle. Samliv, barneomsorg, studier og etablering i arbeidsliv ser ut til å påvirke aktiviteten, og kan slå ulikt ut for kjønnene. I en norsk studie oppga for eksempel flere kvinner enn menn at de trengte barnepass for å delta i fysiske aktiviteter. I aldersgruppen 20–29 år er det store forskjeller på aktivitetsnivået blant kvinner og menn med omsorg for barn. Mens halvparten av småbarnsfedrene er regelmessig aktive, gjelder det bare en firedel av småbarnsmødrene. Dette kan forstås i lys av arbeidsdelingen, relasjonsorienteringen, forholdet til tidspress og til egne behov som er skildret tidligere i kapitlet. Det kan være grunn til å bygge opp sosiale nettverk for å tilrettelegge gode tilbud for kvinner.

Verken organisert idrett eller kommersielle treningssentre synes å ha tilbud som appellerer til de over 50, eller til mødre og familier sammen med barna. Å finne fram til gode tiltak og tilbud til kvinner i ulike livsfaser og –situasjoner, vil gi stor helsegevinst.

## 6.4 «Kvinne(p)syke»: Kvinnelighet og psykisk helse.

---

Flere fagtradisjoner forholder seg til kvinners – og menns – psykiske helse, men ofte uten et kjønnsperspektiv. Vi vil her drøfte hvorfor vi mener det er en grunnleggende forutsetning for en psykologisk forståelse av kvinner, og for tilrettelegging av tjenester som tjener kvinner. Psykologifaget er en grunnleggende premisslevarandør til forståelsen av individuell utvikling og normale psykiske prosesser. Både psykologifaget og psykiatrifaget (som er en spesialgren av medisinen) forsøker dessuten å forstå hvorfor psykiske problemer og lidelse oppstår, og lager modeller for hvordan de kan behandles. Enda flere faggrupper er med i behandling av mennesker med psykiske lidelser, for eksempel psykiatriske sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Barne- og ungdomspsykiatrien har alltid vært opptatt av kjønn, fordi man har sett at små gutter og små jenter uttrykker psykiske problemer på ulike måter. Barnepsykiatrien har også vært spesielt opptatt av familiens, og særlig morens betydning for barns utvikling, og den har i den senere tid også vært i frontlinjen i forhold til å fokusere på menneskers iboende ressurser og mestringspotensiale. Vi har derfor hentet noe kunnskap også fra denne fagtradisjonen.

En rekke relevante sider ved kvinnelighet og kvinners liv drøftes som generelt helsefremmende eller helsebelastende i kapitlene 5 og 6. Mange av disse forholdene vil også ha betydning for kvinners psykiske helse.

### 6.4.1 Empirisk oversikt

Avsnittet om psykiske lidelser i sykdomskapitlet viser at kvinner har en noe høyere forekomst av psykisk sykdom enn menn. Kvinner lider oftere av depresjoner og angst og bruker mer nervemedisiner enn menn. Kvinner sykemeldes og uføretrygdes oftere med en psykiatrisk diagnose, og oppsøker oftere familiekontorer og psykiatrisk poliklinisk behandling. Samtidig er det flere menn som begår selvmord og som har alkoholproblemer.

### 6.4.2 Ulike livsfaser – ulike kvinneliv – ulike utfordringer

Mye av grunnlaget for god psykisk helse legges tidlig i livet. Samtidig vet vi at viktige livshendelser, ulike livsfaser og –situasjoner kan ha avgjørende betydning for både belastninger og mestringsmuligheter. I grupper som opplever store belastninger, er det ofte de som har hatt psykiske problemer tidligere som klarer seg dårligst. Noe handler altså om sårbarhet personen har med seg. Men det er også funnet en klar sammenheng mellom forekomst av mer enn en alvorlig livshendelse i kvinners liv, og behandlingstrengende depresjon i året etter. Psykiske problemer er hos begge kjønn mest utbredt blant de som lever i de laveste sosiale lagene. Livssituasjon og -forløp er med andre ord også svært viktig for psykisk helse. Noen hovedmomenter er:

I spedbarn- og barnealder står utvikling av tilknytningsevnen til andre individer sentralt for forebygging av seinere problemer. Noen barn ser ut til å rammes sterkere enn andre av de samme psykososiale risikofaktorene. Begrepene «motstandsdyktighet» (*resilience*) og mestring gir forståelse som vanskelig kan nås ved å fokusere hovedsaklig på problemer (Grøholt, Gjærum, Sommerschild 1998). Mestring kan både henge sammen med ytre og indre ressurser. Sosiale nettverk, evne til å knytte seg til andre, følelsen av

å kunne noe og stabile levekår fremmer mestring. For mange kvinner kan det være av vesentlig betydning både for henne og for barnas utvikling at hun mestrer morsrollen.

Forskning i USA (op.cit) har vist at det er mulig å identifisere de familiene som er i størst risiko allerede når barnet er nyfødt eller mens moren er svanger, sette inn tiltak for å bedre især morens omsorgsevne for disse barna, og derigjennom redusere andelen barn som får problemer. I Sverige har forskere vist at noen mødre med kjent psykisk sykdom, mødre som er helt alene med barna sine uten kontakt med barnefar overhodet, eller som har tre eller flere ulike fedre til sine barn, mødre som er rusavhengige, eller mødre som blir med barn i alt for ung alder ofte blir storforbrukere av alle typer helsetjenester og opplever adferdsproblemer hos barna (Sydsjø 1992). Intervensjoner overfor disse utsatte familiene kan dreie seg om å tilby mødrene praktisk støtte sammen med kognitiv læring av sosiale ferdigheter, f. eks. adekvat barneomsorg og tilknytning. Fordi det er kvinnene som påtar seg det meste av omsorgsarbeidet, er det en stor samfunnsmessig utfordring å styrke disse kvinnenes omsorgsevne. Mer kunnskap om hva som fremmer mestring hos kvinner med omsorgsansvar er svært viktig å skaffe til veie, ikke minst fordi gevinsten blir både bedre kvinnehelse og bedre helse i neste generasjon.

Hos unge tenåringsjenter kan psykiske helseproblemer oppstå i forbindelse med dårlig selvbilde, som kan føre til ubeskyttet eller udiskriminerende seksuell liv, spiseproblemer, begynnende misbruk av alkohol og andre rusmidler, og selvmordsforsøk.

Voksne kvinner i akutte situasjoner, for eksempel i dramatiske samlivsbrudd, kan trenge særskilt støtte. Innvandrerkvinner kan føle seg isolerte eller truet i konflikter mellom ulike kvinnelighetsnormer. Middelaldrende kvinner kan ha psykiske konflikter rundt barns løsrivelse, forhold til arbeid, eller tap av ektefelle gjennom skilsmisse eller død. For noen av disse kvinnene er det få andre steder enn i samliv de har lært å føle seg verdifulle eller oppleve at livet gir mening.

Eldre kvinner kan oppleve ensomhet, depresjon i forbindelse med nedsatt førhet, eller i forbindelse med sansetap. Noen studier viser at somatisering (å klage over kroppslige symptomer) er vanligere blant kvinner enn menn. Men fordi det er flere kvinner blant de eldre, er det også flere kvinner som har reelle somatiske problemer. Depresjon er mest utbredt blant eldre, både kvinner og menn, mens angst er mer vanlig hos kvinner i alle aldre.

Noen psykiske lidelser er spesifikke for kvinner, som for eksempel depressive sorgreaksjoner ved spontanabort og dødfødsel og de mentale sidene ved svangerskapskvalme, fødselsdepresjon og psykose etter fødsel. Noen er plaget av premenstruelt syndrom; en sterk følelse av sinne, nedstemthet eller fysiske plager rett før menstruasjonen. Felles for disse lidelsene er at de defineres ut fra når symptomene oppstår mer enn hva de oppleves som, og at de ser ut til å henge sammen med raske fall i de kvinnelige kjønnshormonsnivåene. Forhold knyttet til reproduksjon, som infertilitet og provosert abort er hos noen også knyttet sterkt til tabuer. Tap av barn i dødfødsel eller spontan abort er ikke så tabubelagt, men likevel sterkt knyttet til sorgreaksjon og noen ganger depresjon.

### 6.4.3 Kvinneforskningens fagkritikk

I artikkelen «Kjønn som forsvant? Om betydningen av kjønn i psykologien» (1992) oppsummerer Andenæs, Folgerø Johannessen og Ødegård kritikken

av kjønnsforståelsen i psykologien på en god måte, og vi velger derfor å gjengi et langt sitat:

«På 1970-tallet kritiserte feministene psykologifaget for å ha et fordomsfullt kvinnesyn som idealiserte kvinners underordning. For eksempel tilsa den kulturelle konvensjonen at kvinner var best egnet til å ta seg av barn, og det samme gikk fram av utviklingspsykologien. Farens oppgave var å støtte moren og så komme sterkere inn i bildet når barnet ble litt eldre. Den kulturelle praksis ble gjort til en psykologisk lov for det gode liv (Haavind 1987). Slike forestillinger ble angrepet av feminister som ønsket en annen organisering av arbeid og omsorg, med større fellesskap mellom kvinner og menn og større samfunnsmessig ansvar for barns oppvekstvilkår. Faget ble også kritisert for sine innslag av åpenbar nedvurdering av kvinner (Chesler 1972).

Psykologifaget ble ikke i samme grad som andre samfunnsfag kritisert for å ha *oversett* kvinnene. Kvinner hadde allerede en sentral rolle innen psykologisk forskning og teoridannelse – som mødre. Det var selve *kvinnesynet* som dannet utgangspunkt for feministenes kritikk, og det ble hevdet at fagets kvinnesyn bidro til å legitimere et sosialt arrangement der kvinner var underordnet menn.

Denne kritikken ble langt på vei tatt til følge. Man forsøkte å viske bort gamle, fordomsfulle oppfatninger om kvinner og menn, og forsøkte å unngå beskrivelser der arbeidsdelingen mellom kjønnene ble tatt for gitt. De fleste psykologer tilstreber i våre dager kjønnsnøytralitet; de forsøker å unngå å ha forutinntatte meninger om hvordan kvinner og menn er eller bør opptre. I bøker og artikler fra 1980-årene er kjønns spesifikke betegnelser skiftet ut med «en av foreldrene», «den primære omsorgsperson», «den betydningsfulle andre» eller «oftest moren».

Feministenes krav om at psykologifaget skulle legge større vekt på mødres livssituasjon og det skjeve maktforholdet mellom kvinner og menn, ble derimot *ikke* innfridd. Her går det et viktig skille mellom den retning psykologisk kvinneforskning og psykologifaget for øvrig har tatt etter 1970-årenes kritikk. Mens psykologifaget arbeidet for å skape større nøytralitet i forståelsen av kvinner og menn, forsøkte kvinneforskere å integrere analyser av kjønnsbaserte maktforhold i fagets forståelse. Dette får blant annet konsekvenser for den terapeutiske praksis. Ved å utelukke analyser av maktforhold mellom kvinner og menn, slik for eksempel den systemteoretiske familierapi gjør, blir psykologiske analyser lett en gjentakelse av kulturens tolkninger, for eksempel ved å hevde at det hun og han gjør går opp i opp (Andenæs 1986). De terapeutiske intervensjoner opprettholder maktforholdet mellom kjønnene, og gir inntrykk av at det er de overinvolverte partene i en familie som skaper problemer – samtidig som man holder på et begrepsapparat der verken kjønn eller makt inngår (Thoresen & Lindvåg 1990, Walters et. al. 1988).»

Problemer i forholdet mellom kvinner og menn, eller mellom kvinner og arbeidsliv eller det øvrige samfunnet, kan bli tolket og definert som hennes psykiske sykdom. Slik kan helsetjenesten komme til å fastlåse og forsterke kvinnens problemer. Et sentralt spørsmål som kritikken mot den tilsynelatende kjønnsnøytraliteten har reist, er om fagets forsøk på å kvitte seg med normative oppfatninger om kvinner og menn har resultert i at kulturelle normer for maskulinitet er blitt abstrahert til en norm for menneskelighet.

#### 6.4.4 Kvinnens ressurser – salutogenese

Det særegne ved psykologisk kvinneforskning er altså at innsikt i kjønnsystemets strukturelle, symbolske og relasjonelle uttrykksformer trekkes inn i forståelsen av det individuelle. I tilknytning til dette legges stor vekt på å få fram og bygge på den kvinnelige pasientens egen opplevelse av sine livsbetingelser og muligheter. Andenæs, Folgerø Johannessen og Ødegård skriver:

«Ofte blir de sosiale konsekvensene av måten kvinner forsøker å realisere sine intensjoner på, langt mer synlige enn intensjonene. Både andres og deres egne fortolkninger preges ofte mer av konsekvensene enn av intensjonene, og skjuler ved det kvinnens indre logikk. Nettopp derfor er det nødvendig å utforske hva kvinnen prøver å utnytte, motarbeide og oppnå – hva hennes livsprosjekt dreier seg om. Dette er også nødvendig for å forstå hva som virker særlig krenkende (Dahl 1989, Ødegaard 1991).

Når kvinnen forblir i mishandlingsforhold, er det nærliggende å se henne som et passivt, svakt og elendig offer. Men grundige studier av interaksjonen i parforholdet, der hennes intensjoner utforskes, gir et inntrykk av utholdenhet og verdighet hos kvinnen. Det er dette som gjør at hun ikke gir opp. Hun gir ikke opp å få mannen til å se henne som en person.

*Utvalget mener at møter med kvinner i psykisk nød må legge vekt på tilnærminger som anerkjenner deres eget syn på, ønsker om og meddelelser om problemet som er utgangspunktet for hjelpen. Bedre mulighet for intensiv hjelp helt tidlig i forløpet av lidelsen er viktig for å forebygge kronifisering og tilbakefall. Det er viktig at den innsikten som det å arbeide med kvinnefokusert terapi har gitt, og som har vist seg å være meget virksom i terapi, blir et verktøy som mange behandlere kan håndtere. Dette er viktig fordi den fokuserer på kvinnens handlekraft, på en måte som er sensitiv for den sammenheng hun lever i.*

#### 6.4.5 Seksuelle og voldelige overgrep

Mange av de kvinnene som oppsøker psykiatrien for hjelp har en historie med overgrep, seksualisert vold eller incest (ref.6.5). Dette er tabubelagte overgrep hvor ofrene ofte påtar seg skyld, føler sterk skam og har hemmeligholdt overgrepene over lang tid. I behandlingen av kvinnelige psykiatriske pasienter er dette forhold som i for liten grad erkjennes, avdekkes og møtes med god nok kompetanse.

Risikoen for å bli hjelpesøkende innen psykiatrien øker med utsatthet for overgrep, og mest ved samleielignende overgrep før 12 års alder. Samfunnet trenger en grunnleggende holdningsendring til kvinnelig seksuell selvrådrett, og de enkelte kvinnene trenger en kompetent terapeutisk tilnærming.

Samtidig hevdes det at voldelige overgripere ofte selv har vært utsatt for vold og overgrep i barndommen. Det er derfor viktig å arbeide med voldsproblematikk også i forhold til forebygging av psykisk lidelse.

*Utvalget mener at man må ta hensyn til at unge jenters oppvekst er mer utsatt enn gutters når det gjelder risiko for seksuelle overgrep og misbruk. Der man finner risiko for slike overgrep, er det viktig å etablere tett kontakt med foreldre og barn, og fleksible løsninger og god støtte til den som er utsatt og hennes omsorgspersoner. Ofte er det viktig å gi barn en opplevelse av at det finnes noen som er interessert og tilgjengelig utenfor familien. Forebyggende arbeid med generell diskusjon om barns og voksnes behov og grenser i regi av helsestasjon overfor alle foreldre, også de med noe større jenter, kan være viktige gruppeprosesser for å oppdage eller forebygge overgrepssituasjoner. Det er av avgjørende betydning for kvinnens*



*helse å få bedre innsikt i strategier som kan forebygge overgrep, og forhindre varige skader der overgrep har funnet sted.*

#### **6.4.6 Arbeidsmiljø og psykisk helse**

Mobbing, seksuell trakassering og forbigåelse er kvinnespesifikke arbeidsplassproblemer som omsorg for arbeidshelse må ta alvorlig. Arbeid med lite kontroll over arbeidssituasjonen og samtidig store krav, fører til større psykiske belastninger og gir dårligere helse, enn jobber med stor autonomi som gir en opplevelse av mestring. Ukontrollerbart jobbstress sammen med større enn gjennomsnitts omsorgskrav i hjemmet ser også ut til å være en dårlig kombinasjon for mental helse. Det er også i størst grad kvinner som opplever seksuell trakassering i arbeidsforhold.

*Utvalget ser det som viktig at ansatte i typiske kvinneyrker og i underordnede stillinger får økt innflytelse over egen arbeidssituasjon, og at partene i arbeidslivet aktivt motarbeider diskriminering og trakassering av kvinner på arbeidsplassene.*

#### **6.4.7 Kronisk eller alvorlig sykdom og uførhet**

Mennesker med langvarig eller alvorlig somatisk sykdom har eller får ofte en viss grad av psykiske problemer. Kvinner med invalidiserende funksjonshemming kan ha store psykososiale problemer knyttet til kjønnsidentitet, siden kvinner ofte knytter verdier til utseende og /eller morsrolle. Tilsvarende kan gjelde ved alvorlig hudsykdom, ettersom utseendet ofte oppleves som mer avgjørende hos kvinner. Dessuten er psykiske problemer ofte et resultat av eller koblet til sykdommer som gir kronisk smerte. Noen slike sykdommer, som kroniske underlivssmerter, kan ha psykiske komponenter både som årsak, for eksempel tidligere opplevelse av overgrep eller seksuelt misbruk, og som effekt; kvinner med kroniske smerter blir i tillegg ofte deprimerte. Mange somatiske sykdommer gir dessuten angstskapende eller sosialt invalidiserende symptomer, som epilepsi eller urininkontinens, der angst for pinlige sosiale situasjoner med tap av kontroll kan isolere kvinnen fra omgivelser og nære relasjoner.

Noen kvinner opplever å bli rammet av alvorlige og til dels livstruende sykdommer. Den sykdommen mange kvinner frykter mest, er sannsynligvis brystkreft. Brystkreft medfører både tap av et tradisjonelt «kvinnelig» og seksualisert organ, frykt for invaliditet og død, og psykologiske omkostninger ved vanskelige og til dels plagsom behandling. Men også andre alvorlige sykdommer, som livmor- og eggstokk kreft har samme type problematikk. Tradisjonelt har medisinen kun beskjeftiget seg med det somatiske utfallet av slike sykdommer, men kreftforeningen og andre støttegrupper har i den senere tid demonstrert hvor viktig helhetlig tilnærming, inkludert sosial og psykisk støtte, har for disse pasientkategoriene.

*Utvalget mener det er behov for mer kunnskap om hva som er riktig og virkningsfull helhetlig intervensjon overfor kvinner med invalidiserende, kroniske somatiske og psykosomatiske lidelser. Kvinner er ofte tapere på omsorgssiden når de selv trenger omsorg.*

#### **6.4.8 Kvinneinnretning på behandling og forskning**

Psykisk helse skapes i samspill mellom psykologiske, biologiske, sosiale og kulturelle forhold. På alle disse nivåene er det påvist kjønnsforskjeller som

kan ha betydning for både forekomst, opplevelse og behandling av psykiske problemer. Like fullt har norsk psykiatrisk og psykologisk fagmiljø bare i liten grad en pågående diskusjon om kjønnsperspektiver i faget. Den feministiske kritikken kan bli sett på som brysom og vanskelig. Vi ser det som en stor utfordring for alle som arbeider med psykiske problemer hos kvinner å forholde seg mer aktivt til kjønnsperspektivet i forståelse og behandling av psykiske lidelser.

En kvinnesentrert terapi bør være opptatt av å utvikle terapiformer som tar høyde for kvinners liv, og som trekker fram forståelse av overgrepshistorier og samlivstraumer. Behandlingstilbud må også rent praktisk tilrettelegges på måter som kvinner har anledning til å benytte seg av. Å legge kjønnsperspektiv på forståelse og behandling av kvinners psykiske plager krever kunnskap-utvikling, men også at profesjoner og behandlingsapparat åpner for, tilegner seg og tar i bruk den kunnskapen som allerede finnes

---

### Forum for kvinneterapi

Forum for kvinneterapi har siden 1985 arbeidet med både individual- og gruppeterapi.

«De har hele tida hatt et dobbelt siktemål med sin virksomhet: å utvikle best mulig terapi for den enkelte og å utvikle sin erkjennelse om overindividuelle mønstre av kjønnssystemets betydning. Selv om det er åpenbart at denne kombinasjonen er fruktbar for begge virksomheter, er det nesten umulig å få det til i en vanlig psykologpraksis fordi arbeidsdagen ikke gir rom for en slik veksling.

Økende skepsis til behandlingsapparatets tilbud er ett resultat av arbeidet. Når de sier at terapi kan gjøre livet enda vanskeligere, er det ikke først og fremst seksuelle overgrep fra terapeuten de sikter til. Terapi skulle være «en vei til å eie den virkeligheten og historien som er din egen». Men gang på gang møter de kvinner som av hjelpeapparatet er blitt påført enda mer skyld- og skamfølelse, enda mer av det som den kjønnsmessige fordelingen av makt og ansvar allerede har utsatt dem for.

Terapi skulle gi mulighet til å knytte forbindelser mellom det du tenker, føler, gjør og mener på den ene siden, og de betingelsene du står overfor på den andre siden.

I Forum for kvinneterapi ser de på symptomer som aktive strategier i forhold til å innordne seg en «passe kvinnelighet».

Men underordning hører til de ikke-navngitte og dermed usynlige deler av kvinners opplevelser, og kjønnsmaktsystemet til de ikke-erkjente trekk ved samfunnet. Uten denne type erkjennelse risikerer terapeuten å forsterke de belastningene som kvinnene allerede strever med. Et alternativt terapeutisk tilbud vil dreie seg om å akseptere, bekrefte og gi rom til kvinnenes egne bestrebelser på å finne mening, sammenheng og retning i sitt liv.

Gjennom å følge med på slike bestrebelser ser forskerne/behandlerne stadig nye utslag av kjønnssystemets subtile, men grove overgrep, innen dagliglivet så vel som i psykiatrien. Dette utdyper igjen deres generelle forståelse av vår felles virkelighet. Også kvinner som har vært utsatt for seksualisert vold, kan gi verdifull innsikt i denne virkeligheten. Deres opplevelser, refleksjoner og selvforståelse gir ny innsikt i kjønnssystemets kopling mellom mannlig makt og seksualitet i forhold til kvinnelig avmakt, invaderbar-

het og seksuell tingliggjøring (Dahl 1989, Schei 1991, m.fl.).« Fra Andenæs, Folgerø Johannessen og Ødegård 1991.

---

De aller fleste kvinner med psykiske problemer kommer aldri til å bli henvist til det psykiatriske hjelpeapparatet. Derfor er det viktig at de som møter kvinner i førstelinjetjenesten, det vil si på helsestasjonen, i svangerskapsomsorgen, som allmennleger og hjemmesykepleiere får økt kompetanse i å håndtere lettere psykiske problemer. Det er vist at kvinnelige allmennleger er flinkere enn sine mannlige kolleger til å fange opp psykososiale problemer hos sine pasienter, og flinkest er de med kvinnelige pasienter. Vi vet at en del av bedringen fremmes av å bli *møtt, sett og forstått* på en bra måte.

Når kvinner bruker mye psykofarmaka (medikamenter) som angstdempende midler, beroligende midler og sovemedisiner kan det være et signal om medikalisering av problemer som kanskje trenger en mye bredere tilnærming. Medisiner er viktige verktøy i behandling av en rekke psykiske lidelser, men noen steder er dette dessverre den eneste tilgjengelige behandlingen.

Et av kjernepunktene for å kunne anvende gode kliniske modeller overfor pasienter med psykososiale problemer er tid. Når fastlegesystemet innføres, må det arbeides for at behandling ikke utelukkende måles i penger knyttet til konsultasjonstid. For at en allmennlege skal bli interessert i å arbeide med psykososiale tilnæringsmåter må han eller hun ha

- økonomiske rammebetingelser som gjør det mulig å gi pasienten tid,
- respekt for kvinners liv og rammevilkår,
- lyst til å arbeide med slike problemstillinger,
- gode samarbeidskanaler med spesialisthelsetjenesten for henvisning, konsultasjon og tilbakeføring, og
- muligheter til utvikling av egne evner og kompetanse gjennom ekstern videreopplæring.

*Utvalget mener at de fleste tiltak innen psykiatrisk behandling ikke har tatt kjønn på alvor. Behandlingstilbud må gis ut fra brukerens utgangspunkt, og vinkles som assistanse til vedkommendes muligheter for å finne løsninger på det indre eller ytre plan, ikke ut fra normative vurderinger av hva som er best. Mange av de foreslåtte tiltakene i handlingsplanen for psykiatrien bør vurderes kritisk i et kjønnsperspektiv. Utvalget mener det er viktig å arbeide med å bygge opp og evaluere forsøksvirksomhet med fleksible, kvinnerettede tilnærminger i behandling av psykiske lidelser. Vi trenger en bredere diskusjon om hva som er en hensiktsmessig psykiatrisk tjenestetkjede for kvinner, og innspill om hva slags terapi kvinner ønsker eller har utbytte av. I dette arbeidet er det viktig at brukergrupper også er med på å legge premissene.*

*Utvalget mener videre det er viktig å ha et kjønnsperspektiv på kunnskapsinnhenting i psykiatrien. Vi må vite mer om kjønnshormoners og biologisk kjønnsinnvirkning på forekomst og forløp av psykiske lidelser. Vold og overgrep og konsekvenser for posttraumatisk stress og langtids psykisk lidelse er et annet sentralt område. Kunnskap om hvorvidt diagnostiske kriterier tar høyde for normative, sosiale makt-faktorer og forskjeller mellom kvinner og menn, vil være viktige bidrag. Sist, men ikke minst, er det behov for mer systematisk kunnskap om hvilke behandlingsstrategier som faktisk hjelper kvinner.*

## 6.5 Vold mot kvinner

---

Under FNs 4. Kvinnekonferanse i Beijing i 1995 sluttet Norge seg til Handlingsplanen (The Beijing declaration and the platform of action). I handlingsplanen erkjennes vold mot kvinner som et uttrykk for ulike maktforhold mellom kjønnene, og som et stort hinder for likestilling mellom kjønnene. Målsettingen om at kvinner og menn skal ha samme rettigheter, plikter og muligheter innenfor alle områder av samfunnslivet kan ikke nås så lenge mange kvinner utsettes for systematisk vold og mishandling.

Kvinnemishandling og seksuelle overgrep mot kvinner er ekstreme uttrykk for undertrykkelse av kvinner i samfunnet. Vold mot kvinner og kvinners utsatthet mot vold og overgrep i hverdagen begrenser sterkt mange kvinners muligheter for aktiv deltakelse i samfunnet.

Menn er i hovedsak utsatt for vold utenfor hjemmet og oftest som enkelthendelser. Kvinner skades oftest hjemme og overgriper er som regel kjent. De alvorligste overgrepene er seksuelle overgrep mot mindreårige og mishandling av kvinner i parforhold. Selv om det altså ikke er store ulikheter med hensyn til den totale forekomsten av voldshandlinger, er forskjeller i voldstyper og konsekvenser så store at det ikke er hensiktsmessig å behandle temaet kjønnsnøytralt. Hovedmomenter er at

- kvinner i gjennomsnitt er muskulært svakere enn menn,
- kvinner rapporterer om alvorligere voldshandlinger enn menn, og samlivsvold er en viktig bakgrunn for mord på kvinner,
- kvinner er oftere avhengige av partner, særlig økonomisk,
- samlivsvold er hyppigere del av en vedvarende mishandlingssituasjon når det rapporteres av kvinner,
- disse trekkene skaper en sårbarhet hos kvinner som kan gjøre at vold og risiko for vold oppleves forskjellig.

Vi skal her se på kvinners angst og utsatthet for vold utenfor hjemmet, mishandling i parforhold, voldtekt og seksuelle overgrep mot mindreårige.

### 6.5.1 Utendørs vold – kvinners utsatthet og angst

Den vold og redsel for vold som framkommer i levekårsundersøkelsene, viser neppe hele virkeligheten, fordi opplysninger om privat vold må antas å bli underrapportert i bredspektrede undersøkelser.

Levekårsundersøkelsene viser imidlertid klare kjønnsforskjeller med hensyn til redsel for «utendørs» vold. Mellom tre og fire ganger så mange kvinner som menn oppgir at de er urolige for å bli utsatt for vold når de beveger seg ute. Kjønnsforskjellene i faktisk utsatthet er imidlertid betydelig mindre.

**Tabell 6.1: Prosent som er urolig for å bli utsatt for vold eller trusler på bostedet (=frykt), og prosent som det siste året (1990) har vært utsatt for vold eller trusler (=utsatthet).**

|                | Frykt | Utsatthet |
|----------------|-------|-----------|
| Alle           | 10    | 5         |
| Kvinner        | 18    | 5         |
| Menn           | 3     | 6         |
| Menn:          |       |           |
| 16–24 år       | 3     | 9         |
| 25–44 år       | 2     | 4         |
| 45–66 år       | 3     | 1         |
| 67–79 år       | 6     | 0         |
| 80 år -        | 12    | 0         |
| Kvinner:       |       |           |
| 16–24 år       | 18    | 4         |
| 25–44 år       | 16    | 2         |
| 45–66 år       | 16    | 1         |
| 67–79 år       | 24    | 0         |
| 80 år -        | 23    | 0         |
| Bostedsstrøk:  |       |           |
| Tettsted:      | 17    | 7         |
| 10 000 og over | 14    | 7         |
| 20 000–9 9000  | 8     | 5         |
| under 20000    | 5     | 2         |

Kilde: NOS C43 tabell 56 og 57, s. 166–167. Hentet fra Olaussen 1995.

Tallene for 1995 og 1997 er ikke brutt ned på aldersgrupper og bosteder, men de eneste endringene av betydning er en økning av andelen menn som er urolige for vold eller trusler, fra tre til fem prosent mellom 1995 og 1997.

Kvinner er mest urolige for utendørs vold og samtidig minst utsatt, og avstanden mellom frykt og faktisk utsatthet øker med alder. Kvinner frykt er ikke nødvendigvis irrasjonell. I og med at kvinner har vanskeligere enn menn for å beskytte seg mot overgrep, har de større grunn til å frykte vold enn menn. I tillegg er det slik at når kvinner rammes, rammes de anderledes og ofte hardere enn menn, vi tenker her særlig på de som rammes av seksualisert vold.

Olaussen (1995) drøfter forhold som har betydning for angst for vold, uavhengig av faktisk utsatthet. Byenes preg av uoversiktighet og signalgivere om fare (tagging, forfall, skadeverk) kan øke uroen. Sosial isolasjon og høy alder eller kroppslig skrøpeligheit kan gi en opplevelse av hjelpeløshet dersom noe skulle inntreffe, og derved øke angsten for vold. Særlig relevant i kvin-

neperspektiv er om undersøkelser av angst for vold først og fremst avspeiler en mer generell angst eller beredskap for fare. Blant kvinner som vurderer sin psykiske helse som god, er det 13,2 prosent som gir uttrykk for frykt for vold, blant kvinner med dårlig psykisk helse er andelen vesentlig høyere, 34,6 prosent. Betydningen av psykisk helse bekreftes ytterligere ved at sammenhengen mellom urbaniseringsgrad og frykt for vold, og sammenhengen mellom sosial isolasjon og vold, ikke gjelder for personer med svak psykisk helse. Angst for vold innebærer ganske sikkert en vesentlig svekking av livskvaliteten til mange kvinner, især blant eldre. Ut fra Olaussens studier vil styrking av sosiale nettverk, gode nærmiljø og tilbud til kvinner med dårlig psykisk helse, være viktigere virkemidler enn et ensidig fokus på å redusere den faktiske kriminaliteten.

*Utvalget vil imidlertid sterkt understreke viktigheten av at samfunnets håndtering og reaksjon overfor vold sender et klart budskap om at voldskriminalitet er uakseptabelt. Manglende oppfølging fra politi og rettsvesen bidrar til angst, og strider mot folks rettsoppfatning.*

### 6.5.2 Synliggjøring av vold mot kvinner

De aller fleste menn er ikke voldsforbrytere og overgripere, og de aller fleste kvinner er ikke volds- eller overgrepsofre. Like fullt har den private og den seksualiserte volden en klar kjønnsretning; dette har noe med kjønn å gjøre. Flest menn er overgripere og flest kvinner er ofre. Det er ingen tilfeldighet at det var kvinnebevegelsen som på slutten av 70-tallet først brakte denne formen for vold frem i det offentlige lys. Med etableringen av krisetelefonen for mishandlede og voldtatte kvinner i Oslo i 1977, fikk vi for første gang en mer omfattende og varig offentlig oppmerksomhet rundt denne formen for privat vold. Et kritisk tilbakeblikk vil vise at det tross alt var mange som visste at slik vold fant sted, men at ulike usynliggjøringsmekanismer bidro til taushet. I historisk sammenheng er det ikke lenge siden menn hadde en juridisk rett til å tukte sin hustru. Privat vold er derfor et pinefullt godt eksempel på at en alvorlig trussel mot kvinnens helse kan være et politisk spørsmål flettet sammen med makt og verdier.

Vold mot kvinner kan forstås i lys av den særlige sårbarheten for å bli gjort til objekt – tingliggjort – som ble drøftet i kap. 6.1. Det er selvfølgelig ingen som mener at levende kvinner er ting, helt konkret. Det er snakk om å gjøre til objekt i en bestemt forstand: En ting har man lov til å bruke for egne formål. Mellom oss mennesker finnes alltid en moralsk begrensning for hvordan og i hvilken grad vi kan bruke hverandre. En rettesnor kan være en moralsk forpliktelse til å gjenkjenne og anerkjenne hverandre som mennesker. Vi behøver ikke å gjenkjenne andre fordi de ligner oss selv i alder, hudfarge, kjønn, utdanning, eller andre kjennetegn som skiller mennesker i ulike grupper. Det handler om en grunnleggende gjenkjenning av andre som subjekter; som mennesker som har en egen rett til å ville og handle i verden.

Denne formen for gjenkjenning er en generell og effektiv vaksine mot vold og overgrep. Når en mann voldtar en kvinne, nekter han nettopp å anerkjenne henne som subjekt, han gjenkjenner henne ikke som «menneske». Han forholder seg til henne som en ting, som han kan bruke for egne formål. Undersøkelser fra en rekke områder tyder på at trening i, og muligheter til, å se og forholde seg til andre ut fra den andres behov og forutsetninger virker som en barriere mot å krenke. Å fremstille mennesker som gjenstander betyr å

svekke disse barrierene. Deler av mannskulturen har hatt et sterkt innslag av slik tingliggjøring av kvinner.

På området seksualisert vold er det de siste årene dokumentert et skremmende omfang av overgrep. Det store flertallet av overgrep rammer kvinner og jenter. Vi vet også at det å bli krenket, brukt som en gjenstand, akkurat på seksualitetens område, har helt spesielle og tragiske skadevirkninger for ofrene. Vi snakker om omfattende, vedvarende og grov vold. Det har vært reist spørsmål om hvorvidt den massive offentlige framstillingen av kvinner som objekt i reklame bidrar både til kvinnelig selvforakt (og for eksempel spiseforstyrrelser) og til undergraving av respekten for kvinner (og derved til krenkelser). Det har skjedd en dramatisk forskyvning av grensene for slike framstillinger de siste 20 årene. Ingen kan bevise at en bestemt reklamekampanje fører til en bestemt prosentandel økning av seksuelle overgrep. Men vi kan sannsynliggjøre at slike budskap svekker allerede for tynnslitte barrierer mot krenkelser av kvinner.

### 6.5.3 Kvinnemishandling

Kvinnemishandling er beskrevet med en rekke ulike kjennetegn. Det er et forhold hvor kvinnen blir utsatt for gjentatte voldsepisoder, og hvor disse inneholder noe mer alvorlig enn klapsing/dasking. Gjentakelsene inngår i et handlingsmønster hvor volden iallfall tidlig i parforholdet etterfølges av en forsoningsfase hvor volden gjøres til en del av den felles samlivshistorien. Volden representerer en direkte fare for kvinnen, i tillegg forsterkes effekten av volden gjennom den psykologiske terroriseringen, og trusler om vold. Kvinnens redsel for at volden kan vedvare og øke dersom hun forsøker å bryte ut av forholdet, er forankret i virkeligheten.

Vi vet lite om forekomsten av kvinnemishandling. Å bli slått av sin partner er tabu, og et nederlag som gjør at få anmelder forholdet. I tillegg avholder mange kvinner seg fra å anmelde vold i hjemmet fordi de er redde for represalier fra mannen. Helsedirektoratet konkluderte etter undersøkelser i 1984 med at om lag 10000 kvinner årlig tar kontakt med helseapparatet med skader som skyldes mishandling, men at rundt halvparten av disse oppgir mishandling som grunn til skadene når de kommer til helsevesenet.

Oslo politidistrikt gransket samtlige voldsanmeldelser registret ved distriktet i 1977. De avdekket at bopel var et hyppig gjerningssted for voldutøvelsen, og at volden i stor grad var rettet mot familiemedlemmer eller mot personer gjerningsmannen har hatt et nært forhold til; ektefelle, samboer eller kjæreste. Det var også i overveiende grad kvinner som ble utsatt for denne typen vold. Volden i hjemmet har foregått over lengre tid og ofte blitt svært grov før den oppdages eller anmeldes.

Den eneste norske befolkningsundersøkelsen hvor dette er fokusert, er fra Trondheim (Schei 1998), og viste at 18 prosent av kvinnene (20–49 år) som levde eller hadde levd i et samlivsforhold, hadde opplevd en eller annen form for voldelig handling i samlivet. 7 prosent svarte at de «bare» hadde blitt slått, 2 prosent at de i tillegg hadde blitt sparket og fått knyttneveslag, 6 prosent at de også hadde blitt «jult opp», og 3 prosent at de også hadde vært truet med eller utsatt for våpenbruk.

Hvordan kan vold mot kvinner forstås? På samfunnsnivå antas kvinners formelle og reelle rettigheter å ha betydning, blant annet mulighetene til skilsmisse og til å kunne greie seg økonomisk etter et samlivsbrudd. Samfunn med høyt generelt voldsnivå har i krysskulturelle studier vist seg også å ha høyt

nivå av kvinnemishandling. I tillegg forekommer kvinnemishandling hyppigere i samfunn hvor maskulinitetsidealer er knyttet opp mot makt og kontroll over kvinner. Kvinnens relative maktesløshet og mannens dominans kan være en risikofaktor. En kanadisk studie konstruerte en skala som mål på mannens dominans ut fra spørsmål om mannens holdninger til kvinnen, og fant at høy score på denne skalaen i stor grad hang sammen med om kvinnen også rapporterte mishandling. Andre risikoforhold som har vært trukket fram er at mishandleren selv har vært offer for vold i oppveksten eller sett sin mor bli slått, svigerfars voldsbruk samt tidligere overgrepshistorie hos kvinnen.

Konsekvensene av mishandling er sammensatte og alvorlige. Samlivsvold er potensielt dødelig. Alvorlige skader, kroniske sykdommer og varige effekter på kvinnens helse er vel dokumentert, så vel som konsekvenser for reproduktive valg og reproduktiv helse. Vold mot kvinner i parforhold er en viktig dødsårsak for kvinner i reproduktiv alder, og en viktigere årsak til skader hos kvinner enn ulykker. Det er påvist sammenheng mellom mishandling og en rekke lidelser bl.a. kroniske smerter, psykiske lidelser som angst, depresjon og søvnproblemer, fordøyelseslidelser og rusmisbruk og et høyere forbruk av helsetjenester. Det er også rapportert hyppigere bekkeninfeksjoner, seksuelt overførte sykdommer og risiko for lav fødselsvekt.

Forebygging av mishandling bør skje på flere nivå. En klar likestillingspolitikk som forebygger at kvinner kommer i en avmaktssituasjon generelt, både på offentlig og privat arena, antas å motvirke vold mot kvinner. Her bør en også motarbeide holdninger som aksepterer mannens dominans. På individnivå bør en støtte jenter som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, slik at de ikke havner i nye mishandlingsforhold.

Også tiltak som skal hindre volden i å utvikle seg når den er erkjent av helsevesenet eller andre instanser er sentrale. Mishandlede kvinner kan i Norge få gratis voldssalarm, effekten av dette bør evalueres. Mishandlere kan fradømmes retten til å oppholde seg i kvinnens kommune. Tiltak som «Alternativ til vold», som retter seg mot menn som slår, kan redusere volden ved oppbrudd av samlivet. Dette regnes som den farligste fasen for kvinnene. Krisesentrene tilbyr et trygt sted å være og støtte og hjelp til kontakt med hjelpeapparatet. De er fortsatt det eneste tilbudet som finnes som er spesialisert til å møte mishandlede kvinner. Utvalget ser det som viktig at krisesentrene gis trygge økonomiske rammer, og at også andre instanser rustes opp med kompetanse og ressurser for å kunne gi mishandlede kvinner gode tilbud. Tiltak som retter seg mot overgripere, for eksempel «Alternativ til vold», har høstet gode og nyttige erfaringer som må videreutvikles.

Andre typer tiltak skal hindre eller redusere sosiale og helsemessige skader av mishandling. Det er behov for forskning på helsemessige konsekvenser, og det bør opprettes spesialtiltak i helsevesenet. For å kunne identifisere vold som relevant faktor for diagnose, behandling og muligheter for oppfølging, trengs det endring både i kunnskapsnivå, holdninger og ferdigheter innad i helsevesenet og andre etater. Her er et stort undervisningsbehov. Videre bør det utarbeides kriterier for kvalitetsmåling av helsevesenet på dette feltet som kan overvåkes av helseforvaltningen. En islandsk undersøkelse viste at flesteparten av de mishandlede kvinnene hadde søkt hjelp, og at det var langt vanligere å kontakte familie og venner enn det offentlige hjelpeapparatet. Dersom dette er tilfelle også i Norge bør det satses mye på informasjon til allmennheten både av generell karakter om vold i samliv, og om hvilke hjelpetiltak som er tilgjengelige.



De mest vesentlige innsatsområdene med tanke på forebygging og styrking av ofrenes posisjon finnes trolig utenfor det strafferettslige området. Forskning viser at mishandlede kvinner har forskjellig syn på eventuelle strafferaksjoner overfor mannen. Straffen kan få alvorlige følger for felles barn eller familieøkonomien. En konsekvens er at kvinnene ofte trekker tilbake anmeldelser, endrer forklaring, eller på andre vis skaper problemer for rettssystemet. De kan dermed oppfattes som systemfiendtlige.

En bør vurdere rapporterings- eller dokumenteringsplikt av kvinnemishandling for helsepersonell og politi, og om barn i mishandlingsforhold skal betraktes som mishandlet og derfor være en sak for barnevernet. Utbredelsen bør overvåkes både gjennom egne undersøkelser og ved at vold i samliv innarbeides i eksisterende kartleggingsrutiner.

#### 6.5.4 Voldtekt

Juridisk er voldtekt definert som å tvinge noen til utuktig omgang ved vold eller ved å fremkalle frykt for noens liv eller helse. Utuktig omgang omfatter foruten samleie også samleielignende handlinger. Tradisjonelt har dette vært oppfattet som noe som skjer utenfor et samliv eller parforhold, og det er derfor blitt mer vanlig å snakke om seksuelle overgrep som omfatter hendelser både innenfor og utenfor samlivet. I intervju med kvinner mellom 20 og 49 år rapporterte 5 prosent at de en eller annen gang i livet hadde vært utsatt for voldtekt utenfor parforhold og 10 prosent rapporterte seksuelle overgrep i parforhold.

Voldtekt har en klar kjønnsretning; det er som regel menn som voldtar kvinner. Også her er offeret gjort til et objekt, maktforholdet er ekstremt og konsekvensene alvorlige. Voldtekt er et tydelig eksempel på hvordan (kvinne)helse er et (kvinne)politisk spørsmål. Diskusjonene har gått høyt om hvorvidt kvinnen selv har hovedansvaret for å kle seg og oppføre seg slik at hun unngår voldtekt, om også kvinner som bryter visse dydighetskrav har rett til beskyttelse mot voldtekt, og om måten politi, juss og rettsvesen håndterer disse sakene på innebærer en tilleggskrenkelse av offeret. Det er heller ikke lenge siden mange mente at voldtekt innenfor ekteskap var en umulighet, ettersom seksualitet der ble sett som en rettighet.

Umiddelbare skader av voldtekt omfatter, i tillegg til det psykiske traumet, sår- og slagskader, risiko og angst for seksuelt overførbare sykdommer og risiko for graviditet (beregnet til 1 prosent). Ved mottak i Norge er det vanlig å gi forebyggende behandling både overfor sykdom og svangerskap. Gravide kvinner som utsettes for voldtekt betraktes som en risikogruppe i den videre oppfølgingen av svangerskapet.

De fysiske skadene kan være så alvorlige at de kan gi varige men og plager. Infeksjoner og skader i genitalia kan føre til kroniske underlivssmerter og infertilitet. Kvinner med voldtektshistorier rapporterer også hyppigere ulike somatiske plager. Varige psykiske lidelser etter voldtekt omfatter posttraumatiske stressforstyrrelser (se boks 6.9), kronisk angst og depresjon, selvmordstanker og -forsøk. De sosiale konsekvensene kan omfatte tap av nettverk og isolasjon. Tilliten til omgivelsene er brutt, og situasjoner som kan minne om hendelsen kan føre til at ofre skifter arbeidsplass og bolig. For offeret er voldtekten både ubegripelig, uhåndterbar og meningsløst. Den innebærer med andre ord en ekstrem krenkelse av offerets opplevelse av sammenheng, og helsekonsekvenser kan også forstås i lys av dette.

---

### Posttraumatiske stressforstyrrelser

Er angsttilstander etter alvorlige og skremmende hendelser som krigsopplevelser, alvorlige ulykker og overgrep. Typisk er mareritt, angst og lignende i våken tilstand ved at minnene trenger seg på. Mange hemmes av at de forsøker å unngå alt som kan aktualisere vanskene. Det utvikler seg lett skyldfølelse og konsentrasjonsvansker. Mange utvikler alkoholproblemer. Depresjon kan både være sekundær og primær.

Fra Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 1998–99

---

Årsaker til voldtekt spenner fra individuelle til sosiale. Fra psykopatologi, alkoholinntak og tidligere overgrepshistorie hos både overgriper og offer. Til holdninger til kvinner og seksualitet og kvinners generelle stilling i samfunnet. Det er vanskelig å gi vel begrunnede og konkrete anvisninger for forebyggende tiltak, utover det som kan styrke kvinners stilling og respekten for kvinners kropp og seksualitet. Det kan være fristende å spørre hva det er ved kvinner og kvinners liv som gjør at de i så liten grad begår overgrep mot andre. Vi trenger forskning både om overgripere og om utprøving av nye terapiformer.

Når det gjelder både akutt tiltak og tiltak i senere faser som skal redusere skadene hos kvinner som har vært utsatt for voldtekt, ansees Norge som et foregangsland i Norden. Det fordi vi tidlig la til rette forholdene for voldtatte kvinner innenfor en helsetjenestemodell. Det er opprettet særskilte mottak flere steder i landet. Disse varierer når det gjelder graden av ulønnet innsats, hvem som har ansvar, og grad av oppfølging og behandlingstilbud. Fortsatt mangler det at denne typen helsetjeneste integreres i helsevesenets totale ansvar.

Det er framhevet at helsearbeidernes holdning ved mottak av voldtektsofre kan ha avgjørende betydning for senere plager (se også kapittel 10). Kompetanse innen psykiske krisereaksjoner og konsultative ferdigheter er nødvendig. Det bør utarbeides kvalitetskrav og utdanningsprogram for helsepersonell. Det er også vist at bare en liten del av alle ofre oppsøker hjelpeapparatet. For å forebygge senskader er det derfor nødvendig å gjøre denne typen helsetjenester kjent og tilgjengelig.

For bedre oversikt over forekomst bør det regelmessig innhentes populasjonsbaserte data om voldtekt. Kriminal- og drapsstatistikken bør inkludere seksuelle overgrep som egen og tydelig kategori.

#### 6.5.5 Seksuelle overgrep mot mindreårige

Studier av forekomsten av seksuelle overgrep mot barn gir svært varierende resultater avhengig av spørsmålsstilling, metode og utvalg. Normann (1998) og medarbeidere har kommet til at ca. 5 prosent av befolkningen i Norge blir utsatte for gjentatte alvorlige overgrep før fylte 18 år. Definisjonen omfatter bare overgrep hvor offerets kropp har vært berørt. En feilkilde her er at episoder som blotting, slibrig tilsnakk og fremvisning av pornografisk materiale ikke er inkludert i studien, men likevel kan framstå som svært dramatisk for barnet. Studien tyder på at det ikke har vært noen nevneverdig økning av overgrep mot barn i vårt århundre, men at overgrep tidligere har vært mindre erkjent og synliggjort.

I følge mange forekomststudier starter de fleste overgrep etter 10 års alder. Dette samsvarer ikke med klinisk materiale ved for eksempel barneavdelingen ved Aker sykehus i Oslo, og skyldes trolig at epidemiologiske undersøkelser «mister» de yngste barna. Kjønnfordelingen blant ofre er nokså lik i samtlige studier, med ca. dobbelt så mange jenter som gutter. Det ser også ut til at forekomsten av seksuelle overgrep fordeler seg nokså jevnt med hensyn til geografi og sosioøkonomi.

Langt de fleste overgrepene, i mange studier omkring 50 prosent, utføres av kjødelig far, dernest av bekjente eller andre familiemedlemmer. I perioden 1986–95 ble kun 4 prosent av barna henvist grunnet overgrep eller forsøk på slikt fra fremmede. Etter puberteten øker andelen overgrep fra fremmede.

Guttene er utsatt for noe mer voldelige former for overgrep, som anale samleier, mens jentene i større grad er utsatt for beføling. Dette endrer seg med alder, og fra puberteten er det i hovedsak samleier, så vel anale som vaginale, barna utsettes for. En del pasienter på Aker sykehus har vært påført medikamenter av overgriper for å redusere motstanden, og i mange tilfeller har barnet mistet bevisstheten eller har redusert eller manglende hukommelse fra selve overgrepet. Seksuelle overgrep mot mindreårige har alvorlige og langvarige helsekonsekvenser.

En sentral faktor for å lykkes i behandling er at foreldrene er optimistiske, støttende og trygge. Når overgrep er oppdaget er det viktig at foreldre får nødvendig støtte, råd og veiledning. Utvalget er bekymret over at hensyn til overgriper kan hindre skikkelig støtte og behandling til offeret og hennes nære (se boks 6.10). Mange voksne kvinner med overgrepshistorie oppsøker behandlingsapparatet for psykiske plager eller rusmisbruk. Det er viktig at helsetjenesten har bevissthet, avdekkingsrutiner og kompetanse til å møte senskader av tidlige overgrep.

---

### Hensyn til offer eller overgriper?

En tenåringsjente i en norsk by var fortvilet over at hun i sitt nærmiljø daglig måtte omgås den pedofile overgriperen som gjennom gjentatte overgrep i hennes barndom hadde påført henne invalidiserende psykiske lidelser. Hun advarte nærmiljøet ved å gjøre hans identitet kjent. Reaksjonene fra politi og overgriperens advokat var trusler om forføyning overfor jenta – hun brøt norsk lov ved å gjøre overgriperens navn kjent.

Seksualisert vold har ofte som konsekvens at offeret må slite med psykiske og andre lidelser resten av livet. I tillegg kan en stille spørsmål om de ekstra helsebelastningene offeret blir påført når hun eller han opplever at overgriper får støtte og blir beskyttet mot offeret som må slite med sine livslange plager som følge av overgrepet.

---

Studier av virkningen av spesifikke forebyggingsprogrammer i barnehager og skoler er lite oppløftende. Noe av det viktigste samfunnet kan gjøre er å holde fokus på problemet slik at oppdagelsesfrekvensen blir høyest mulig, og å gi muligheter for kompetanseutvikling og bredt tverrfaglig samarbeid mellom fagfolk som arbeider med voldsproblematikk.

### 6.5.6 Rettsbehandling av seksualisert vold

Tilbakefall hos sedelighetsovergripere har vært et sentralt poeng i diskusjoner om forebygging av overgrep. I en studie av Grünfeld og Noreik (1998) begikk drøyt 8 prosent av tidligere dømte sedelighetsforbrytere nye overgrep innen fem år. Dette tilbakefallet synes å være lavere enn i andre land, og stemmer godt overens med andre skandinaviske studier. Med så vidt lave tilbakefallstall, blir det vanskelig å påvise noen generell effekt av behandling (de fleste ville uansett ikke forgrepet seg på nytt). Imidlertid er det vist at behandlingseffekten er høy blant overgripere med høye tilbakefallstall (gjentatte overgrep), slik at man kanskje fortrinnsvis burde tilby behandling for denne gruppen. Utvalget mener også en bør støtte opp om den diskusjonen og utprøvingen av nye behandlingsformer som pågår i fagmiljøene.

Både behandling og eventuell straffskjerpelse for personer som allerede har begått overgrep vil ha liten betydning for det *totale antallet* overgrep i Norge. Dette skyldes at det store antallet overgrep til enhver tid begås av personer som aldri er blitt oppdaget eller dømt. Samtidig er hver enkelt overgrepshistorie en tragedie for de som rammes. Det har ikke vært utvalgets mandat å gå grundig inn i kriminalpolitiske problemstillinger. Utvalget ønsker likevel å be om en vurdering av om gjentatt volds- og overgrepskriminalitet er så alvorlig at samfunnet bør bruke alvorligere og mer langvarige reaksjoner mot overgripere. Det er uansett svært viktig for offeret at samfunnet tilbyr en kompetent og effektiv rettsbehandling når overgrep først oppdages.

Det er helt nylig (høsten 1998) framlagt en rapport om «seksuelle overgrep mot kvinner og barn – fornærmedes rettsstilling i praksis». Rapporten er skrevet for kvinneuniversitetet i Nord av statsadvokat Åse Texmo og etterforsker Lisbeth Aarvik og omhandler de tre nordligste fylkene. Utredningen tar utgangspunkt i intervjuer med over 50 personer innen politi- og påtalemyndighet, barnevern, krisesentre, medisin og psykiatri, samt en gjennomgang av alle saker som ble anmeldt og avsluttet i årene 1993–1997 som gjelder voldtekt (226 saker), utuktig omgang med barn under 14 år (206 saker) og gjentatt utuktig omgang med barn under 10 år (65 saker).

Forskjeller mellom formelle rettigheter og prosedyreregler og praktiseringen av disse kan være utslagsgivende for sakens utfall. Rapporten avdekker svært varierende og til dels mangelfull og feilaktig rettsbehandling, og omtaler situasjonen som foruroligende og alarmerende. Noen hovedmomenter skal nevnes her:

- Saksantallet er stort. Landsdelen har ca. 100 av disse alvorligste sakene hvert år. Inkluderes all sedelighetskriminalitet registrerer politiet en ny sak hver arbeidsdag bare i Nordland. Samtidig vet vi, blant annet via krisesentrene, at mørketallene er store.
- I motsetning til kolleger i utlandet har politiet ingen tradisjon for å arbeide for å avdekke flere saker. Mens man på andre områder driver aktiv spanning og etterretning, kan det virke som man på sedelighetsområdet nærmest gjør det motsatte.
- Henleggelsesprosenten er høy; for voldtekt 77 prosent, for utuktig omgang med barn under 14 år 58 prosent, og for gjentatt utuktig omgang med barn under 10 år er henleggelsesprosenten så høy som 80. Fem av de elleve politidistriktene hadde henlagt samtlige saker i denne kategorien over hele femårsperioden.
- Saksbehandlingstiden varierer sterkt og er ofte lang.
- God saksbehandling «blant annet vurdering av bevis og krav til etterforskning» forutsetter en fagkompetanse som de fleste intervjuede i politi- og

- påtalemyndighet selv sier de ikke har.
- Samarbeid mellom politi/rettsvesen, barnevern og behandlingsapparat er avhengig av enkeltpersoners engasjement, og er ofte dårlig og preget av kritikk og mistenkeliggjøring.
  - Blant annet på grunn av dette risikerer barn å bli fratatt muligheten for terapeutisk krisehjelp av redsel for å påvirke etterforskning og rettssak. Etter en trafikkulykke vil ingen være i tvil om at helsepersonell først og fremst må slippe til og gjøre sin jobb, selv om dette eventuelt skulle vanskeliggjøre etterforskningen.

Rapporten avdekker en uverdigg håndtering fra samfunnets side av alvorlige trusler mot kvinner og barn. En slik praksis er også i strid med den alminnelig rettsbevisstheten og med grunnleggende normer om samfunnets plikt til å beskytte borgerne.

For å ivareta både offerets verdighet og hjelpebehov, og å møte befolkningens rettsbevissthet på dette feltet, vil utvalget særlig framheve følgende punkter:

- Bevissthet og kompetanse må økes i både rettsvesen og hjelpeapparat.
- Det må utvikles strukturer, kunnskaper og holdninger som muliggjør godt samarbeid mellom politi/rettsvesen, barnevern og behandlingsapparat.
- Rask og god rettsbehandling må sikres.
- Traumebehandling og annen hjelp og støtte må ikke begrenses av hensyn til etterforskningen.

I rapporten foreslås at Justisdepartementet arbeider videre med en prøveordning for en regional enhet for etterforskning og påtale av saker som gjelder seksuelle overgrep og familievold i de tre nordligste fylkene. Kvinnehelseutvalget støtter forslaget.

## Kapittel 7

**Mange kvinneliv – ulike helsevilkår****7.1 Innledning**

---

Vi har allerede sett at det er store forskjeller mellom kvinner i Norge med hensyn til levekår som har betydning for helse. Enkelte grupper av kvinner påkaller spesiell oppmerksomhet, og vi skal her se på innvandrerkvinner, samiske kvinner, funksjonshemmede kvinner, økonomisk utsatte enslige mødre og eldre kvinner.

Mange av kvinnens helseproblemer kan bare forebygges og behandles ved å forstå dem i sammenheng med den enkelte kvinnes livshistorie og situasjon: Dette gjelder mer for psykiske lidelser enn for beinbrudd, mer for kroniske smerter enn for diabetes. Dermed representerer kvinner en utfordring for helsevesenets evne til å forstå sykdommer og plager i større sammenhenger, og å lytte til og møte kvinner i ulike sammenhenger. Denne utfordringen handler om spenningsfeltet mellom å kategorisere – plassere i riktig bås, og kontekstualisere – og sette i en større sammenheng. Kategoriene – for eksempel de medisinske diagnosene, og kriteriene for hva som hører til bestemte kategorier, er viktige hjelpemidler for å rydde og tolke observasjoner. Samtidig vil alle som driver praktisk helsearbeid vite at disse skjemaene er utilstrekkelige. En pasient kan oppfylle alle kriterier på en diagnose som normalt burde møtes med samtalerapi. Likevel kan denne «rette behandlingen» bli nokså feil hvis klienten først og fremst er fylt av angst for bæreposer med inkassokrav og en uavklart barnevernsak. Slik er det også med kategorier av mennesker; mange eldre kvinner har aldersrelaterte helseplager – men slett ikke alle, mange innvandrerkvinner har språkproblemer i møte med helsevesenet – men slett ikke alle.

Enhver måte å kategorisere på gjør at nyanser går tapt. Samtidig kan en grundig nyansering gjøre at viktige skillelinjer går tapt. Grensekrenkelser kan være et godt eksempel. Alle mennesker må uavlatelig forholde seg til egne grenser. Hvor langt innpå seg ønsker man å slippe andre, hvor mye distanse har man bruk for? Hva er for mye – både av distanse og nærhet? Alle vil komme til å gjøre feilskjær som gjør vondt. Men grensekrenkelser kan omfatte alt fra en ubetenksom replikk til alvorlige overgrep. Forestillingen om at alt er nyanser på en skala kan tildekke at de grensekrenkelsene noen opplever, er veldig mye mer dramatisk enn det de fleste må tåle – og påkaller spesialkunnskap og innsats.

En god forståelse forutsetter både gjenkjenning av det allmenne og anerkjennelse av det unike hos klienten. Kategorier – enten det dreier seg om merkelapper for sykdommer eller grupper av kvinner – kan forkludre gjenkjenning av det allmenne ved å lage skiller mellom «de» og «oss», innenfor og utenfor. Kategorier kan også hindre anerkjennelse av det unike hos den enkelte, ved å plassere alle med et bestemt kjennetegn i samme boks. Og like fullt er kategorier helt nødvendige redskaper for å rette søkelyset mot bestemte fenomener og problemer.

Det er med disse refleksjonene som bakgrunn at utvalget ønsker å trekke fram helsespørsmål hos noen bestemte grupper – kategorier – kvinner. Her har vi som sagt valgt å rette særskilt oppmerksomhet mot innvandrerkvinner,

samiske kvinner, funksjonshemmede kvinner, økonomisk utsatte enslige mødre og eldre kvinner.

## 7.2 Innvandrerkvinner og helse

---

### 7.2.1 Hva vet vi om innvandrerkvinner i Norge?

Det fins mange definisjoner på hva en innvandrer er. Statistisk sentralbyrå regner de som er født i andre land av utenlandske foreldre som «første-generasjons-innvandrere», mens annen-generasjonsinnvandrere, er født i Norge av foreldre som er født i andre land. Det fins innvandrerkvinner i Norge med opprinnelse i alle deler av verden. Det betyr at de kan ha lite til felles bortsett fra sin utenlandske bakgrunn, mens det som skiller dem ofte er mye mer iøynefallende. I tillegg til ulikt opprinnelsessted, varierer botiden i Norge, årsakene til at de har flyttet til Norge likeså, om de er flyktninger eller arbeidsmigranter, og om de er medfølgende ektefeller eller barn, eller i utgangspunktet har en egen, selvstendig grunn for migrasjonen. Sosial klasse er dessuten en inndeling som blir komplisert når det gjelder innvandrere, bl.a. fordi mange har høyere utdanning enn det som deres jobb skulle tilsi, og opplever en endring av sin sosiale status i forbindelse med migrasjonen. Mange av momentene i dette avsnittet vil bare gjelde ikke-vestlige kvinner i forhold til vestlige innvandrere som kommer til landet fordi de selv eller ektefellen har etterspurt kompetanse.

Det fins forholdsvis lite forskning på innvandrerkvinnens forhold i Norge. Kvantitativ forskning er vanskelig på grunn av kategoriseringsproblemer. Men det fins en del kvalitativ forskning som peker på viktige problemstillinger. Ellers er mye av den eksisterende kunnskapen ervervet via praksis, både i de tjenestene som er opprettet spesielt for å betjene innvandrere og flyktninger, og på annet hold, som innen psykiatrien og allmenntilleggsmedisinen, eller på helsestasjoner og sosialkontor etc. De innvandrere som det gjerne fokuseres på i slike tiltak er dem som ofte kalles ikke-vestlige.

Det er vanskelig å kvantifisere innvandrerkvinnens helseproblemer på en meningsfull måte. Det skyldes den store variasjonsbredden i deres bakgrunn og leveforhold. Innvandrerkvinner er karakterisert ved hva de *ikke har*, nemlig en norsk bakgrunn. Men de fleste av oss vil kjennes ved den bakgrunn, den kunnskap og den kompetanse som vi *har*. Om vi derimot stykker opp innvandrere i kategorier etter opprinnelsesland, om de er flyktninger eller arbeidsmigranter, første- eller annen-generasjons -innvandrere, traumatiserte eller ikke, utsatt for spesiell stigmatisering, alder og bosted i landet vårt, ender vi opp med så mange kategorier at det blir umulig å håndtere.

### 7.2.2 Om vilkår for helse

Kulturelle forhold vektlegges ofte i forbindelse med helse, helseproblemer og hvordan de håndteres. Kvinner er ofte de i familien som har den største kompetansen på kulturbetinget kunnskap om helse, og kan derfor bli ekstra sårbare når deres egne kulturelle særtrekk ikke blir satt pris på eller blir nedvurdert. Kulturelle forskjeller har en tendens til å brukes som forklaringer på det som blir vanskelig. Samtidig er det gjerne en undervurdering av at migrasjonen kan være svært belastende, med tap av foreksempel nære relasjoner og anseelse, som ubearbeidet kan føre til helseproblemer. Kvinner kan være spesielt sårbare for slike tap, fordi avgjørelsen om å migrere sjelden er deres

egen. Kvinner kan dessuten være mer sårbare enn hva menn er for tap av viktige sosiale nettverk ved migrasjonen.

Det har vært foretatt lite systematisk kartlegging av innvandreres levekår, men det fins noen, og de indikerer at innvandreres levekår er dårligere enn levekårene for den norske befolkningen. (Se bl.a. Blom 1998, Gulløy, Blom og Ritland 1997). Sosiale problemer som arbeidsløshet kan ramme innvandrere spesielt hardt, og av de som er i jobb har mange, til tross for høy utdanning, et lavstatusarbeid og fysisk hardt arbeid. I familieforhold, generasjonskonflikter og ekteskapsproblemer, der hensynet til den opprinnelige tradisjonen i hjemlandet og norske forhold kommer i konflikt med hverandre, rammes ofte kvinner på en annen måte, og iblant hardere, enn menn.

Rasisme er et problem i vårt samfunn. Marginalisering av dem som ser annerledes ut har tatt nye former. Det kan se ut som om muslimer er særlig utsatt for diskriminering også i vårt land. Mørk hudfarge og u-norsk framtoning er dessuten årsaker til marginalisering.

Særlig blant flyktingene fins det et betydelig antall som har gjennomgått tortur og hatt andre ekstreme påkjenninger. Det har etterhvert blitt godt kjent at voldtekt brukes systematisk i krigssituasjoner. Men også annen slags tortur kan være seksualisert.

Den politiske tryggheten som flyktinger opplever i Norge, og den sosiale tryggheten som en velferdsstat gir, er positive faktorer som kan virke inn på helseforholdene. Mange faktorer påvirker helse, og det er derfor ikke overraskende at også sykdomsbildet er sammensatt og mangfoldig.

### 7.2.3 Sykelighet generelt

Det fins noen få undersøkelser om sykelighet og dødelighet hos innvandrere, og de som fins må tolkes med varsomhet på grunn av de store metodologiske problemer (Austveg 1994). Undersøkelser tyder på at flyktinger og innvandrere ikke er generelt mer syke enn den norske befolkningen, men det er store og systematiske forskjeller mellom de ulike gruppene, og de får til dels andre sykdommer enn norske. Også undersøkelser om selvrapportert helse finner at innvandrere ikke er mer syke enn norske. Det er imidlertid grunn til å understreke at mål for selvrapportert helse varierer mer mellom land enn hva som rimelig kan forklares med faktiske sykdomsforskjeller. Hvordan den enkelte vurderer egen helse er også kulturelt bestemt. Kanskje er det slik at flere innvandrere ikke rapporterer helseplager før disse er funksjonelle plager som begrenser arbeidsinnsats. Når de først blir syke kan de få det vanskeligere, og det kan bli mer komplisert å komme ut av sykerollen, på grunn av at egenomsorg og mestring basert på et utvidet sosialt nettverk kan bli vanskelig å få til i Norge (Blom og Ramm 1998).

Også blant innvandrere er kvinner generelt mer syke enn menn, og kjønnsforskjellene er større. For begge kjønn gjelder det at alder ved ankomst til Norge, og lengden på oppholdet, ser ut til å være av betydning, idet sykeligheten øker med høy alder og lang botid i Norge, slik at gamle innvandrere er sykere enn gamle norske. Omsorg for eldre innvandrere, og spesielt for innvandrerkvinner, blir derfor en utfordring i framtiden.



### 7.2.4 Reproductiv helse

For innvandrerkvinner kan reproduktive valg være meget komplekse, der det tas hensyn til oppfatninger hos viktige personer i hjemlandet, aktuelle forhold i Norge, og mer eller mindre klare forestillinger om det videre livsløpet.

I 1987 var norske kvinners samlede fruktbarhetstall 1,7, mens det var 2,2 for utenlandsfødte kvinner som fødte i Norge. Det var store ulikheter mellom de forskjellige gruppene. Innvandrerkvinnens fruktbarhet er betydelig lavere enn den er i deres opprinnelsesland. Sykeligheten under svangerskapet ser ut til å være omtrent som for norske kvinner, men med et annet sykdomsmønster. Asiatiske innvandrere ser ut til oftere å ha sterk kvalme og brekninger, og hos pakistanske kvinner er svangerskapsdiabetes meget hyppig. Anemier og D-vitaminmangel forekommer betydelig hyppigere hos asiatiske innvandrere, og rammer gravide særlig sterkt. For kvinner med opprinnelse i den tredje verden skjer forløsningen oftere ved keisersnitt og sjeldnere ved tangforløsning enn tilfellet er for norske kvinner.

Spedbarnsdødeligheten er den samme for innvandrerfamilier som for norske, med ett unntak. Det gjelder familier hvor ektefellene er i slekt, der det er en øket sjanse for dødfødsel og for spedbarnsdød (Stoltenberg 1998).

I Norge bor det om lag 4 000 kvinner og jenter med bakgrunn i land hvor det utføres omskjæring. Det er en utfordring for helsevesenet å gi god omsorg og et godt medisinsk tilbud til kvinner som er omskåret. Dette gjelder særlig i forbindelse med svangerskap og fødsel, men også i rådgivning omkring seksualitet og prevensjon. Omskjæring av jenter er forbudt i Norge, og helsepersonell har også en viktig oppgave i forbindelse med rådgivning til foreldre om de helsemessige konsekvensene ved slik omskjæring – og å gi støtte til de foreldrene som går mot skikken. Reproductiv helse er også behandlet i kap. 8.

### 7.2.5 Spesielle sykdommer

Fordi sykdomsmønsteret når det gjelder infeksjonssykdommer er svært varierende i verden, finner vi en del importsykdommer som ellers er sjeldne i Norge. Hepatitt B (gulsott) og tuberkulose, som sees lite blant norske, er noen eksempler.

Traumer som tortur og andre ekstreme påkjenninger setter sine spor på helsen. Norge har en rik tradisjon og internasjonal anseelse for å frambringe kunnskap om torturens virkninger. Mye av denne forskningen tar utgangspunkt i krigshandlinger, og baserer seg på menns liv og menns reaksjonsmønstre. Det er først ganske nylig at det i det hele tatt har blitt kjent at voldtekter er en del av mønsteret i de fleste kriger. Det fins mange retninger innen terapeutisk tenkning om familier der en eller begge av ektefellene er blitt traumatisert. Mye av reparasjonsarbeidet etter tortur består i å finne mening med det som har hendt, og å takle nye utfordringer. I eksilsituasjonen kommer migrasjonstraumet på toppen av marginalisering og rasisme. Hvis kvinnene er vant til å se seg selv, og bli sett på, som limet som skal holde familien sammen, kan bøkene bli svært tunge å bære.

Selv om det er forskjeller, viser undersøkelser at innvandrere gjennomgående har dårligere psykisk helse enn vertsbefolkningen. Stort sett er det enighet om at migrasjonen i seg selv er en belastning på psykisk helse, og at denne belastningen kan strekke seg over mange år.

### 7.2.6 Bruk av hjelpeapparatet

Bruk av hjelpeapparatet, inklusive helsetjenesten, er noe annerledes for innvandrere enn for norske (Hanssen 1996). Konsultasjonshyppigheten i allmennmedisin er omtrent den samme eller litt større for visse innvandrergrupper. Det er et gjennomgående trekk at innvandrere får flere symptomdiagnoser (ref. 3.3.1) enn norske, og at dette i særlig grad gjelder for innvandrerkvinner. Det har vært gjort en del systematiske forsøk på å skape bedre kontakt og dialog mellom innvandrere og helsepersonell, både for kurative tjenester og i helseopplysning.

Bruk av helsestasjonen er av særlig interesse for kvinnens vedkommende. I tidligere år er det fra Oslo vist at det var dårligere vaksinasjonsdekning for innvandrerbarn enn for norske. Det er også vist at innvandrerkvinner fra ikke-vestlige land har færre besøk på helsestasjonen i forbindelse med graviditet.

Det fins indikasjoner på at innvandrerkvinner med asiatisk bakgrunn i mindre grad enn norske benytter seg av mammografiscreening. Hjemmetjenester ser også ut til å bli brukt i minimal grad av de samme gruppene.

Krisesentra i de store byene blir besøkt av betydelig flere innvandrerkvinner enn deres prosentvise andel i disse byene skulle tilsi (Havnør 1987). Det illustrerer de store problemene innvandrerkvinner står overfor ved vold i ekteskapet, eller andre former for sammenbrudd i samliv. Skilte innvandrerkvinner isoleres ofte fra familien, og har et meget tynt støtteapparat rundt seg i slike situasjoner.

### 7.2.7 Trygderettigheter

Trygdebruk avspeiler i tillegg til sykkelighet både trygderettigheter, kjennskap til disse, og bruk av rettighetene. Det er forskjeller i trygderettigheter etter hvilken status innvandrere har i Norge, og etter oppholdets lengde (Solli, Lund og Risa 1997).

Vi kjenner lite til kjønnsforskjeller i mottak av ulike former for trygde og stønader. Nyere undersøkelser viser at innvandrere i større grad enn norske er sykmeldte, også langtidssykmeldte. De får også mer attføringspenger, men mindre uførepensjon enn norske. Dette kan avspeile at de ikke har opparbeidet rettigheter til uførepensjon, eller at deres uføresøknader avvises i større grad enn søknadene fra norske. Undersøkelser fra et tiår tilbake viser imidlertid betydelig større andel uførepensjon enn for norske. Det gjenstår å se om dette avspeiler en faktisk endring, eller om det er metodiske problemer som ligger til grunn.

### 7.2.8 Kulturforskjeller: Hva betyr det for kvinnens helse og for den hjelp kvinnene får?

Kulturforskjeller er ikke bare det som er synlig i klesdrakt og væremåter, ritualer og tradisjoner ved livets høytider eller andre dramatiske hendelser. Det er også subtile forskjeller i hvordan vi forholder oss når vi blir syke eller engster oss for død eller alderdom, hvordan vi søker trøst og støtte, og hvilke forventninger og krav vi stiller til profesjonell hjelp. Samtidig forstår vi mange innvandrere som «fremmedkulturelle» eller «fjernkulturelle», der avstanden, og det uforståelige, blir det vi merker oss. I tillegg til reelle kulturelle forskjeller, kan slike prosesser ligge bak de kommunikasjonsproblemene som er rapportert mellom innvandrerkvinner og helsepersonell.

Språk er en viktig del av kulturen. Konsultasjoner om sykdom og helse fordrer en høy grad av språkkompetanse, og det er behov for tolk langt oftere enn de gangene behovet er åpenbart (Dyregrov 1997, Aambø 1995). Evnen til å snakke et fremmed språk kan også forverres dramatisk ved sykdom og i alderdommen. For kvinner kan det også være viktig å ha en kvinnelig tolk ved kommunikasjon om intime spørsmål.

Mens innvandrere altså ikke ser ut til å ha noen dramatisk økt sykkelighet rent kvantitativt, er det på det rene at mange ikke får et helsetjenestetilbud som de opplever som relevant eller som fungerer godt for dem. Helse og kultur er størrelser som er tett innvevd i hverandre. Siden kvinner på en særlig måte er kulturbærere, spesielt innen familien, kan de bli tapere i møtet med et helsevesen som er basert på en for dem fremmed tankegang.

Forståelse av kulturelle forskjeller og av marginalisering må være en del av helsearbeideres opplæring. Det er også viktig at innvandrere rekrutteres som helsearbeidere, og at godkjenning av utdanning i andre land gjøres effektivt og rasjonelt. Det beste helsetjenestetilbudet vil bare kunne utformes i et nært, likeverdig og forpliktende samarbeid med innvandrere.

### 7.3 Samiske kvinner og helse

---

Samene er en urbefolkning på Nordkalotten, bundet sammen av felles språk, kultur og historie. Grunnlaget for Regjeringens samepolitikk er de forpliktelsene Norge har tatt på seg gjennom Grunnlovsparagraf 110 a som pålegger statlig myndigheter å legge forholdene til rette for at den samiske befolkning skal kunne styrke og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv. Regler om bruk av samisk språk er tilføyd sameloven ved lov av 21. desember 1990 nr. 78. Loven likestiller samisk og norsk språk innenfor et nærmere definert forvaltningsområde for samisk språk. Her skal regler, lover og forskrifter oversettes til samisk, kunngjøringer skal skje på samisk og norsk, visse skjemaer skal foreligge på de to språk og folk har rett til å bli betjent muntlig og skriftlig både på norsk og samisk, med en utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren.

#### 7.3.1 Samiske kvinners livsvilkår

Samenes levemåte har utformet seg i nøye samspill med livsbetingelser, natur, miljø og muligheter i de subarktiske områdene av verden, som på mange måter byr på marginale rammebetingelser hva angår naturressurser og klimatiske forhold. Samenes måte å leve på har i utgangspunktet vært en god og fleksibel tilpasning til disse rammebetingelsene, men i møter med det moderne samfunnets endringer og utvikling, har også deres liv endret seg dramatisk. Samekvinnens livsvilkår byr på spesielle utfordringer, fordi det er rimelig at samekvinner både skal ha full tilgang på sin andel av godene ved velferdsutviklingen, men på samme tid trenger anerkjennelse og rettigheter på egne særvilkår.

Samer er ikke et ensartet folkeslag; det finnes mange forskjellige måter å leve på som same. De fleste bor i nord, men mange samer har, som mange andre, flyttet til sentrale strøk og lever moderne urbane liv. Likevel er nærhet til naturressurser og sårbarhet overfor miljøskader av vesentlig betydning for de fleste samekulturene. Det er ikke uten grunn at mange samer er betydelig bekymret for ukjente og kjente skadevirkninger etter katastrofen rundt Tsjer-

nobyl, som har hatt store konsekvenser for samers næring, ikke minst i reindriften.

Samekvinner uttaler selv at de kan sees som «dobbel undertrykt», både som samer og som kvinner. De som har vært en del av de tradisjonelle næringene, har hatt liv med mye tungt kroppsarbeid i naturen. Det har vært slitende, men har også bygget opp styrke og kunnskap om de viktige forutsetningene for å kunne leve som samekvinne. På den annen side er rammene for samekvinners liv endret. Mange unge samekvinner skaffer seg nå utdanning som de ønsker skal bli til nytte i det samiske samfunnet.

### 7.3.2 Samiske kvinners helse

Det finnes svært lite dokumentasjon samiske kvinners helsesituasjon slik den framtrer i dag. Dette skyldes først og fremst at man i de helseundersøkelser som har vært utført i områder hvor det bor samer, ikke har stilt spørsmål om etnisk tilhørighet eller benyttet utilfredsstillende mål på dette. Dette har gjort det umulig eller vanskelig å skille ut samer, og dernest samiske kvinner, som en egen gruppe. Et annet forhold er også at samiske kvinners helsesituasjon ikke har vært sett som et interessant tema for forskere hittil.

Som medlemmer av en etnisk minoritet, utsettes samiske kvinner for ulike forhold som ikke vil berøre kvinner som tilhører en majoritetsbefolkning. Dette gjelder spesielt forhold rundt de kulturelle endringene som skjer med en minoritet i møtet med majoriteten, enkeltindividers mestring av de kulturelle møtene og forholdet til ens egen etniske gruppe. Disse prosessene kan defineres som akkulturasjonsprosess og etnisk identitetsutvikling. Forholdene påvirkes av miljøet rundt enkeltindividet, så som storsamfunnets holdninger og offisielle politikk overfor etniske minoriteter, diskriminering og stigmatisering, lokalmiljøets kulturelle og sosiale støtte, familiens kulturelle verdier og språk osv.

I to undersøkelser av ungdom i Nord Norge (Ungdom, trivsel og adferd og Ung i Nord) ble det påvist at unge jenter/unge kvinner har større psykiske problemer enn gutter/unge menn. Dette gjelder uavhengig av etnisk gruppe. Imidlertid var det samiske jenter som rapporterte mest problemer, og spesielt de som tilhørte sammenhenger hvor samer var i mindretall. Samtidig hadde jentene den sterkeste tilknytningen til den samiske kulturen og de mest positive holdningene til sin egen gruppe, men også en sterk tilknytning til det norske samfunnet. Disse forholdene forteller oss at konteksten som omgir samer er av stor betydning, og at en sterk samisk identitet ikke beskytter en mot problemer. Tvert imot kan samiske jenter som slår ring om egen kultur, oppleve et større stress enn de som velger bort sin samiske tilknytning. Undersøkelsene kan også tyde på at samiske jenter føler ansvar for å føre den samiske kulturen videre, og at dette ansvaret kan være tungt å bære.

Forskning som omfatter akkulturasjonsprosessers innvirkning på helse, har vist at individer som har mistet sin tilknytning til egen gruppe og ikke har klart å knytte seg til en annen gruppe, er i størst risiko for helsemessige problemer. Dette forholdet bør en være oppmerksom på i forhold til den omstillingen som skjer innen reindriften i dag, hvor familier «presses» ut av en tradisjons- og statusbærende livsstil, og hvor dette ikke nødvendigvis erstattes med noe annet. I denne sammenhengen er samiske kvinners stilling viktig ettersom det ofte er de som blir bindeleddet til det øvrige samfunn gjennom for eksempel sin jobb utenfor reindriften. Forskning har også vist at individer som velger en separasjon fra storsamfunnet er i en risikoposisjon. Å erverve

en tokulturell kompetanse gjør alle individer, både minoritets- og majoritetsindivider, bedre i stand til å samhandle i flere verdener samtidig.

Samiske kvinner vil i tillegg til sin rolle som kvinne, også møte utfordringer som minoritetsmedlemmer. Disse prosessene vil ofte gå parallelt, og stille større krav til mestring enn for mange andre kvinner. I hvor stor grad de kulturelle utfordringene innvirker på samiske kvinners generelle helsetilstand, vet vi svært lite om. Det er også mangel på kunnskap om forekomst av generelle sykdommer og spesielt kvinnespesifikke sådanne hos samiske kvinner, og om disse både i symptombylde og behandling viser det samme bildet som hos norske medsøstre og menn generelt.

En økende fokusering på samiske kvinners helse er derfor viktig og nødvendig. En slik fokusering kan gjøres gjennom større bevissthet om etnisitet og etniske faktorerens betydning hos forskere som er ansvarlig for generelle helseundersøkelser, gjennom generelle kvinneundersøkelser og/eller i egne undersøkelser utformet for samiske forhold. Økt kunnskap vil i neste omgang kunne forbedre klinikerens tilnærming og behandling av samiske kvinner.

Sosial- og helsedepartementet og Sametinget arbeider nå med en egen handlingsplan for oppfølging av NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Det er viktig å peke på det store kunnskapshullet når det gjelder systematisk kunnskap om samekvinnens helse og levekår, og det er av den grunn viktig å påpeke at dette er et arbeid som det er nødvendig å gjøre. Prosessen med å hente fram og prioritere kunnskap om samekvinnens helse må drives fram i nært samarbeid med samekvinner og deres egne organisasjoner.

## **7.4 Funksjonshemmede kvinners helse**

---

### **7.4.1 Funksjonshemning**

I dette avsnittet defineres funksjonshemning i henhold til Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede (1997) på følgende måte:

«Funksjonshemning er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets og samfunnets krav til funksjon på områder som er vesentlige for etablering og opprettholdelse av selvstendighet og sosial tilværelse.»

I tillegg poengteres at funksjonshemning er av varig karakter. Definisjonen er først og fremst en samfunnsmessig definisjon som medfører at funksjonshemning må sees i forhold til det samfunnet som omgir individet. Funksjonshemning oppstår dermed i skjæringspunktet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav til funksjon. Funksjonshemning kan derfor beskrives som et relativt begrep og ikke som en egenskap ved individet. Det er dette vi forholder oss til når vi omtaler kvinner med funksjonshemning. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) har i sin definisjon av funksjonshemning følgende tillegg:

«Samfunnets vilje til å kompensere og redusere følgene av funksjonshemning er avgjørende for individets livskvalitet. Overordnet er viljen til lovfesting av individets rettigheter, tilrettelegging av det sosiale og fysiske miljø, samt rettferdig sosial og økonomisk fordeling i samfunnet.»

Følgende forhold skal særskilt trekkes frem:

Det er vesentlig å være seg bevisst hvilken språkbruk man benytter ved omtale av mennesker med funksjonshemning. Ord og uttrykk kan virke stigmatiserende både på individ- og gruppenivå, og ha en diskriminerende effekt (f.eks. Grue 1995, Løchen 1996).

Medisinske diagnoser sier ikke nødvendigvis noe om funksjonsdyktighet eller mestring, og funksjonstap behøver ikke oppleves som eller føre til funksjonshemning. En kvinne som for eksempel ikke kan benytte manuelt gir, er ikke nødvendigvis funksjonshemmet som bilfører. Automatgiret normaliserer og kompenserer for funksjonstapet. Samtidig innebærer ikke funksjonshemning nødvendigvis at en har dårlig helse.

Funksjonshemmede er ingen ensartet gruppe, men består av mennesker med ulike typer skader, sykdommer eller avvik/vansker. Noen kan ha synlige avvik eller tydelige tegn på funksjonshemning, som bevegelsesproblemer eller synshemning. Andre kan ha mer skjulte funksjonshemninger som allergi, kognitive skader, muskel/skjelett-plager med smerteproblematikk eller angstproblemer. Noen kan ha sammensatte problemstillinger med både synlige og usynlige tegn på funksjonshemning.

Det er viktig å fokusere på utfordringer, ressurser og muligheter i stedet for problemer og begrensninger. Kreative løsninger og kompensatoriske muligheter er sentralt for god mestring.

#### **7.4.2 Kunnskap om kvinner med funksjonshemning**

Kunnskap om forhold for funksjonshemmede er i dette avsnittet basert både på forskning og utredninger, og på erfaring. Mange i tjenesteapparatet, ved institusjoner og i funksjonshemmedes brukerorganisasjoner, har etter hvert opparbeidet mye viktig erfaringsbasert kunnskap om både enkeltpersoner og funksjonshemmede generelt. I tillegg finnes en del forskningsbasert kunnskap om forholdene for funksjonshemmede.

Derimot finnes det svært lite forskningsbasert kunnskap om kvinner med funksjonshemning eller forskning som fokuserer på kjønn og viser kjønnsforskjeller (Sørheim 1998). En svensk forsker omtaler denne manglende – eller svake – fokuseringen på kjønn som «kjønnsblindhet» (Helmius 1993). Det er derfor et stort behov for mer forskningsbasert kunnskap med en klar kjønnsprofil. Dette innebærer at det både er behov for mer kunnskap om forskjeller mellom kvinner og menns ulike livsløp (som barn, ung, voksen og eldre) med funksjonshemning og hvilke helsemessige konsekvenser dette har, og kunnskap om kvinnespesifikke spørsmål. Dette understrekes også i en utredningen «Kvinnor, män och funktionshinder» fra det svenske sosialdepartementet (SOU1998).

Enkelte av brukerorganisasjonene har satt kvinnespørsmål på dagsorden og også opprettet egne kvinnegrupper. Det engasjementet kvinner med funksjonshemning i ulike sammenhenger har vist, har bidratt til at kvinnespørsmål har blitt et aktualisert tema. FFO Oppland har vært en aktiv og synlig organisasjon som gjennom flere år har jobbet systematisk og praktisk med kvinnespørsmål (FFO Oppland 1993, Johansen og Stordal 1994 og 1998). I organisasjonene er det likevel ikke nok bevissthet rundt betydningen av kjønns-spesifikke problemstillinger, og kvinner kan oppleve til dels stor motstand mot å fokusere på. I funksjonshemmedes organisasjoner har behovet for å stå samlet overfor storsamfunnet preget arbeidet for funksjonshemmedes interesser

og aktiviteter, noe som kan bidra til at kvinneperspektivet oppleves som problematisk.

I kvinneforskningen har kvinner med funksjonshemning nesten utelukkende vært tematisert i satsningen rundt fibromyalgi, diffuse plager, muskel/skjelettproblematikk og liknende. Problemstillinger knyttet til mer tradisjonelle funksjonshemninger (som f.eks. bevegelsehemning, sansetap eller psykisk utviklingshemning) har ikke vært integrert i kvinneforskning i forhold til temaer som gjelder alle kvinner. Med det menes temaer som for eksempel reproduktive helsespørsmål, vold og overgrep eller arbeidsforhold, økonomi og trygdespørsmål. Derfor har blant annet ikke seksualisert vold mot kvinner med funksjonshemning blitt integrert i prosjekter og forskningsprogrammer om vold.

Ytterligere ett perspektiv må fremheves i forhold til kvinneperspektivet og funksjonshemning: innvandrerspektivet. Forskningsbasert kunnskap om kvinner med innvandrerbakgrunn med funksjonshemning er minimal. Det er behov både for forskning, og for å synliggjøre likheter og forskjeller mellom norske kvinner med funksjonshemning og innvandrerkvinner med funksjonshemning når det gjelder helserelaterte problemstillinger.

### 7.4.3 Et utvalg spesifikke utfordringer

#### *Levekår, trygd og arbeid:*

Levekår, livskvalitet og økonomi er nøye knyttet sammen. Funksjonshemmede som har dårligst levekår kjennetegnes ved at de mangler sysselsetting (utdanning/arbeid), har dårlig økonomi, har problemer med bolig og er sosialt isolerte (Hem, Natvig Aas og Piene 1997). Levekårsundersøkelsen sier ikke noe om kjønnsforskjeller, men de dårligst stilte av grunnstønadmottakerne utgjorde 11 prosent av hele utvalget i undersøkelsen. De med dårligst levekår var rammet av psykiske plager, muskel/skjelettsykdommer og åndedrettssykdommer. Levekårsundersøkelsen blant mottakere av grunnstønad viser at kvinner er overrepresenterte i forhold til utgifter de selv må dekke (fysikalsk behandling, medisiner på hvit resept og reseptfrie, legebesøk m.m.) med unntak av hjelpemidler og kleshold (Opdahl 1997). Undersøkelsen viser også at 2 prosent flere kvinner enn menn oppga at de har behov for økonomisk hjelp, og 6 prosent flere kvinner enn menn oppga at de ikke kunne spare.

Funksjonshemmede er den gruppen som i størst grad mottar trygd og offentlige stønader. Det er imidlertid en stor andel funksjonshemmede kvinner som har måttet kjempe en hard kamp for disse rettighetene, for eksempel kvinner med muskel/skjelettplager, bekkenløsning og nakkeslengplager. Dette er grupper av funksjonshemmede som har betydelige merutgifter de i liten grad får dekket. Disse gruppene søker sannsynligvis også i høy grad alternative behandlingsformer fordi det ordinære behandlingsapparatet har lite å tilby.

Gjennom levekårsundersøkelsene for 1987, 1991 og 1995 er det godt dokumentert at betalingsevnen til funksjonshemmede er nær halvparten så sterk som for befolkningen for øvrig. Det viser seg at kvinner har betydelig lavere betalingsevne enn menn, og at kvinner utgjør omtrent 65 prosent av gruppen med lav betalingsevne. Dette har sammenheng med at flere kvinner enn menn er minstepensjonister, har deltidsarbeid og er sysselsatt i lavtlønnsyrker. I forhold til trygdeytelser (avhengig av opptjente poeng) rammes kvinner ekstra hardt på grunn av ikke-betalte omsorgsoppgaver i hjemmet. Kvinner blir imidlertid ikke bare vurdert som yrkesaktive, slik menn blir, men også

som husmødre i forhold til uføretrygd (se for eksempel Brækhus 1996). Unntakene er skilte og alenemødre, som blir vurdert på selvstendig grunnlag. Kvinner med funksjonshemming har i mindre grad enn andre kvinner fullt arbeid utenfor hjemmet, noe som innebærer dårligere økonomi – eller levekår – i forhold til andre kvinner og menn.

Funksjonshemmede kvinners muligheter til både å opprettholde et arbeidsforhold og komme ut i arbeid, er vanskelig bl.a. fordi samfunnsmessige holdninger tilsier at kvinners yrkesdeltakelse ikke er like viktig som menns. Imidlertid viser en ny undersøkelse om funksjonshemmede kvinner at inntektsgivende arbeid er en svært sentral verdi (Sørheim 1998). Kvinnene i undersøkelsen viser tydelig at de ikke ønsker å gå inn i mer «tradisjonelle» kjønnsrollemønstre på grunn av funksjonshemming, noe som kunne ha vært en mulig mestringsstrategi i forhold til de jobb- og arbeidsmarkedsmessige problemene de møter. Livskvalitet – eller det gode liv – for kvinner med funksjonshemming, handler både om kvinners mulighet til aktiv deltakelse på arbeidsmarkedet og om kvinners muligheter til å få slippe å delta.

Rehabilitering innebærer både tiltak ved institusjonsopphold (Sunnaas, Beitostølen, sydenturer og liknende) og i nærmiljøet. Nærmiljøtiltak omfatter for eksempel tilpasning i hjemmet og på arbeidsplass/skole, fysikalsk behandling, trening, medisinsk-/psykologisk behandling, logoped- og hjemmetjenester. Rehabilitering er et viktig område for funksjonshemmede enten man er i arbeid eller ikke. Det er vesentlig at rehabilitering er tilgjengelig, starter tidlig i et forløp og at det er et livsløpsperspektiv på rehabiliteringen. Det innebærer bl.a. at rehabiliterende tiltak er tilpasset og tilgjengelige i ulike perioder gjennom funksjonshemmedes livsløp. Et problem mange kvinner møter, er at de sent kommer igang med rehabilitering bl.a. på grunn av problemer rundt det å få en medisinsk bekreftelse på sine helseproblemer. Et annet forhold som kan vanskeliggjøre rehabilitering, er at rehabiliteringstiltak i liten grad er tilpasset småbarnsmødres behov. Den nye rehabiliteringsmeldingen (Ansvar og meistring: mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk, St meld nr 21 1998–99) har et klart individ- og brukerperspektiv på rehabilitering. I tillegg er det viktig å ha et kjønnsperspektiv i forhold til tilbud og tiltak som settes igang.

### *Hjemmetjenester:*

Kvinner med funksjonshemming kan møte til dels store problemer i forhold til bruk av hjemmetjenester. To forhold skal spesielt trekkes frem: For det første ser det ut til at hjemmehjelp er en eldretjeneste og ikke tilpasset behovet for yngre funksjonshemmede og kvinner (Brevik 1996, Sørheim 1998). For det andre er tjenesten ikke tilpasset dagens yrkesaktive funksjonshemmedes kvinners behov for hjelp. En kvinne kan fungere godt som yrkesaktiv, men ha store problemer med husarbeid eller i kombinasjon med husarbeid og liknende oppgaver. Yrkesaktive kvinner får vanskelig hjelp, og dette er med på å stimulere det svarte arbeidsmarkedet fordi mange kvinner faktisk er avhengige av hjelp.

Brukerstyrt personlig assistanse er en hjelpeordning for funksjonshemmede. Målsetningen er at brukeren gjennom å inneha arbeidslederrollen skal få reell styring over tjenesten og at denne dermed blir fleksibel og tilpasset den enkeltes behov. Dette gir økt livskvalitet, og viser seg å være en vellykket ordning for mange (Askheim 1997, Guldvik 1997).



*Vold, seksuelle overgrep og seksuell trakassering:*

Internasjonal forskning viser at barn og voksne med funksjonshemming har betydelig økt risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep (se Kvam 1995 og Sørheim 1998). Kontakt med ansatte i tiltaksapparatet gir økt risiko for overgrep. En norsk kvalitativ undersøkelse synliggjør at seksuelle overgrep og seksuell trakassering er et alvorlig problem for kvinner med fysisk funksjonshemming (Sørheim 1998) og at dette har store konsekvenser både for kvinnens helse og andre forhold. Kvinnene i undersøkelsen mente at synlig funksjonshemming og avhengighet til andre mennesker er med på å skape utsatthet for overgrep både når overgriper er kjent og ukjent. Forskningsbasert kunnskap om hvor mange funksjonshemmede kvinner som utsettes for vold og overgrep finnes ikke, men erfaringer viser at det er et omfattende problem (Johansen og Stordal 1998). En hypotese er at det blant kvinner med funksjonshemming kan være enkelte som er mer utsatt for overgrep enn andre, for eksempel kvinner med psykisk utviklingshemning, synshemmede og de som har minst reell innflytelse over egen situasjon.

*Reproduktiv helse:*

Reproduktive helse spørsmål, som prevensjon, svangerskap, infertilitet og abort, er like viktige for kvinner med funksjonshemming som for kvinner generelt. Dette gjenspeiles derimot ikke i måten kvinner med funksjonshemming blir møtt i helsevesenet (jfr. kap. 8).

**7.4.4 Forslag til satsningsområder og tiltak**

Det er av vesentlig betydning å integrere funksjonshemmetperspektivet i alle sammenhenger der kvinnehelse spørsmål tas opp, og å integrere kvinneperspektivet – eller et kjønnsperspektiv – i alle typer forhold som angår funksjonshemmede. Samtidig må innvandrerperspektivet naturlig integreres i forhold som angår kvinnespørsmål og funksjonshemmede. Dette innebærer at en i forskning, utredning, planlegging, tiltak og i brukerorganisasjonenes aktiviteter må integrere alle perspektivene der det er mulig og hensiktsmessig. For å kunne fremme likestilling mellom kvinner og menn, funksjonshemmede og ikke funksjonshemmede, innvandrere og resten av befolkningen og mellom kvinner med funksjonshemming og kvinner uten funksjonshemming, er integreringen av perspektiver som her er skissert en nødvendig forutsetning.

Mer konkrete forslag til satsningsområder er følgende:

- Fremskaffe bedre levekårsdata om funksjonshemmede som skiller mellom menn og kvinner.
- Se på hvilke virkemidler man kan bruke for å få en bedre fordelingspolitikk med tanke på de økonomisk dårligst stilte kvinnene, og avskaffe husmorregelen i Folketrygden.
- Avskaffe samordningsregelen slik at menn og kvinner betraktes som frittstående individer i forhold til ytelser fra Folketrygden.
- Det er behov for mer skolering av ansatte i arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten i forhold til å kunne gi bedre mulighet for studie- og yrkesveiledning og i forhold til attføring generelt. Tiltak må dessuten samordnes.
- En større satsning fra arbeidsmarkedsetaten som «døråpnere» til arbeidsmarkedet og tilrettelegger er nødvendig for å komme inn på arbeidsmarkedet. Samtidig er det vesentlig å satse på tilrettelegging av

arbeidsplasser (ulike kompensatoriske løsninger) og hjemmesituasjonen (ved for eksempel bruk av hjemmehjelp og liknende tjenester) for å kunne opprettholde et arbeidsforhold. Mulighet for gradert uførepensjon vil være en fordel.

- Det er behov for et kvalitativt og kvantitativt bedre tjenestetilbud fra hjemmetjenestene gjennom hele livsløpet for kvinner med funksjonshemning.
- Det er behov for et forebyggende perspektiv i forhold til tiltak som kan redusere merbelastninger og senskader.
- Et helhetsperspektiv på behandling og rehabilitering er en forutsetning for et vellykkede tiltak. Betydningen av eksistensielle/psykologiske aspekter ved funksjonshemning må integreres ved behandlings- og rehabiliteringsopplegg. Samtidig må tiltakene ha et klart kjønnsperspektiv i tillegg til individ- og brukerperspektivet i forhold til planlegging og gjennomføring av tiltakene.
- Det er behov for kunnskap og samarbeid knyttet til reproduktiv helse og morsrollen i forhold til funksjonshemmede både i helsevesenet og blant kvinner.
- Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om innvandrerkvinner med funksjonshemning. Tiltaksapparatet trenger kunnskap om innvandrerkvinner med funksjonshemning og helserelaterte problemstillinger. Samtidig trenger innvandrerkvinner rettighet- og mulighetsorientert kunnskap.
- Vold og seksuelle overgrep er et område det trengs mer forskningsbasert kunnskap om. Samtidig er det viktig å spre allerede eksisterende kunnskap om funksjonshemmede og overgrep til tjenesteapparatet, for eksempel til helse- og sosialtjenesten, påtalemyndigheter, domstolene og til private tjenesteutøvere som har med funksjonshemmede å gjøre. Det er behov for konkrete og forpliktende handlingsplaner som sier noe om hvordan overgrep kan forebygges og følges opp etter hendelsen.
- Skolering av funksjonshemmede er viktig, men en generell skolering av offentlig og privat ansatte om funksjonshemmedes situasjon, er også nødvendig. Kunnskapen må være kjønnsspesifikk.

#### 7.4.5 Utsatte enslige mødre

Enslige mødre er en svært sammensatt gruppe av kvinner (Kjeldstad 1998). Det store flertallet er enslige i en kortere overgangsperiode, og står uansett ikke i fare for å oppleve en tilværelse som marginalisert. Men blant de enslige mødrene er det særlig noen som står i fare for å pådra seg betydelige helserisiki. De fleste av disse mødrene kjennetegnes ved at de er blitt enslige i ung alder, at de ikke har hatt noe (langvarig) samliv med barnefaren, at de har lav utdanning, liten arbeidserfaring og lav eller ingen inntekt. En direkte sammenheng mellom mors levekår og barnets helse er rapportert av Arntzen (1996). Data fra medisinsk fødselsregistre viste at lav utdanning hos mor hadde sammenheng med høyere forekomst av spedbarnsdødelighet, og at når far ikke var registrert ved fødselsregisteret var forekomsten høy både for dødfødsel og spedbarnsdødelighet. En svensk studie har identifisert en rekke psykososiale faktorer som øker risikoen for å utvikle komplekse helseproblemer både hos moren og hennes barn (Sydsjö 1992). Blant disse forholdene er ung alder, å være helt alene om graviditeten og å ha vært arbeidsledig i minst ett år før graviditeten.

Som vi skal se i kapittel 11, er disse kvinnene mottakere av et lappverk av økonomiske ytelser: Overgangsstonad, sosialhjelp, bostøtte og bidrag fra barnefaren. Forbruket av sosialhjelp viser at denne gruppen ofte befinner seg i økonomisk nød, og at de hyppig oppsøker sosialkontor. Mange opplever fortsatt dette som uverdig, og de ansattes holdninger og spørsmål som mistenkeliggjørende og ydmykende.

Vi har ikke kvantitative studier som viser de langvarige helseeffektene av å være enslig mor med vanskelig økonomi. I kvalitative studier av kvinner med muskel- og skjelettlidelser har en imidlertid funnet flere kvinner som har hatt store belastninger som enslige forsørgere (Lilleaas 1995). Det var også kvinner som hadde vært eneforsørgere i mange år og som var uten avlastningsmuligheter, som hadde de fleste og de verste symptomene. Det betyr at helsefremmende arbeid må fokusere på både kroppsvaner som skaper smerte, og på hva som trengs av kunnskap og støtte for å komme ut av en fastlåst situasjon. Hjelp til å tolke symptomer, lære seg grensesetting, bevege seg på nye måter eller se kritisk på egne vaner har liten hensikt, dersom kvinnens hovedproblem er at hun ikke vet hvordan hun skal få betalt strømregningen, eller at hun mangler støttespillere som kan avlaste henne. Derfor er avlastningsmuligheter og økonomisk støtte til eneforsørgere viktig forebyggende helsearbeid. Sikring av et inntektsgrunnlag som det går an å leve et verdig liv med, vil være et viktig helsefremmende tiltak. For noen vil den økonomiske situasjonen være mest prekær, for andre kan behovet for avlastning være overordnet.

Det synes rimelig at en langvarig periode med eneansvar for forsørgelse, oppdragelse og omsorg for barn, kombinert med dårlig økonomi, svak utdanning og opplevd sosial stigmatisering, lett kan gi negative helseeffekter. Særlig viktig er det at mange av disse kvinnene faller utenfor i ung alder, de så og si snubler i starten på sin voksentilværelse. De står i fare for å måtte leve store deler av livet som enslig utenfor et stabilt yrkes- og utdannelsesliv, noe som sannsynliggjør varige negative helseeffekter.

En tilværelse hvor økonomien er hardt presset og hvor en står alene med et stort ansvar, kan for det første føre til helseplager. For det andre vil sykdom kunne få svært mye til å rakne når en går på så stram line. Utvalget mener det er viktig, både for kvinnens helse og for deres barn, at enslige mødre sikres økonomisk trygghet til et anstendig liv, og hjelp og avlastning i situasjoner og faser hvor det er nødvendig. Samtidig må en unngå å skape støtteordninger som låser kvinner fast i en marginalisert situasjon.

#### 7.4.6 Eldre kvinners helse

Data fra Helseundersøkelsen i 1995 viser at eldrebefolkningen er blitt mer rørlig, ved sammenlikning av funksjonsnivået for personer i aldersgruppene 66 til 79 år i henholdsvis 1985 og 1995. Lingsom (1989) har tidligere funnet tilsvarende utslag ved sammenlikning av data fra levekårsundersøkelsene 1973–1987. Vi ser også spor av denne tendensen i datamaterialet fra levekårsundersøkelsene når vi sammenlikner utvalg fra de eldste generasjonene på tilsvarende alderstrinn. Innenfor aldersgruppene er tendensen til svekket funksjonsevne med økende alder likevel fortsatt det mest markerte utviklingstrekket for de eldste generasjonene.

Andelen hjemmeboende blant de eldste og mest skrøpelige eldre var sannsynligvis høyere både i 1991 og i 1995 enn den var i 1980, på grunn av at

omsorgen for hjelpetrengende eldre i økende grad blir basert på hjelp i hjemmet i stedet for innleggelse på institusjon (Lingsom 1991)

Det er en klar tendens til stigende helseproblemer med økende alder, og det går også fram at det stort sett er en større andel av kvinnene enn mennene som får slike problemer med økende alder. I de eldste generasjonene er det en høy andel som rapporterer at de har problemer med funksjons- og bevegelseevne. I 1991 (ved gjennomsnittsalder 76 år) rapporterte rundt halvparten av kvinnene født 1911–20 at de hadde problemer med nedsatt funksjonsevne (54 prosent) og nedsatt bevegelseevne (41 prosent), mens tilsvarende andeler for mennene i samme kull var henholdsvis 43 og 28 prosent.

I et generasjonsperspektiv er det imidlertid verdt å merke seg at andelen med nedsatt funksjons- og bevegelseevne både for kvinner og menn lå på et litt lavere nivå i 1991 enn på tilsvarende alderstrinn i 1980. For mennenes vedkommende gjaldt denne bedrede tendensen også andelen med *sterkt nedsatt arbeidsevne* (Skrede og Ryen 1999) og andelen som er *hjelpetrengende*, mens tendensen for kvinnenes vedkommende her er motsatt. For de eldre mennenes vedkommende har utviklingen med andre ord gått i retning av reduserte helseplager i den yngre fødselskohorten, mens tendensen ikke er like entydig positiv for kvinnenes vedkommende. Her må en imidlertid ta hensyn til betydelig usikkerhet ved tallene fordi gruppene er såvidt små. Utvalgssammensetningen i 1991 og 1995 er trolig også påvirket av at relativt flere av de mest skrøpelige eldre bor utenfor institusjon på 1990-tallet enn i 1980, og institusjonsboere kommer ikke med i de ordinære levekårsundersøkelsene (Lingsom, op.cit.). Denne utviklingen er sannsynligvis forsterket gjennom 1990-årene.

Det å være hjelpetrengende har også ulike konsekvenser, alt etter om en bor sammen med andre som kan yte hjelp. De store forskjellene mellom kjønnene i andelen som er hjelpetrenge i eldre år, må også sees i sammenheng med at kvinner er aleneboende i denne livsfasen i mye større grad enn menn. Både forskjellene i gjennomsnittlig levealder etter kjønn og gjennomsnittlige aldersforskjeller mellom ektefeller, bidrar til at menn i større grad enn kvinner har ektefelle i live også i de avsluttende livsløpsfasene. Andelen kvinner som bor alene har økt markert med økende alder innen de ulike fødselskohortene. I befolkningen som helhet er det også langt flere kvinner enn menn i aldersgruppene over 80 år. Per 1.1.1998 var to av tre eldre over 80 år kvinner. Den høye andelen hjelpetrengende blant eldre kvinner illustrerer at omsorgstjenestetilbudet for hjelpetrengende eldre er særdeles viktig for eldre kvinners levekår. For en beskrivelse av eldre kvinners sykdommer og helsetjenestebehov, henvises til kap. 9.15 .

## Kapittel 8

**Reproduktiv helse**

Begrepet reproduktiv helse omfatter seksualitet, graviditet, fødsel, abort, prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer, kreft og infertilitet. I internasjonal målestokk har norske kvinner god reproduktiv helse. Økt utdannelse, økt kvinnestatus og økt grad av selvbestemmelse i helsesammenheng, inkludert muligheten for kvinner til å klare seg på egen hånd, øker valgfriheten i sammenheng med reproduksjon. Det gjelder både muligheten til å unngå usikker sex, og økonomisk og personlig evne til å skaffe prevensjon eller abort dersom dette er nødvendig eller ønskes.

Oppfatninger om når man skal få barn og hvor mange det skal være, varierer fra kultur til kultur, og mellom mann og kvinne. I ulike kulturer er det ulike syn på hvor selvstendig en kvinne kan være i forhold til reproduksjon og forholdet til fosteret. Dette kan komme til uttrykk i ulike syn på hvorvidt kvinnen skal ha den suverene retten til å beslutte om hun vil fullføre et påbegynt svangerskap, og om samfunnet har rett til å pålegge henne visse adferdsbegrensninger, som for eksempel rusfrihet under graviditet. I Norge er kvinners rett til å bestemme over egen kropp et bærende prinsipp, som gjør seg gjeldende gjennom retten til selvbestemt abort, god tilgang på prevensjon, rett til gratis helsetjenester ved svangerskap og fødsel, og i en begrenset mulighet til å sette i verk kontrolltiltak mot gravide kvinner.

Svangerskapsomsorg og helsetjenester i forbindelse med fødsler er gjennomgående god. Mødredødeligheten er så godt som eliminert med en nedgang fra 6,7 per 1000 i 1860-årene til 3,3 per 1000 rundt 1900 og 1–3 dødsfall per 100000 i 1996. Spedbarnsdødeligheten, som rundt 1860 var i overkant av 150 per 1000 fødte, ligger nå nesten på det laveste nivået i verden.

Reproduktiv helse handler ikke bare om kvinner. Menns behov for å reprodusere, maktfordelingen mellom kvinner og menn og menns seksualatferd er i like stor grad med på å bestemme reproduksjonen. Det er viktig å ansvarliggjøre menn i alle forhold som har med reproduktiv helse å gjøre.

**8.1 Kvinners seksualitet**

Seksualiteten er en forutsetning for reproduksjon, men har også det særtrekket at den huser intimitet, nytelse og samkvem. Dette er påvirket av kultur, normer, følelser og identitet, samt av kjønnsroller. Derfor kan seksualiteten også være kilde til konfliktstoff og følelser knyttet til skyld og skam. Det finnes sterke normer for hvem som kan ha sex med hvem og under hvilke forhold. Det er allment akseptert at ungdom ikke skal ha samleie før de har nådd en viss modenhet – uttrykt blant annet i lov om seksuell lavalder, og at seksuelt samkvem ikke skal skje mellom nære slektninger eller under tvang eller vold – også dette nedfelt i lovgivningen. Homofile og lesbiske møter fortsatt ofte fordommer og mangel på kunnskap, også i helsevesenet.

Vi ser en økende tendens til at kvinner i dagens samfunn mottar til dels motstridende budskap om egen seksualitet. På den ene siden skal hun være sexy, vakker, tiltrekkende og feminin. På den andre siden skal hun passe på sin seksualitet, og ikke oppfordre menn til utukt eller voldtekt. Dette betyr at kvinnen tillegges et ansvar for å kontrollere menns seksualitet. Dessuten skal hun ikke være for tilgjengelig seksuelt, men samtidig nyte akseptert seksual-

itet fullt ut og ha evne til seksuell tilfredsstillelse. I tillegg skal hun passe på at seksualiteten er såpass kontrollert at det ikke oppstår uønskede konsekvenser som ikke-planlagte graviditeter. Dette er det ikke lett å leve opp til. Det norske samfunnets syn på kvinnelig seksualitet er fullt av kontraster, paradokser og dessuten represalier som rammer kvinner mer enn menn.

### 8.1.1 Kjønnforskjeller i seksuell adferd

Nordiske seksualvanestudier synes å peke i en bestemt retning: Fra slutten av 1960-tallet og fram til i dag har menn og kvinners seksuelle atferdsmønster blitt mer og mer likt. Det synes først å fremst å ha vært kvinner som har endret seksualatferd. Sentrale forutsetninger for denne endringen har sannsynligvis vært tilgangen på sikker prevensjon som kvinnen selv kontrollerer bruken av, og økt yrkes- og utdanningsmessig likestilling mellom de to kjønn.

At menns og kvinners seksualvaner er blitt mer like, betyr imidlertid ikke at kjønnforskjeller ikke lenger eksisterer. Kvinner har gjennomgående hatt færre seksualpartnere i løpet av livet enn menn. På spørsmål om hvor mange nye seksualpartnere folk hadde hatt i løpet av de siste tre årene oppga 67 prosent av menn mot 76 prosent av kvinner ingen, mens 3 prosent av menn mot 1 prosent av kvinner oppga å ha hatt flere enn tre nye partnere siste 3 år (Stigum et al. 1997). Kvinner og menn som lever alene rapporterer omtrent like mange partnere, selv om det er en tendens til at menn oftere oppgir å ha hatt mer enn 10 partnere. I alt 21 prosent menn og 12 prosent kvinner oppga å ha hatt et sidesprang i sitt nåværende faste forhold. Mens samleiefrekvensen har vært tilnærmet lik blant menn og kvinner i faste forhold, var det en tendens til at en større andel menn enn kvinner som bodde alene rapporterte mer enn fem samleier i løpet av siste måned 5–10 prosent av befolkningen regner seg som lesbiske eller homofile. I tillegg har mange fra tid til annen et homoseksuelt forhold, selv om de i hovedsak regner seg som heterofile. Lesbiske lever sammen i langvarige parforhold i større grad enn homofile menn (Malterud 1997).

#### 8.1.1.1 De første seksuelle erfaringer

Siden begynnelsen på 1970-tallet har jenter i Norge hatt sitt første samleie ved en tidligere alder enn gutter (Sundet et al. 1992). Median debutalder for samleie er for jenter drøyt 17 år og 18 år for gutter (Kraft 1991). At jenter har sitt første samleie før gutter kan rimelig forventes ettersom jenter i gjennomsnitt kommer tidligere i puberteten enn gutter, og kvinners seksualitet er underlagt færre restriksjoner i de nordiske land enn i flertallet av andre vestlige kulturer (Træen & Lewin 1992). De vanligste motiver for første samleie er forelskelse, nysgjerrighet, spenning og seksuell opphisselse. Følelser er viktigere for det første samleiet for jenter enn for gutter. Gutter er mer seksuelt motivert enn jenter. På samme tid er det jentene, og ikke guttene, som setter premissene for seksuell samhandling (Tracen & Kvaem 1996). Majoriteten av jenter har sitt første samleie i 17-års alderen med en 2–3 år eldre gutt som de har et fast forhold til (Træen, Lewin & Sundet 1992). Gutter i samme alder, som ikke får anledning til å gå inn i et forhold med en jevnaldrende jente, finner sjelden en 2–3 år yngre partner å være sammen med som også føler seg moden for et seksualliv. Vi ser at 17–19 åringer samler seksuelle erfaringer langs to ulike mønstre: Jenter har færre samleiepartnere og hyppigere samleie, mens gutter har flere partnere og færre samleier. Den første utprøvingen av voksen seksualitet

er en spennende, usikker og sårbar fase for de fleste unge. Veien kan være kort mellom frydefull glede og krenkelser eller selvbebreidelser. For unge lesbiske vil prosessen med å erkjenne og anerkjenne egen seksualitet være avgjørende, med muligheter for både positive og negative utfall. God støtte fra nærmiljøet er viktig.

### **8.1.1.2 Seksuell sosialisering**

Omlag 2 av 3 av kvinner, mot omlag 2 av 5 menn, oppgir at seksualiteten er svært viktig for dem som uttrykk for kjærlighet. Kvinner knytter med andre ord seksualiteten sterkere til kjærlighet enn menn gjør. Mens tenåringsjenter nesten utelukkende motiverer sine tidlige samleier med kjærlighet, er tenåringsgutter like sterkt motivert av seksuelle forhold (Tracen & Kvaalem 1996). Den seksuelle sosialiseringprosessen er fortsatt noe ulik for gutter og jenter. Hvordan vi uttrykker vår seksualitet er i stor grad sosialt og kulturelt bestemt. I samspill med omgivelsene lærer vi oss når, med hvem og med hvor mange vi kan leve ut vår seksualitet. Like synlig for øyet som gutters penis er, er jenters klitoris usynlig og gjemt. Fordi klitoris er mindre synlig er det jevnt over vanskeligere for jenter å bli kjent med kjønnsorganene sine og dermed også sin egen seksualitet. Ikke alle foreldre er flinke til å la småjenter få anledning til å utforske kjønnsorganene sine.

Anatomien kan imidlertid ikke ta hele skylden for usynliggjøringen av jenters seksualitet. Også kulturelle og religiøse oppfatninger om kvinners seksualitet har bidratt til dette. Tradisjonelt har kvinners seksuelle følelser og behov blitt sett på som både i strid med moralregler og naturens orden. Jenters seksualitet er fortsatt underlagt en strengere seksualmoral enn gutters.

Majoriteten av menn og kvinner oppgir at de er fornøyd med sitt seksualliv. Den norske seksualvaneundersøkelsen i 1992 viste likevel at flere gifte/samboende menn (45 prosent) enn kvinner (18 prosent) ønsket å ha samleie oftere enn de hadde. Flere menn (43 prosent) enn kvinner (20 prosent) sier de aldri har problemer med å bli seksuelt opphisset eller motivert, mens flere kvinner (32 prosent) enn menn (13 prosent) svarer at de har problemer med motivasjonen ofte eller av og til. Videre oppgir flere kvinner enn menn at de ofte eller av og til er avvisende når partneren har lyst på sex, og flere menn enn kvinner svarer at partneren deres er avvisende når de har lyst på sex. Flere kvinner enn menn oppgir også at de har orgasmeproblemer. Det er også vanligere at kvinner enn menn later som de får orgasme under samleie (Dalen 1997).

### **8.1.2 Seksuelle problemer hos kvinner som følge av sykdom eller skade**

Seksuelle problemer er sammensatte og kan skyldes både fysiske, psykiske og sosiale forhold. Kvinners seksualitet defineres og forklares ofte ut fra de sistnevnte, mens endring av fysiske forutsetninger overses.

Noen fysiske forutsetninger synes å være nødvendige for lyst og opplevelse. De viktigste er normal anatomi i underlivet, god blodforsyning, normal hormonstatus og et intakt nervesystem. Ved sykdom og skade kan en eller flere av disse forutsetningene endres. I tillegg kan for eksempel medikamenter virke inn. Ved langvarig fysisk sykdom opptrer ofte kronisk tretthet, depresjon og endret kroppsbilde som kan påvirke seksualfunksjonen. Generelle handikap kan gjøre at vanlig seksuell atferd blir vanskelig. Kroniske

smertesyndromer i underlivet vil naturlig nok også påvirke alle deler av seksualfunksjonen.

Den normale opphisselsesreaksjonen innebærer økt blodgjennomstrømming og opphopning av blod i kjønnsorganene. Dette fører til økt fuktighet i skjeden (lubrikasjon) hos kvinnen. En rekke sykdommer kan gi lubrikasjonsforstyrrelser; atherosclerose (fettavleiring i blodårene), brudd i bekkenet og sykdommer som Sjøgrens syndrom og diabetes.

10 prosent av alle kvinner rapporterer at de aldri har hatt orgasme og 50 prosent opplever situasjoner eller faser i livet hvor de har problemer med dette (Heiman et al. 1997). Operasjoner eller skader i underlivet eller nedre del av tarmen som påvirker blodforsyning og særlig nervesystemet, kan gjøre det vanskelig å oppnå orgasme. Ved sykdommer som kan gi nedsatt eller endret følelse i underlivet som MS, ryggmargsskader og nevropatier, ses forsinket eller endret orgasme (Foley et al 1997). Sannsynligvis vil også skader i hjernen kunne påvirke orgasmeopplevelsen. Også på dette området rapporteres at medisiner kan virke negativt inn. Særlig gjelder dette de nye antidepressiva («lykkepillen»), men også andre medisiner som brukes mot psykiske lidelser.

Seksuelle problemer har tradisjonelt blitt oppfattet som psykisk betinget. Psykiske faktorer vil ofte spille en rolle også hos kvinner med fysiske sykdommer og skader, men vi ser nå en økende interesse for at seksuelle problemer kan ha fysiske forklaringer. Det er viktig å fokusere på at seksuell dysfunksjon kan være første symptom på mulig alvorlig sykdom. Samtidig er dette en tilleggsplage hos kvinner med en rekke forskjellige og til dels kroniske lidelser. Mange av disse sykdommene, skadene og medikamentelle bivirkningene rammer unge kvinner, og seksuell dysfunksjon er med på å forringe deres livskvalitet.

Undersøkelser viser at pasienter savner at helsearbeidere tar opp seksuelle problemer som følge av sykdom eller skade, og de savner råd og eventuell behandling. Hvis disse pasientene skal kunne hjelpes trenger vi mere kunnskap. Dette vil kreve kartlegging av omfanget av problemet hos aktuelle grupper kvinner, samt betydelig mer kunnskap om hvordan kvinnene kan hjelpes ut fra sine behov.

Mange flere kvinner enn menn synes å ha problemer med å oppnå seksuell nytelse. Likevel får ulike behandlingsformer for mannlige seksuelle problemer større oppmerksomhet enn seksuelle problemer hos kvinner, jfr. diskusjonen om «potens-pillen» i internasjonale og norske medier.

*Utvalget mener at det er viktig at helsearbeidere og kvinner selv får større kunnskap om gode rammer for seksuell glede, og om årsaker til seksuelle problemer for kvinner, slik at de som trenger kvalifisert hjelp kan få det.*

## 8.2 Prevensjonsbruk

---

Det finns ingen løpende registrering av prevensjonsbruk i Norge. Statistisk Sentralbyrå har utført to intervjuundersøkelser (1977, 1988) som gir landsdekkende data for prevensjonsbruk. Norsk Medisinaldepot oppgir salgstall for p-piller, mini-piller og spiraler. I tillegg har Statistisk Sentralbyrå tall for utførte steriliseringer. Verken salgstallene eller steriliseringstallene forteller noe om hvem brukerne er.

Vi vet derfor ikke nok om brukermønstrene for prevensjon i Norge på 1990-tallet. Men selv om det totale antallet prevensjonsbrukere ikke har



endret seg fra slutten av 1970-årene til slutten av 1980-årene, vet vi at brukermønstrene må ha endret seg betydelig over 10-året. P-piller brukes først og fremst blant yngre kvinner før de får sitt første barn. Brukermønstrene fra slutten av 1980-årene viser at helsevesenets anbefalinger om spiralbruk mest til «voksne» kvinner har slått igjennom. Det er først og fremst kvinner, og blant dem de med flere barn, som velger sterilisering. Med hensyn til kondom bruk viste undersøkelsene gjennomført av Statistisk Sentralbyrå, henholdsvis 1977 og 1988, ingen forskjell over tid. Dette overrasker da man kunne ha forventet en betydelig økning i kondombruk i noen aldersgrupper fra 1977 til 1988, da 1988-undersøkelsen er sammenfallende i tid med kostbare kondomkampanjer som ledd i bekjempelsen av hiv/aids.

Vi vet at prevensjonsbruk de siste 30 år fordeles mellom p-piller, kondom og spiral, og sterilisering. Ved utgangen av 1997 er det anslagsvis ca 50 000 kvinner som bruker hormonspiral i Norge, mens antallet brukere av kopper-spiral er anslått til ca 130–140 000. Det er forskjeller i bruk av prevensjon mellom de nordiske landene. P-piller brukes mer i Danmark og Sverige enn i Norge. Spiralbruken er større i Norge og Finland sammenlignet med Sverige og Danmark.

Et viktig trekk ved jenter som verken bruker smitte- eller svangerskapsforebyggende midler er at de oppgir å ha problemer med å nyte sin egen seksualitet (Tracen & Kvaem 1996). Disse jentene drikker oftere før samleie, noe som igjen har direkte sammenheng med ikke å bruke prevensjon. I lys av dette blir det viktig å oppmuntre unge jenter til å bli kjent med og glad i egne seksuelle og følelsesmessige behov. Vi har en tendens til å hevde at folk ikke klarer å bruke smittebeskyttelse når de befinner seg i situasjoner som innebærer en potensiell risiko for smitte med kjønnssykdommer. Dette er imidlertid neppe tilfellet. Det er mer sannsynlig å anta at de seksuelle aktørene i en romantisk situasjon ikke har noen intensjon om bruk av smittebeskyttelse. Når tilfeldige seksuelle møter er romantiserte, og aktørene har liten trening i verbal kommunikasjon om hva det seksuelle møtet handler om, bare sex eller sex og kjærlighet, blir det vanskelig å treffe fornuftige handlingsvalg med hensyn til bruk av smittebeskyttelse.

### 8.2.1 Prevensjon for å hindre uønsket graviditet

Majoriteten av norske ungdommer bruker prevensjon ved samleie (Træen, Lewin & Sundet, 1992b). Det er en tendens til at ungdom som ikke bruker noen form for prevensjon ved det første samleiet fortsetter å ikke bruke prevensjon, og at ungdom som bruker prevensjon fortsetter bruken. Bruk av p-piller synes å være en funksjon av samleieaktiv tid. Man har funnet at kondombruken falt fra 46 prosent blant jenter som hadde vært samleieaktive i under to år til 14 prosent blant de som hadde vært samleieaktive i tre år eller lenger. P-pillebruken økte fra 26 prosent blant jenter som hadde vært samleieaktive i under to år til 55 prosent blant de som hadde vært samleieaktive i tre år eller lenger. Bare jenter kan bruke p-piller, og bare gutter kan bruke kondom. To til tre år etter det første samleiet tar jenter over ansvaret for bruk av prevensjon, og kondom byttes ut med p-piller. Ungdom som bruker kondom gjør det for å beskytte seg mot uønsket graviditet. Beskyttelse mot kjønnssykdommer er et underordnet motiv. Det kan se ut som om mange unge kvinner er mer redde for ufrivillig barnløshet enn for uønsket svangerskap eller kjønnssykdommer som aids. I strategier for å få ungdom til å bruke prevensjon er det

viktig å informere om at noen kjønnsykdommer som for eksempel Chlamydia kan føre til infertilitet.

### 8.2.2 Prevensjon for å hindre kjønnsykdommer

Om lag tre prosent av ungdom og voksne har betydelig flere samleiepartnere enn andre (Træen & Lewin 1992, Stigurn et al 1997). Denne gruppen av spesielt seksuelt aktive, hvor en tredel er kvinner, representerer en risiko for spredning av kjønnsykdommer i befolkningen. 16 prosent av gifte/ samboende menn og 13 prosent av kvinnene oppgav at de ikke brukte kondom ved sitt siste sidesprang (Træen & Stigum 1998). I gruppen enslige kvinner i alderen 18–35 år økte kondombruken ved siste samleie fra 14 prosent i 1987 til 20 prosent i 1992 (Stigum et al. 1995). I mange tilfeller fungerer bruk av prevensjonsmiddel som sovepute for smittebeskyttelse i mindre risikofylte situasjoner. Voksne bruker kondom sjeldnere enn ungdom ved samleie med en ikke fast partner. Dette betyr at de er mer utsatt for smitte med kjønnsykdommer enn ungdom (Sundet et al 1989, Træen and Lewin 1992, Statens institutt for folkehelse, 1993).

### 8.2.3 Sterilisering

Steriliseringshyppigheten i Norge er høyere for begge kjønn enn i de andre nordiske landene. Selv om Lov om sterilisering gir kvinner og menn – 25 år og eldre – rett til dette inngrepet i det offentlige helsevesenet, er denne rettigheten begrenset. Sterilisering har vært et uprioritert inngrep ved norske sykehus, med til dels lang ventetid. Antallet sterilisering blant kvinner økte fra i underkant av 1500 på landsbasis i 1970 til nær 8000 i 1983. Tallet har i 1997 så gradvis sunket til 4366 i 1997 (SSB). Færre menn enn kvinner steriliserer seg, men de senere årene har antallet mannlige steriliseringer økt til noe over 3000 på årsbasis.

Stortinget har vedtatt en endring i Steriliseringsloven, som trådte i kraft 1. januar 1998. Endringen innebærer at sterilisering av kvinner etter fylkesleings godkjenning nå også kan foretas i kirurgisk poliklinikk eller annen ambulant spesialistpraksis utenfor sykehus hvor det anses forsvarlig. Tidligere var det bare adgang til sterilisering av kvinner i sykehus. Sterilisering av menn kunne også tidligere foretas utenfor sykehus. Regelen for hvor sterilisering kan foretas er dermed blitt den samme for kvinner og menn.

### 8.2.4 Helsevirkninger av prevensjon

Fra tid til annen settes det fokus på negative helseeffekter ved bruk av prevensjon; i hovedsak p-piller og spiral. Blant annet har store medieoppslag om at forskning har påvist økt risiko for blodpropp i vener og lunger blant p-pillerbrukerne som brukte preparatet Marvelon, ført til at nær 50 000 kvinner sluttet å bruke dette preparatet i 1995.

Slike alvorlige bivirkninger er svært sjeldne, og det anslås at p-piller har flere positive helseeffekter enn negative, for eksempel har kvinner som bruker p-piller redusert risiko for kreft i eggstokkene og kreft i livmoren. Men det pågår også en diskusjon om sammenheng mellom p-piller og brystkreft blant kvinner som bruker p-piller i 6–10 år før de får det første barnet. Risikoen synes å være uhyre liten.

Ikke noe prevensjonsmiddel er 100 prosent effektivt og helt uten bivirkninger. Bivirkninger ved hormonpreparatene er mange og opptrer i varierende hyppighet. Fortsatt er det slik at de fleste som slutter med for eksempel p-piller, gjør dette fordi de ønsker å bli gravide, eller fordi de ikke lenger har et prevensjonsbehov. Blødningsforstyrrelser og humørsvingninger er de hyppigst nevnte bivirkningene ved p-pille bruk. Likeledes er blødningsforstyrrelser og (menstruasjons-) smerter de mest vanlige plagene ved bruk av spiral. Sene plager etter sterilisering er lite vanlig.

*Utvalget mener at alle bør ha tilgang på god og effektiv prevensjon. Dette inkluderer tilgang på god informasjon og individuell veiledning. Forsøk med å øke tilgjengeligheten av prevensjonsmidler til unge seksuelt aktive menn og kvinner må støttes. Likevel er det viktig at sikkerheten ved bruk av prevensjon stadig gjøres til gjenstand for kvalitetsvurderinger.*

### 8.3 Abort i Norge

---

Abort, fremkalt abort og provosert abort brukes synonymt med svangerskapsavbrudd, og forstås som aktiv avbrytelse av et svangerskap. Lov om svangerskapsavbrudd fra 1978 lovfester kvinnens rett til svangerskapsavbrudd innen de 12 første ukene av svangerskapet. I Norge skal inngrepet utføres av helsepersonell på sykehus. De biologiske forskjellene det er mellom kjønnene i reproduksjonsprosessen og kvinnens særstilling i fødselsprosessen, avspeiles i lovverket ved at retten til selvbestemt abort er kjønns spesifikk, det vil si kvinnens selvstendige valg.

Begjæring om svangerskapsavbrudd kan settes fram direkte til sykehuse (i Oslo), eller via primærlege. Det er opp til de gravide kvinnene å bestemme hvem de vil informere om at de er gravide, hvem de vil diskutere utfallet med, og hvem de vil ta beslutningen om svangerskapsavbrudd sammen med. De fleste, mer enn 90 prosent, har informert og diskutert svangerskapsutfallet med barnefaren. Yngre kvinner – under 20 år – involverer oftere egen mor enn far i beslutningsprosessen. De aller fleste kvinnene har tatt beslutningen om abort før de oppsøker helsevesenet for å begjære svangerskapsavbrudd. Den informasjon som legen gjennom abortloven er pålagt å gi under abortbegjæringen, blir for mange uvesentlig for beslutningen om abort. Men den er viktig for å skape trygghet i ventetiden og for å gi visshet om hva som skal skje under inngrepet. Legen som signerer abortbegjæringen bekrefter at han/hun har gitt informasjon om hvordan inngrepet utføres og hvilke komplikasjoner som kan oppstå. Videre er legen pålagt å informere om hvilke trygderettigheter gravide kvinner har om de ønsker å fullføre svangerskapet frem til fødsel. Forskere har påvist at form og innhold på abortkonsultasjonen varierer fra sykehus til sykehus, og det er ikke utarbeidet spesielle faglige retningslinjer for hvordan denne konsultasjonen skal legges opp. Her er det rom for kvalitetsforbedringer som sikrer lik behandling uansett hvor i landet kvinnen bor.

#### 8.3.1 Eftervirkninger av abortinngrep

Sett i et internasjonalt perspektiv er det få komplikasjoner ved abortinngrep slik de utføres ved norske sykehus. Både norske og utenlandske studier viser at fruktbarheten er like høy etter som før et abortinngrep. Siden ett eller flere abortinngrep ikke nedsetter senere evne til å bli gravid eller fullføre svanger-

skap, er det å komme i gang med å bruke effektiv prevensjon etter inngrepet viktig for at man ikke skal komme i samme nødsituasjon. De aller fleste som gjennomgår et abortinngrep er lettet over at det hele er over.

I følge en studie av Skjeldestad (1994), hevder mange kvinner at de opplever situasjonen rundt det å være

uplanlagt gravid som en modningsprosess. Hun må ta stilling til forholdet til barnefaren: Skal de flytte sammen, bryte opp, kan hun regne med støtte fra barnefaren hvis hun blir enslig forsørger? Hun må ta stilling til mange praktiske aspekter ved det å kunne få barn i nærmeste framtid: Skole/utdanning, arbeidssituasjon, bolig, antall barn fra før, egen helse, syke barn, sykmeldt/arbeidsledig ektemann/samboer, syke/gamle foreldre. I tillegg blir hennes egne moralske standpunkter satt på prøve. Gjennom denne prosessen er åpenhet til de nærmeste omgivelsene viktig for forståelse for premisene til de valgene som tas. Det meste av forskningen rundt abort viser at har man god støtte for valget som gjøres, er risikoen svært liten for å oppleve alvorlige psykiske lidelser etter abortinngrepet.

### 8.3.2 Antallet svangerskapsavbrudd

Abortloven gir fosteret økende rettsvern med økende svangerskapslengde. Det skal mer alvorlige, tungtveiende grunner for å innvilge på søknad i 18. svangerskapsuke enn i 13. svangerskapsuke. I Norge er øvre grense for svangerskapsavbrudd satt til fullgåtte 18 svangerskapsuker. Evaluering av hvorvidt aborttallene er høye eller lave krever referanserammer som er konkrete og gir et meningsfullt sammenligningsgrunnlag. Siden abortlovgivningen gjennomgikk to lovendringer i 1970-årene, er det naturlig å starte sammenligningen med en historisk oversikt over abortutviklingen. Innvilgelse av abort på sosiale indikasjoner var ikke inkludert i den første abortloven som trådte i kraft i februar 1964. Abort på sosial indikasjon var et politisk stridsemne inntil kravet om selvbestemt abort vokste sterkere på slutten av 1960-tallet og begynnelsen av 1970-tallet.

Norge fikk ingen god offentlig abortstatistikk før 1964. Fra 1964 fram til 1972 økte de årlige abort-tallene fra vel 4 500 til over 12 000. Etter 1974 har tallene variert mellom 13500–16000 svangerskapsavbrudd i året. Stikk i strid med hva kritikerene av liberaliseringen av abortlovene på 1970-tallet hevdet, har ikke de absolutte aborttallene i Norge økt etter 1974.

Andelen aborter i første og andre tredjedel av svangerskapet har vært svært stabile etter 1979. Mellom 97–98 prosent av alle abortene har vært i første tredjedel av svangerskapet, mens 2–3 prosent har vært i andre tredjedel av svangerskapet. Tilsvarende har andelen svangerskapsavbrudd på genetisk grunnlag (fosterdiagnostikk) økt og i større grad blitt konsentrert rundt svangerskapsukene 16–18. Mer oppmerksomhet og bedret diagnostikk både hva gjelder ultralyddiagnostikk og kromosomanalyser forklarer denne utviklingen fra midten av 1980-tallet.

I alle de nordiske landene er det betydelig variasjon i aborthyppighet mellom ulike landsdeler. Aborthyppigheten i Norge er lav på Sør- og Vestlandet, unntatt Hordaland, og stiger så langs kysten nordover. Østlandsfylkene har en abortforekomst tilsvarende Hordaland og Sør-Trøndelag, mens Oslo og de nordligste fylkene i årevis har hatt den høyeste aborthyppigheten. Dette viser at fenomenet svangerskapsavbrudd har et kulturelt mønster, det er ikke bare påvirket av lovgivning eller prevensjons tilgjengelighet. Aborthyppigheten er i Norge lav sammenlignet med for eksempel østeuropeiske land og USA.

### 8.3.3 Forebygging av uønskede svangerskap

Potensialet for forebygging av uønskede svangerskap er lite blant gifte kvinner i forhold til blant ugifte kvinner. Hvis vi antar at ca halvparten av ugifte kvinner er seksuelt aktive hver måned, vil aborthyppigheten blant seksuelt aktive ugifte kvinner estimeres til 40–45 svangerskapsavbrudd per 1000 ugifte kvinner i året. Tilsvarende tall oppgis av Verdens Helseorganisasjon som metode- og brukersvikt ved konsekvent kondombruk. Om abortforekomsten blant ugifte kvinner kunne bli lik den vi har for gifte kvinner, ville aborttallene stabilisere seg på rundt 9 000 svangerskapsavbrudd i året.

Når et ikke planlagt svangerskap er erkjent, velger enslige kvinner langt oftere svangerskapsavbrudd enn gifte/samboende kvinner. Bosituasjon, antall tidligere barn og holdning til dagens abortlov er også avgjørende faktorer for om det ikke planlagte svangerskapet blir fødsel eller abort. Sosialpolitiske tiltak og støtteordninger for gravide er i hovedsak rettet mot enslige kvinner. Studier viser at støtteordningene har liten innflytelse på om valget blir abort eller fødsel, men er av betydning for livsvilkårene for dem som har valgt å fullføre et ikke planlagt svangerskap. Forebygging av uønskede svangerskap kan og bør gjøres blant kvinner som ikke er gravide og blant menn. Det er gjennom større bevissthet om bruk av mer effektive metoder over lengre tid at ikke planlagte svangerskap kan forhindres.

I perioder med liten eller ingen seksuell aktivitet vil prevensjonsbruken avta. I perioder med liten eller ingen seksuell aktivitet har mange ingen fast partner. I seksualitetens irrganger er det spontane rom. I disse periodene, som kan være av kort varighet for mange, vil man være minst beskyttet mot svangerskap, samtidig som det er stor sannsynlighet for å velge abort dersom ikke planlagt svangerskap skulle oppstå, fordi man ikke har et etablert forhold til barnefaren. Derfor kan en og samme kvinne og en og samme mann i lange perioder være ansvarsbevisste prevensjonsbrukere, for så i andre faser av livet å ha uregelmessig prevensjonsbruk som samsvarer med lav eller ingen seksuell aktivitet. Det er i denne sammenhengen mange svangerskapsavbrudd blant kvinner uten fast partner kan forstås.

Tiltak som skaper åpenhet og øker tilgangen til prevensjon i samfunnet øker også det individuelle ansvaret for å beskytte seg mot ikke planlagt svangerskap. Forskning på beslutningsprosessen rundt det å velge abort etter erkjennelse av ikke planlagt svangerskap kan gi nyttig informasjon om åpenhet, grunner for, og psykisk slitasje/modning som abortsøkende kvinner opplever gjennom møter med nærmiljøet og helsevesenet. Vi trenger ny kunnskap om hva slags helsetjeneste de abort- og prevensjonssøkende kvinnene får, og hvor det er potensiale for forbedring av kvaliteten på den tjenesten de får, inkludert medisinsk rådgivning.

Utvalget ser seg fornøyd med den abortloven vi har i Norge – som sikrer rimelig lik tilgang på selvbestemt abort før 12 uker og gir adgang til trygge aborter i hele landet. Utvalget mener at man bør søke å lage en bedre ramme for kvalitetssikring av innholdet i abortveiledning innen de institusjonene som utfører aborter og støtter at det startes forsøk med medisinske aborter i Norge for å øke valgfriheten vedrørende abortmetoder. Vi mener også at god seksualopplysning og prevensjonsveiledning er viktige tiltak mot uønskede svangerskap.

## 8.4 Svangerskap og fødsel

---

### 8.4.1 Fruktbarhet i Norge

Førstegangsfødende er blitt stadig eldre de siste tiårene. I fødselskullet fra 1960 hadde knapt 75 prosent av kvinnene fått sitt første barn innen de fylte 30 år, mens andelen med barn ved 30 års alder var gått ned til vel 71 prosent i fødselskullet fra 1965. I fødselskullet fra 1960 var knapt 16 prosent av kvinnene barnløse da de passerte 35-årsalder. Noen av disse vil nok få barn senere i livsløpet. Utviklingen for de yngre generasjonene kvinner født etter 1965 peker også helt klart i retning av en høyere andel barnløse. De utsatte barnefødselene fører til at mange kvinner i fødselskullene fra 1960-tallet fortsatt vil være småbarnsmødre til langt opp i 40-årene, mens kvinnene i de forutgående generasjonene i stor grad hadde avsluttet småbarnsfasen før de var fylt 40. En annen interessant trend i fødselsmønsteret er at flere får bare ett barn, samtidig som det også er en tendens til økning i tredjebarnsfødselene.

I 1997 var halvparten av alle barn registrert i Medisinsk Fødselsregister født av foreldre som var gifte, resten var ugifte. Likevel vet vi at de fleste av mødrene ikke reelt sett er enslige. Om lag 10 prosent av de som føder lever ikke sammen med barnefaren.

Formell ekteskapsstatus har ikke samme betydning som den reelle livssituasjonen og de ressurser den enkelte kvinnen har når det gjelder å forutsi hvordan det skal gå med mor og barn. I et historisk perspektiv har det å være enslig mor hatt store konsekvenser for fødselsutfall, amming og barns overlevelse. Men også i dag har forskning vist at økende sosial ulikhet gir økt risiko for noen kvinner som er enslige, unge og har lav utdanning. For eksempel får de hyppigere barn med lav fødselsvekt, eller barn som dør i første leveår (Arntzen 1996). Det er ikke samme risiko for disse kvinnene under selve graviditeten og fødselen. Svenske undersøkelser (Sydsjø 1992) har vist at det er relativt enkelt å identifisere de utsatte mødrene allerede i svangerskapskontrollen.

De markerte endringene i giftermål og fødselsmønster er en del av de store sosiale og økonomiske endringene som skjedde i etterkrigstida, og som er nærmere beskrevet i kapittel 5. Ved siden av framveksten av velferdsstaten, og den økonomiske og sosiale utviklingen i denne perioden, bidro introduksjonen av den nye prevensjonsteknologien, med p-pillen og spiralen midt på 1960-tallet, til disse endringene. Den førte til at kvinner fikk større kontroll over egen fruktbarhet enn tidligere. De nye prevensjonsmidlene var både kvinneadministrerte og samleieavhengige. De ga bedre muligheter til å planlegge fødselene og førte også til at andelen «ikke-planlagte» svangerskap sank. Konsekvensen av dette ser vi i fødselsmønsteret i de ulike kvinnegenerasjonene som var i fruktbar alder da de nye prevensjonsmidlene ble introdusert. For de unge kvinnene som ennå ikke hadde fått barn ble fødselene gradvis utsatt. For de litt eldre som allerede hadde fått barn, bidro prevensjonsmidlene til å avkorte barnefødselsperioden. Småbarnsfasen ble konsentrert til en kortere periode av livsløpet enn det som var vanlig i de forutgående kvinnegenerasjonene.

*Et viktig perspektiv fremover blir derfor å se på kvinners ulike roller, og hvordan kvinner får plass til både jobb og barn. Kvinner i lønnet arbeid kan ha store problemer med omsorgen for barn. I Norge kan selv bestemødre være i klemme mellom yrkesaktivitet og omsorg for barnebarn.*

## 8.4.2 Risikofaktorer i svangerskap

### 8.4.2.1 Ernæring

Mange kvinner i Norge synes de legger for mye på seg i graviditeten. Denne vektøkningen er både et tegn på at vi har nok mat og et uttrykk for at kroppen forbereder amming. Mange kvinner er også opptatt av å spise riktig under svangerskapet. Noen utvikler intoleranse for visse matvarer. Mange er redde for å ta inn tabletter, alkohol og kunstige stoffer. Denne sunne skepsisen er bra. Egentlig vet vi lite om hva slags kosthold norske gravide kvinner har. Det er stadig diskusjoner i medisinske fagmiljøer om hvorvidt kvinner skal ha tilskudd av jern og ulike former for vitaminer i svangerskapet, eller om de kan dekke behovet gjennom kosten. Noen kvinner synes det er plagsomt å ta jern, siden det gir treg mage og ubehag i fordøyelsen.

Om kvinnen skal ta folinsyre-tilskudd i svangerskapet er også debattert. Statens ernæringsråd har nå gått ut med en anbefaling at for å forebygge misdannelser hos barnet, bør alle norske kvinner vurdere å bruke folattilskudd før graviditet igangsettes, og under graviditetens første måneder for å forebygge ryggmargsbrokk hos fosteret. Det er likevel et paradoks at en tilstand som ses på som «normalitet», nemlig svangerskap, skal fullmedikaliseres allerede før den starter. Sannsynligvis kan de fleste kvinner likevel legge om kosten og få dekket minimumsbehovet slik. Problemet er at de mest utsatte kvinnene er de som ikke har slike ressurser.

Utvalget etterlyser bedre dokumentasjon av alternative måter å sikre fullverdig tilskudd av sporstoffer og andre næringsmidler til gravide på enn gjennom å gi medikamenter. Det er behov for bedre kunnskap om kvinners tilstander og sykkelighet under svangerskap og faktorer som påvirker svangerskapsutfall.

### 8.4.2.2 Røyking

Det er en positiv tendens til at kvinner slutter å røyke når de blir gravide, og det er antakelig enda flere som reduserer røykemengden. Men fortsatt er det mange kvinner i Norge som røyker under svangerskapet. Den største bekymringen gjelder de som er storrøykere, det vil si at de røyker mer enn 10 sigaretter daglig før graviditeten og fortsetter å røyke mye også mens de er gravide. Det er gjort flere forsøk for å motivere kvinner til å slutte å røyke under svangerskapet, men det er fortsatt ganske mange som ikke klarer dette. De farligste konsekvensene av å røyke under graviditet rammer ikke kvinnen selv, men kan komplisere graviditeten og ha konsekvenser for fosteret. For de aller fleste kvinner forløper svangerskap og fødsel uten komplikasjoner selv om de røyker, slik at konsekvensene av røykingen ikke umiddelbart er synlige.

Det er fortsatt behov for kunnskap om hva som får enkelte kvinner til å opprettholde røykemønsteret sitt og dessuten flere typer tilnærminger til å hjelpe dem til å begrense forbruket. Arbeid med familien som en enhet kan være et poeng, fordi det ser ut til at farens røykemønster påvirker morens, og at de kvinnene som får støtte av barnefaren til å redusere forbruket, klarer det bedre.

### 8.4.2.3 Rusmiddelmisbruk

Rusmiddelmisbruk under graviditet er også et medisinsk problemområde med konsekvenser for fosteret og moren. Kvinner som er storforbrukere av alkohol, eller er etablerte alkoholikere, har økt risiko for å føde barn med føtalt alkoholsyndrom. Det er et knippe alkoholrelaterte utviklingsforstyrrelser som rammer barnets fysiske og mentale helse. Selv om det gjennom lovverket er åpnet opp for en viss grad av tvang overfor mødre som ruser seg mens de er gravide, brukes dette lovverket i liten grad i konkrete situasjoner. Det er ganske vanskelig å være klient når de som behandler deg samtidig skal være kontrollinstans. Det å føde et skadet barn er en stor påkjenning, og enda vanskeligere kan det bli dersom mor selv har problemer. Der rusmisbruket til mor og far ikke holdes nede i svangerskapet, kan det settes inn tiltak mot omsorgssvikt, og i noen tilfelle kan myndighetene ta omsorgen for barnet. Kvinnen kan altså komme i klemme mellom redselen for å miste barnet og behovet for adekvat svangerskapsomsorg, slik at hun ikke benytter tjenestene.

Omsorgen for gravide rusmisbrukere bør ha to siktemål, der det ene er å sikre barnet mest mulig gunstige startbetingelser på livet, og det andre er å hjelpe foreldrene – og især kvinnen – med å gi dem en sjanse til å rehabilitere seg og innlede en mer rusfri tilværelse. Spesielt mødre som er rusmisbrukere har behov for sosial og medisinsk hjelp. Fra 1. januar 1996 fikk loven om sosiale tjenester en egen bestemmelse om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere. For å sikre kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak har Sosial- og helsedepartementet tilrådd (Ot.prp. nr 78 (1997–98)) at det lages egne tiltaksplaner for individuell oppfølging i kommunene.

### 8.4.3 Amming

I løpet av de siste 30 årene har det vært en stor økning i andelen mødre som ammer sine barn og i hvor lenge de ammer. Dette er en positiv utvikling. Kvinnegrupper, Ammehjelpen og jordmødrene har stått sentralt i arbeidet med å fremme amming. De har oppmuntret og støttet kvinner til å starte ammingen tidlig etter fødsel, og til å opprettholde amming som eneste spebarnsernæring de første fire til seks måneder. Virkemidlene som har vært tatt i bruk er mangfoldige. Det er et generelt høyt kunnskapsnivå om amming i den kvinnelige befolkningen, og menn stiller seg ikke negative. Lovgivningen gir kvinner rett til å amme selv om de er i arbeid, og holdningene til amming, for eksempel på offentlig sted, er generelt positive. Det er også satset meget sterkt på tilrettelegging av amming allerede fra fødselen av. Sammenliknet med tidligere, og i forhold til andre utviklede land, er ammefrekvensen nå høy: Vi tror at omtrent 65 prosent av mødre ammer sine barn i minst seks måneder. Om dette gjelder amming alene eller om annen form for ernæring kommer i tillegg vet vi ikke, og vi har ingen god statistisk kilde til å overvåke ammesituasjonen i Norge.

De fleste kan få til å amme med støtte og hjelp. Når noen få kvinner likevel ikke kan eller vil amme, opplever de ofte et massivt press, og kan lett føle seg mislykkete som mødre. Overfor dem er det viktig å understreke at i et land som Norge vil barn leve opp og klare seg like bra som andre barn, selv om moren ikke kan eller ønsker å amme, eller av ulike årsaker må gi opp ammingen underveis.

Oppfølgingen av risikoutsatte familier, og arbeid med å motivere til røykeslutt under graviditet og ammeperioder både for mor og far, ammehjelp og arbeidet med å forebygge krybbedød, er viktige forebyggende helsetiltak



som burde settes i system og prioriteres høyt. Et tiltak som allerede er igangsatt, i samarbeid mellom fødeavdelinger, fagfolk og Statens helsetilsyn, er å fremme «mor-barn-vennlige sykehus» som første stoppested på veien inn i livet. Dette er et tiltak som bør evalueres, med utgangspunkt i hvorvidt fødende kvinner er fornøyde med oppholdet på fødeavdelingene.

## 8.5 Svangerskapsomsorg

---

Svangerskapsomsorg – tidligere kalt svangerskapskontroll – er det rutinemessige tilbudet om helsekontroll av alle gravide, både de som er helt friske og de som opplever problemer. Hensikten er å oppdage sykdomstilstander som ennå ikke gir symptomer, eller tilstander som kan komplisere fødselen og øke risikoen for mor og barn.

### 8.5.1 Svangerskapsomsorgens omfang og innhold

Det er for tiden omtrent 60 000 fødende hvert år, og antallet konsultasjoner ligger minst på det tidobbelte. I en landsomfattende undersøkelse i 1996 var det gjennomsnittlige antall svangerskapskontroller 12,2 (ofte fra en gang i måneden tidlig i svangerskapet til en gang i uken mot slutten). Det omfatter konsultasjoner hos lege/jordmor, i primærhelsetjeneste og i spesialisthelsetjeneste.

Siden det er faglig enighet om at tidlig start av svangerskapskontrollen er en fordel, var det noe overraskende at 6,9 prosent av kvinnene i undersøkelsen hadde første svangerskapskontroll etter 16. svangerskapsuke. Tidspunktet for første kontroll varierte. Andre studier tyder på at 70 til 80 prosent av kvinnene kommer til første kontroll før 12 uke. 98 prosent av de gravide kvinnene kommer til rutinemessig ultralyd i uke 17–19. Oppslutningen om svangerskapskontrollen er også meget god.

I 1994 hadde litt over halvparten av de fødende i landet vært til jordmor én eller flere ganger i løpet av svangerskapet. Kvinner som går til både jordmor og lege, uttrykker større tilfredshet med omsorgen enn de som bare går til lege (SSB 1997). Det er mye som tyder på at vi fremdeles har en vei å gå for å få en helhetlig omsorg for gravide kvinner, framfor en medisinsk orientert kontroll. Det er dokumentasjon for at de medisinske rutineundersøkelser (screening) som faktisk foretas i Norge i stor utstrekning er i overensstemmelse med gjeldende retningslinjer. Rutinene i svangerskapsomsorgen er imidlertid ikke innført etter strenge vitenskapelige prinsipper. Det samme er for øvrig tilfelle for fødselshjelpen, slik at både svangerskapsomsorg og fødselshjelp har unndratt seg den kvalitetskontroll som faglig og vitenskapelig kritikk og debatt representerer.

Internasjonalt er nå tendensen at innholdet i den rutinemessige helsekontroll av gravide blir vurdert kritisk, likeledes blir antall anbefalte kontroller redusert. Til grunn for dette ligger at hyppige helsekontroller av gravide neppe gir særlig helsegevinst, tvert om gir kanskje medikaliseringen og muligheten for overbehandling negativ helsegevinst.

De nye svenske retningslinjene for svangerskapsomsorg er justert i tråd med denne internasjonale utviklingen. Det basisprogram som praktiseres i Sverige er meget redusert sammenlignet med tidligere program, og sammenlignet med hva som fortsatt er praksis i Norge. I motsetning til våre rutiner fra 1984 gjøres i Sverige bare selektive undersøkelser på syfilis, røde hunder, bak-

terier i urinen og hiv. Man måler ikke jernnivået, og gir heller ikke jerntabletter som rutine, men etter vurdering. Urinundersøkelser gjøres bare ved første svangerskapskontroll, senere kontrolleres ikke urinen rutinemessig verken på proteiner eller sukker, men blodtrykk måles ved alle kontroller. Det er stadig en debatt om hvor mange kontroller som er nødvendig under svangerskapet. I dag anbefales 8–9 kontroller rutinemessig fram til uke 40.

### **8.5.2 Bakgrunn for dagens svangerskapsomsorg**

I Norge har det vært de allmennpraktiserende legene som har stått for svangerskapsomsorgen, i motsetning til i Sverige, Danmark og Finland hvor omsorgen siden 1930-tallet har vært jordmødrenes oppgave. På slutten av 1970-tallet viste det seg helt overraskende at utviklingen i perinatal dødelighet (at barnet dør før, under og inntil 1 uke etter fødselen) hadde vært mindre gunstig i Norge enn i de andre nordiske land. En gjennomgang av alle perinatale dødsfall i fem norske fylker i ett år tydet på at 30 prosent av dødsfallene kunne ha vært unngått. Dette utløste en offentlig debatt om svangerskapskontrollen.

Sosialdepartementet satte igang en omfattende utredning som førte til NOU 1984:17 Perinatal omsorg i Norge Den er fortsatt et kildedokument for denne delen av helsetjenesten. Her ble uttrykket «svangerskapsomsorg» innført, til erstatning for svangerskapskontroll. De rent «medisinske» aspektene sto i forgrunnen. Perinatalkomiteer ble opprettet i alle fylker, det ble laget retningslinjer for leger og jordmødre, og det ble innført en standardisert pasientjournal med pedagogisk utforming.

Det ble gitt en rekke anbefalinger i utredningen, blant annet retningslinjer for svangerskapsomsorgen, og anbefalinger om at jordmødrene skulle ha en plass i den. Det ble skissert en rollefordeling mellom leger og jordmødre. Selv om det var enighet om at jordmødre skulle delta i svangerskapsomsorgen, har kommunene likevel vært tilbakeholdende med å opprette slike stillinger. En endring i Kommunehelsetjenesteloven påla kommunene å ha tilbud om jordmørtjenester. Lovendringen trådte i kraft fra 1.1.1995. Likevel er det vist at 18 prosent av kommunene ikke har en slik stilling, og at en stor andel av kommunene opererer med så små stillingsbrøker for jordmødre at de knapt får utført den mest grunnleggende svangerskapsomsorgen.

#### **8.5.2.1 Debatt om ultralydundersøkelser**

Debatten om perinataldødelighet og dødfødselsratene kom raskt til å dreie seg om bruk av teknologi, spesielt ultralyd. Ingen av anbefalingene i NOU 1984:17 skapte tilnærmedesvis så mye debatt. Anbefalingen om ikke å innføre rutinemessig ultralydundersøkelse av alle (ultralydscreening) var begrunnet med at vitenskapelige studier hadde vist at dette ikke ga helsegevinst. Internasjonale oversiktsanalyser (Cochrane-databasen), og konklusjoner fra andre utredninger, blant annet i Danmark, støtter dette.

Debatten om svangerskapsomsorg ble preget av fagfolk som hevdet at rutinemessig ultralyd var en viktig og livreddende teknologi, til tross for manglende vitenskapelig dokumentasjon. På den andre siden sto de som fastholdt kravet til dokumentasjon, og de som argumenterte mot diagnostikk for å avdekke misdannelser fra et etisk standpunkt. På denne bakgrunn arrangerte Norsk Institutt for Sykehusforskning (SINTEF-NIS) i 1986 en konsensuskonferanse om ultralydundersøkelser i svangerskapet, i samarbeid med Sosialde-

partementet. Det viste seg at 94 prosent av de fødende ble undersøkt med ultralyd en eller flere ganger i svangerskapet, og at 2/3 av de fødende faktisk hadde tilbud om rutinemessig ultralydundersøkelse der hvor de skulle føde, til tross for at det ikke forelå noen offisielle anbefalinger om rutinemessige undersøkelser og til tross for manglende vitenskapelig dokumentasjon av nytteverdien. For å redusere antall undersøkelser kvinnene gjennomgikk anbefalte konsensuspanelet at alle gravide kvinner burde tilbys én rutinemessig undersøkelse i svangerskapet. Begrunnelsen for rutinemessig ultralyd var således rent pragmatisk.

Utstyrsutviklingen førte til at det etterhvert ble mulig å påvise misdannelser i langt større grad enn tidligere. Dette var bakgrunnen for konsensuskonferansen i 1994, som fastslo at det fortsatt manglet vitenskapelig grunnlag for å innføre rutinemessig ultralyd. Panelet konstaterte at ultralydundersøkelsen var populær, 98 prosent av gravide kvinner blir rutinemessig undersøkt. Panelet fastslo at rutinemessig ultralyd var prenatal diagnostikk, og at alle gravide burde få tilbud om en slik undersøkelse siden praktisk talt alle ønsket det. Kravet til informasjon ble understreket. Det må påpekes at det fremdeles er mange kunnskapshull i forhold til hvor kostnadseffektiv en slik befolkningsbasert undersøkelse er, hva slags informasjon kvinner får eller ønsker, hvordan de opplever denne form for »screening», og hvilke risikofaktorer de eventuelt påføres. Problemene med tiltakende bruk av ultralyd er særlig av etisk art. Det handler om hvilke valg man stilles overfor ved påvisning av misdannelser.

### 8.5.3 Fremtidens svangerskapsomsorg i Norge

Det er karakteristisk at debatten har dreid seg om den medisinske kvaliteten av perinatalomsorgen, uttrykt ved risikoen for at barn skal dø sent i svangerskapet, under fødsel eller etter fødselen, og om bruk av ny teknologi for å redusere en slik risiko. Risikoen er for tiden mindre enn 6/1000, og andelen av disse dødsfallene som det er mulig å påvirke er kanskje i størrelsesorden 20–30 prosent. De fleste svangerskap som går til grunne, ender med tidlig abort (provosert eller spontan). Under 1 prosent ender med det som kalles dødfødsel (død etter 16 ukers svangerskap).

I England pågår en debatt om svangerskapsomsorg som går ut på at den er upersonlig og fremmedgjørende. Ved siden av de etiske aspektene knyttet til abortdebatt i forbindelse med fosterdiagnostikk, har det i Norge vært risikotenkningen som har dominert debatten: Fagfolk, politikere, men også lekfolks syn har vært karakterisert som verstefallstenkning: som forsøk på å gardere seg mot enhver tenkelig risiko slik at resultatet – utfallet av svangerskapet – skal bli best mulig. Implisitt ligger også synet på at det ved medisinsk hjelp er mulig å eliminere risikoen eller oppnå en betydelig risikoreduksjon. Det har imidlertid manglet en enhetlig kvinneopinion i debatten. I fagkretser har det vært tilløp til debatt om innholdet i svangerskapsomsorgen. Svangerskapsdiabetes, jernsubstitusjon og rutineundersøkelser for toksoplasmose er tema som har vært diskutert, i tillegg til ultralydscreening. Det bør være en prioritert oppgave å holde liv i den faglige diskusjonen.

Den beste kvalitetsgaranti for det medisinske innholdet i helsekontrollen av gravide, er at de rutineundersøkelser som foreskrives er dokumentert effektive. Dersom det mangler vitenskapelig dokumentasjon, bør vi initiere forskning for å råde bot på dette. Vi har her i landet en svangerskapsomsorg som omfatter alle gravide, en velorganisert fødselshjelp og generelt høy leve-

standard. Forskning og debatt er en nødvendighet dersom man skal unngå at svangerskapsomsorgen stivner og blir preget av velmente ritualer.

Vi har nok til dels en idyllisert forståelse av svangerskap og fødsel. Men det kan ofte være et misforhold mellom dette bildet og den realitet mange opplever. Her mangler vi kunnskap. Nettverkene mellom gravide og mødre kan nok være skrøpeligere enn før, og erfaringsoverføringen via foreldre/besteforeldre svakere enn i «gamle dager». Fødselsforberedelse bør ha som mål å bringe realisme inn i fødsel og barseltid. Vi mangler kunnskap om hvordan dette best bør drives. Det er ingen dokumentasjon på at dagens fødselsforberedende kurs er effektive.

Utvalget mener at svangerskapsomsorgen i Norge bør drives av leger og jordmødre i fellesskap. Kommunene bør arbeide for at det ansettes jordmødre til dette arbeidet. Kvinner bør kunne ha mulighet til å velge svangerskapsoppfølging hos jordmor eller lege der det er mulig. Utvalget mener at man bør initiere forskningsbaserte forsøk på å effektivisere svangerskapsomsorgen ut fra kunnskapen om at kvinner trenger et differensiert tilbud. Utvalget støtter allerede pågående forsøk på å gi bedre omsorg til vanskeligstilte gravide og gravide som har spesielle problemer eller som trenger særskilt oppfølging. Utvalget mener at dagens praksis med fødselsforebyggende kurs bør evalueres og kvalitetssikres.

## 8.6 Hvor skal kvinner føde?

Til tross for at svangerskap er et svært vanlig fenomen, foregår nesten all fødselshjelp i sekundær og tertiær helsetjeneste. I Norge skjer nesten alle fødsler på institusjon, og av de som ikke gjør det, er de fleste ikke-planlagte hjemme- eller transportfødsler (disse utgjør under 1 prosent av alle fødsler).

En ny og viktig debatt i Norge har vært debatten om bevaring av små fødesteder. Fødestuene i Norge ble i stor utstrekning opprettet på 1950-tallet, ofte etter initiativ fra kommunene eller frivillige organisasjoner som Sanitetsforeningene og Røde Kors. I senere år har det vært en betydelig sentralisering av fødsler. Tabellen viser at antall fødesteder de siste 25 år har gått ned fra 131 til 58. De fleste fødestuene er nå nedlagt, ni er fortsatt i drift.

**Tabell 8.1: Fødesteder i Norge**

|                 | 1974 | 1980 | 1990 | 1994 |
|-----------------|------|------|------|------|
| Fødestuer       | 59   | 30   | 18   | 10   |
| Fødehem         | 2    | 1    | -    | -    |
| Fødeavdeling    | 39   | 33   | 7    | 3    |
| Spesialavdeling | 31   | 33   | 46   | 45   |
| Totalt antall   | 131  | 97   | 71   | 58   |

I debatten hevdes det at det er trygt å føde nært hjemmet, og at det føles utrygt å måtte reise langt fra hjemmet og føde på et større sted, selv om større fødesteder er langt bedre rustet med utstyr, bemanning og beredskap til å meste risikosituasjoner. Det er to syn på risiko som kolliderer i denne debatten: Den objektive risiko som kan uttrykkes i promiller eller prosent, og den subjektivt følte risiko som er vesentlig for individet. For noen kvinner faller

nok vektingen mellom objektiv og subjektivt følt risiko ut til fordel for fødesteder som føles trygge; hjemme eller på små fødesteder/fødestuer. For friske flergangsfødende er det mye som tyder på at de godt kan føde på små fødestuer. For kvinner med medisinske problemer er det ofte nødvendig med svært spesialiserte tjenester.

### 8.6.1 Fødsler på sykehus

Fødsler på lokale tredelte sykehus er ofte organisert slik at jordmor tar seg av normalfødsler, og kirurger intervensjoner i problemfødsler ved akutt oppståtte problemer. På større sykehus har fødeavdelingen vaktteam bestående av spesialister i fødselshjelp og nyfødmedisin.

I de senere årene har det vært en del diskusjon om hvor og hvordan fødsler skal foregå. En utredning fra Helsetilsynet peker på nødvendigheten av at flere fødsler skjer på kvalifisert institusjon (Helsetilsynet 1997). Norske jordmødre har vært opptatt av at for mange fødsler medikaliseres unødig. Det er opprettet såkalte 'naturlige' fødselsenheter på fødeavdelingene på flere sentrale sykehus. De kvinnene som føder der, må ha ukompliserte normale svangerskap, og oppstår det komplikasjoner underveis som tilsier at de trenger medisinsk assistanse, må de flyttes. Disse fødeenhetene er i stor grad drevet av jordmødre. Felles for dem er at 'myk' fødsel og innbydende lokaler er koblet med en tendens til tilbud om kortere opphold på sykehuset. De fødslene som innebærer medisinsk risiko, må fremdeles foregå på de tradisjonelle fødeavdelingene.

Nyere forskning ser ut til å finne litt bedre utfall av fødsler avhengig av fødeavdelingens type og størrelse. Samtidig viser enkelte undersøkelser at det ved grundig forhåndsvurdering går fint å føde på mindre fødehem dersom muligheten til overflytting ved komplikasjon er til stede. Store spesialiserte enheter synes likevel å komme noe bedre ut, dersom vi korrigerer for deres overvekt av kompliserte graviditeter. Det er dessuten stor forskjell på forekomsten av ulike typer fødselshjelp, f. eks. er sannsynligheten for å oppleve keisersnitt avhengig av hvor man føder. Dette gjør at flere eksperter, især i nyfødmedisin, mener at alle bør føde på spesialiserte enheter. Dette står i motsetning til noen kvinners ønske om å føde i nærheten av der de bor, og med så lite innblanding som mulig. På mange måter kan en si at kvinnene selv, og deres mange og ulike behov og vurderinger, ikke har kommet så godt frem i debatten. Både leger og jordmødre hevder å tale kvinnenes sak, og det er en ikke ubetydelig uenighet mellom de to faggruppene. Sannsynligvis er det behov for en utbredt lokal beredskap for å ta imot fødsler i lang tid fremover i et land som Norge – hvor transport til fødeavdeling kan være både lang og vanskelig. Det er også behov for en avansert fødselshjelp for dem som har kjente eller plutselig oppståtte behov for assistanse. Når organisering av fødselshjelpen skal planlegges bør det være kommunikasjon med flere grupper brukere, det vil si kvinner bosatt i Norge i fruktbar alder. Blant annet bør planleggere vite mer om hvilket risikonivå ulike kvinner er villige til å akseptere innen ulike typer fødselsomsorg.

## 8.6.2 Teknologisering av fødsler – et nødvendig onde eller en vidunderlig revolusjon?

### 8.6.2.1 Keisersnitt

For tiden pågår en faglig diskusjon om bruk av keisersnitt i fødselsomsorgen. I Norge så vel som i en rekke andre land, har vi sett en økning av forekomsten av keisersnitt, og bruken av denne forløsningsmetoden varierer fra sykehus til sykehus. Det er ikke tvil om at keisersnitt er en nødvendig forløsningsmetode for noen fødsler. Men en stor andel av den nedgangen i sykkelighet og dødelighet hos nyfødte som vi har sett, har ingen direkte sammenheng med økningen i antallet keisersnitt. Det er nå bekymring for at keisersnittfrekvensen kan bli for høy. Selv om keisersnitt i dagens Norge er en forholdsvis sikker forløsningsmetode, er det likevel en metode som medfører større risiko og sykkelighet hos moren. Hvor stor risiko eller sykkelighet vet vi ikke.

Noen hevder at det å velge fødselsmetode burde være en kvinneverett. De fleste gynekologer deler ikke denne holdningen, men mener at diskusjonen omkring fødselsmåte bør være et anliggende mellom legen og kvinnen, der de blir enige om det som er best i situasjonen. De som har jobbet systematisk med kvinner med problemer som fødselsangst, vet at det å gjøre et keisersnitt ikke alltid er den beste metoden. Det går an å gi kvinner kontroll over fødselsituasjonen uten å måtte ty til operasjon. Selv om vi ikke vet forekomsten av skader i skjede og underliv ved fødsel, vet vi at de fleste greier å føde uten store komplikasjoner, og at de fleste slike skader ikke kan forebygges ved keisersnitt, fordi en da måtte ha gjort keisersnitt på alle kvinner. En annen måte å få ned keisersnittforekomsten på er å gi alle leger og jurister bedre kunnskap om hva som er andre mulige årsaker til fødselsskader hos barn, slik at ikke redde leger tyr til unødige keisersnitt av angst for rettslig forfølgelse.

Utvalget støtter slike tiltak som legeforeningens kvalitetsstyringsprosjekt om keisersnitt på en rekke fødeinstitusjoner i landet. Et slikt prosjekt burde også involvere brukeres synspunkter. Dette kan man ikke pålegge legeföreningen, men det bør i Norge snarest arrangeres en bruker/lekfolkskonferanse om fødselsomsorgen der Statens helsetilsyns anbefalinger legges ut til en generell debatt med fagfolk, lekfolk og representanter for organisasjoner (Fødsel i Fokus, Ammehjelpen, Jordmorforeningen, Helsesøstre, Legeföreningen, Spesialforeningene for fødselshjelp og neonatalmedisin etc).

### 8.6.2.2 Annen teknologi

Svangerskap og fødsler er et område der medisinen de siste 25 årene har opplevd en teknologisk revolusjon. Innføringen av hygienisk fødselshjelp, kvalifisert jordmortjeneste og mulighet for keisersnitt, blodoverføring og antibiotika har reddet mange mødre og barn fra å dø i de siste 50–100 årene. Problemet er at det er mye usikkerhet rundt anvendelsen av avansert teknologi i svangerskapsovervåkningen: forskning har ikke sikkert kunnet dokumentere nytteeffekten av all teknologi. Flere og flere fødsler overvåkes også med rutinemessig bruk av elektroniske fosterhjerter- og rirregistreringer under fødsel (CTG), selv om verdien av teknologien i forhold til å forutsi hvilke fostre som er syke kan diskuteres. Fødselshjelperen kan tolke CTG som at fosteret er truet, og keisersnitt blir valgt. Kanskje forløses likevel et helt friskt foster som ellers kunne kommet av seg selv, fordi de fleste CTG-forandringer tross alt ikke forutsier livstruende surstoffmangel.

Institusjonaliseringen av fødsler medfører at medisinsk teknologi griper inn i fødselsforløpet i stadig høyere grad, og bidrar til å medikalisere fødslene. Smertestillende medikamenter og inngrep, ristimulerende midler, igangsetting av fødsel, og fødsel i en for moren ugunstig fødeseng er dagligdagse rutiner. Noen av disse praksisene øker behovet for instrumentell forløsning.

I kjølvannet av at fødsler blir stadig mer teknologisert, har det dukket opp flere brukerbevegelser. Noen av disse består av kvinner og jordmødre, som går inn for en fødselshjelp som er mykere, tar mer hensyn til det naturlige forløpet, gir mer personlig omsorg og mindre teknisk intervensjon, og som i noen tilfelle kan finne sted i hjemmet til den fødende. Noen av disse innvendningene har fått fødeavdelingene til å innføre mere brukervennlige rutiner, der mannen og familien trekkes inn, og forholdene legges til rette for tidlig samspill mellom mor og barn. I noen fagmiljøer er skepsisen fremdeles til stede, og noen er engstelige for at dette vil øke perinataldødeligheten.

Noen avdelinger har også innført kortere liggetid etter fødsel for normalt fødende. Intensjonen har vært at en del av fødselsomsorgen skal overtas av ressurser på hjemstedet, slik at ressurser på fødeavdelingene kan frigjøres til risikofødsler. I praksis har det neppe fungert slik, alt i alt har dette ført til at mange kvinner har fått et dårligere samlet tilbud. Ressursene i lokalmiljøet har rett og slett ikke strukket til. Der hvor kvinnene lever i trygge sosiale omgivelser med støtte rundt seg, er dette kanskje ikke så galt. Men de kvinnene som har behov for støtte og omsorg ut over et minimum, kan bli skadelidende. I og med at et stort antall fødende i dag er uerfarne førstegangsfødende, kan denne innskrenkningen i omsorgen føre til usikkerhet rundt egen kompetanse i den første tiden som mor.

Samlet kan vi si at rutine og organiseringen av helsetjenestene for gravide er i en stadig dialog med brukere, og forandringer skjer. Samtidig ser vi en stadig mindre toleranse for uforutsette komplikasjoner, og rettssaker i kjølvannet av dødsfall og fødsel av syke barn, noe som igjen skremmer personalet til å øke rutineovervåking, intervensjon og teknologi. Dette til tross for at den faglige ekspertisen rundt fødselshjelpen allerede er meget høy. Det er derfor betimelig å etterspørre behovet for omsorgskvalitet i fødselsomsorgen som et alternativ til enda flere teknologiske investeringer.

Norske kliniske miljøer knyttet til universitetene har levert betydelig kritikk av noen nye teknologiaspekter ved reproduktiv helse. Dette gjelder bruk av ultralyd og innen lovgivningen omkring ny reproduksjonsteknologi, samt nå også kvalitets- og utfallsvurderinger av økningen i keisersnittfrekvensen som stadig finner sted. De kliniske miljøene har flere leger som har drevet med helseopplysning til kvinner i ulike populære medier, og vi har fagfolk med meget stor kompetanse på prevensjonsteknologi. Et meget fortjenstfullt arbeid er nedlagt av den norske Foreningen for Gynekologi og Fødselshjelp, som har laget håndbøker om kvalitetssikring av de medisinske intervensjonene i gynekologi og svangerskap/fødselshjelp, bøker som stadig revideres, og som baserer seg på både forskning og praksis. En annen kvalitetssikringsstrategi har vært å innføre muligheten for offentlig godkjenning som mor/barn-vennlig sykehus, etter gitte kriterier som tar hensyn til den fødende og hennes barns behov for omsorg, tidlig amming og en rekke andre ikke-medisinske elementer.

Det er en rekke andre temaer som direkte eller indirekte har store konsekvenser for den gravide kvinne og hennes fosters helse. Mange av disse temaene, for eksempel ulike former for prenatal diagnostikk, gentesting og nyere reproduksjonsteknologi (fostervannsprøve, morkakeprøve, befrukt-

ning utenfor kroppen) er store temaer der det allerede pågår interessante diskusjoner og prioriteringer. I denne utredningen har vi ikke gått nærmere inn på dette.

Utvalget mener at en god omsorg for gravide og fødende kvinner må arbeide for at all teknologi som tas i bruk vurderes etter strenge faglige kriterier (av typen Cochraneanalyser). Innføringen av ny teknologi må likevel ikke skje på bekostning av den menneskelige og tilstedeværende omsorgen for den gravide og fødende kvinnen.

## **8.7 Utfordringer – psykososial omsorg og reell brukervedvirkning**

---

### **8.7.1 Skrives barselkvinner ut for tidlig?**

Kvinner i Norge har i gjennomsnitt mindre enn to fødsler i løpet av livet. Det kan se ut som det foregår en rasjonalisering og nedbygging av omsorgen rundt fødsel, slik at man kan risikere at det bare er det tekniske utfallet som teller for hva slags tilbud kvinnen og hennes familie skal få. Det er ikke sikkert at dette er til gagn for mor og barn. Fødselsomsorg på kvinners premisser og med tilstrekkelig medisinsk assistanse av høy kvalitet når det er behov for det, er en viktig samfunnsoppgave.

Kvinnene har til nå tradisjonelt blitt værende på barselavdelingen i noen dager etter fødsel, for å få kontrollert barnet, hvile ut og komme i gang med amming. Ved tidlig utskrivning kan det hende at kvinnen blir overlatt til seg selv og familien for tidlig. For eksempel er liggetiden ved barselavdelingene etter fødsel redusert fra sju dager til tre døgn eller enda mindre. Hjemmebesøk, som helsesøster skal tilby til alle fødende, skjer ofte først flere uker etter at mor og barn er kommet hjem. Bare 70–80 prosent av de fødende får et slikt tilbud, og noen få takker nei til det.

Hvis kvinnen ikke har god sosial støtte hjemmefra, kan det oppstå problemer; det er altså en andel kvinner som faktisk overlates til seg selv. I mange av landets kommuner prøver en ut ulike former for barselomsorg. Fordi dette er et grenseland mellom sykehus- og kommunehelsetjeneste, kan resultatet bli at kvinnene alt i alt får et dårligere tilbud dersom liggetid etter fødsel kortes ned uten at man samtidig sikrer et godt oppfølgingstilbud. De ulike modellene bør analyseres og evalueres før en endrer fødselsomsorgen rundt de større fødeklinikkene slik en nå ser i f. eks. Oslo, Bergene og Trondheim.

Grenseoppgangene mellom hva som er primærlegens oppgave, helsesøsters ansvar, gynekologens forpliktelse og slutten på jordmorens involvering, er oftere gjenstand for konflikt enn det som burde være tilfelle hvis det var kvinnens og barnets vel som sto i sentrum. Det er viktig å vite at kontinuitet i omsorg kan være et gode i seg selv. Ofte slutter kontinuiteten med selve fødselen, og omsorgen for kvinnen likeså, selv om alle kvinner som har født, skal tilbake til en fødselskontroll hos primærhelsetjenesten etter seks uker.

### **8.7.2 Psykososiale utfordringer i svangerskaps- og fødselsomsorgen**

Når svangerskapsutfallet ikke er optimalt, f. eks. ved dødfødsel, fødsel av sykt barn eller fødsel alt for tidlig, kan foreldrene, og især kvinnen, ha særbehov for omsorg og pleie av psykososial karakter. Især når sjansene for å oppleve dette er små, og tekniske intervensjoner gjør folk mer uforberedte på slike utfall nå enn før, er det viktig at det gis rom og tid for bearbeiding og sorg. Ikke minst kan skyldfølelse spille en rolle, selv om det sjelden er grunn til dette.



Også sosialt utsatte grupper kan ha behov for en omsorg ut over den rent somatiske. Dette gjelder især sosialt vanskeligstilte, som enkelte unge enslige mødre, arbeidsledige mødre, mødre med psykiske problemer og mødre med alvorlig rusbruk. Kvinner i voldelige samliv kan være svært traumatiserte uten at omsorgen fanger det opp. Noen kvinner har sterk fødselsangst, og kan trenge et spesialopplegg rundt fødsel for å gi mental styrke under og etter fødselen. I noen tilfelle er den eneste løsningen å tilby selektivt keisersnitt, men god psykososial behandling kan noen ganger være like effektivt. Det finnes ikke noen godt utbygd psykososial svangerskaps- og fødselsomsorg i Norge, og ingen instans for kvalitetssikring eller retningslinjer for slikt arbeid.

For at svangerskapsomsorgen skal kunne tilpasses den enkelte på best mulig måte, må de psykososiale forholdene i kvinnens liv berøres rutinemessig. Forhold som er viktige for å vurdere omsorgsbehovet er støtte fra sosialt nettverk, støtte fra partner, tidligere psykiske problemer som angst og depresjon, opplevelser av tidligere svangerskap, fødsler og aborter og tidligere barns helse og trivsel. Her vil det være like viktig å få frem ressurser og styrke som problemer.

En utfordring er at man ikke har gode nok vitenskapelig baserte kunnskaper om hvilke risikofaktorer rundt kvinnen og hennes nettverk som bør vies økt oppmerksomhet, og hva som kan utelates for at effekten av arbeidet kan bli best mulig og eventuelle negative effekter minst mulige. (Førde 1998). Hvordan kvinnene selv opplever en slik form for psykososial omsorg, og hvilken form for intervensjon som er god, må evalueres.

Psykososial kompetanse innen gynekologi og fødselshjelp er viktige også fordi mange gynekologiske problemer på en indirekte måte berører eksistensielle sider ved det å være kvinne. Kvinner med underlivskreft og kvinner som opplever ufrivillig barnløshet har etterlyst psykososial omsorg på sine behandlingstilstander. (Sundby 1994).

Utvalget støtter arbeidet med å integrere kunnskap om betydningen av psykososiale forhold i utdanning av leger og jordmødre. Dette bør inngå både i grunnutdanningen og videreutdanningen. Psykososial spesialkompetanse bør bygges opp på kvinneklinikker i Norge.

### **8.7.3 Fra et risiko- og elendighetsperspektiv til reell brukermedvirkning.**

Helsetjenester innen reproduktiv helse skal ikke være uforståelige teknologioverføringer fra eksperter til brukere, der kvinnens kropp blir gjenstand for intervensjoner hun ikke forstår, evt. med bivirkninger hun opplever, men ikke klarer å kommunisere. Det pedagogiske elementet i primær helseopplysning er viktig i forhold til å gi kvinner rom for kontroll og forståelse av faktorer som påvirker egen helse.

Kommunikasjon mellom helsearbeider og kvinne er en del av helsetilbudet som er vanskelig å kvantifisere. God kommunikasjon oppnås der de kulturelle sperrene mellom giver og mottager ikke er for store, og hvor helsepersonell snakker et språk kvinnene forstår, og har erfaring i å lytte til kvinnens egen erfaring. Dette er teknikker og elementer i all god klinisk virksomhet innen utøvelse av medisin og pleie som fag, men definisjonen av relevant forståelsesramme i en gitt setting er avhengig av kulturelle forhold. Det er mye som taler for at slike aspekter best ivaretas i programmer der kvinner er med i planlegging, politikk-utforming og praktisk helseomsorg på alle nivåer. Selv i Norge viser kvinnelige leger og jordmødre bedre oppfølging av kvinnen i svangerskapsomsorgen enn mannlige helsepersonell.

Organisert kvinnelobbyvirksomhet, eller kvinne- og brukermedvirkning i beslutninger om helsetjenester for kvinner, er nesten ikkeeksisterende i Norge. Et eksempel er mangel på brukermedvirkning i debatten om fødeavdelinger, fra store sammenslåinger i Oslo til nedleggelse av fødestuer på landsbygda. Sterke faggrupper som barneleger, epidemiologer og jordmødre, samt gynekologer og politikere er med på drakampene, mens kvinnene selv ikke er blitt tatt med på råd. I et framtidsperspektiv ville brukermedvirkning, spesielt i fødselsomsorgen, være en utfordring innen norsk helseplanlegging. Modeller for slik medvirkning finnes allerede, og er brukt i andre land med stor suksess.

Selv om utgangspunktet i en spesifikk kvinnevinkling innen dette feltet er en grunnleggende forståelse av at ulikhet rammer kvinner spesielt hardt, er det også et dilemma at alt som vedrører kvinnehelse lett blir fokusert i et »risiko- og elendighetsperspektiv»; nemlig at det er farlig å føde, skammelig å ta abort, og at seksuelle relasjoner er risikofylte. En negativ fokusering kan i verste fall ha et uttalt kriseperspektiv, eller et seksual- og familiefiendtlig perspektiv. Målet er å utvikle systemer som sikrer valgfrihet og trygghet.

Eksempler på kvinnefiendtlig terminologi finnes: kvinner som har flere seksualpartnere betegnes ofte som promiskuøse (dvs. det hentyder til en ukontrollerbar, uønsket seksuell legning) uten at en fokuserer på hvorfor noen kan komme til å leve med slik atferd. Et annet eksempel er at fokuseringen på kvinner i familieplanleggingstiltak blandes sammen med en ansvarliggjøring av kvinnene alene for uansvarlig eller manglende bruk av prevensjon. Kvinner kan oppleve å bli uønsket gravide fordi de innleder seksuelle forhold med menn der seksualiteten ikke bare uttrykker gjensidig likeverdig intimitet, men er en arena der *hun* forhandler om forpliktelse og relasjon, mens han ønsker øyeblikkets seksuelle tilfredsstillelse. Dette er et av mange baktepper for noen kvinners valg av provosert abort når de opplever svangerskap de ikke har lyst til å være alene om.

En positiv kvinnevinkling er å fokusere på kvinners ressurser i å fremme helse for seg selv og i samfunnet, og som individer som kan tenke ansvarlig omkring egen reproduksjon. Et annet viktig moment er forebyggingsaspektet som er et viktig element i all reproduktiv helse. Det må derfor settes langsiktige, kanskje flergenerasjonsrettede mål, der mødre – og fedre – trekkes inn i å informere sine døtre og sønner, og vice versa. Organisasjonen MSO (Medisinerens seksualopplysning), som blant annet har arbeidet med innvandrerdøtre, har noen ganger funnet det tjenlig å innkalle mødrene når døtrene skal undervises. Dette gjøres både for å gi foreldrene kontroll over hva som sies, men også for å gi mødrene informasjon om reproduksjonen slik den fortoner seg i Norge i dag.

Utvalget mener at det bør arbeides for at bruker- og lekfolksperspektiv alltid inkluderes når beslutninger om kvinners reproduktive helse skal tas i administrative og overordnede faglige sammenhenger. Det bør arbeides videre med å strukturere og prøve ulike former for slik brukermedvirkning – inkludert lekfolkskonferanser – i flere sammenhenger hvor kvinners reproduktive helse er tema.

## Kapittel 9

**Kvinnerens helse og sykdommer****9.1 Innledning**

---

**9.1.1 Oppbygging av kapitlet**

Hovedtyngden av dette kapitlet skal handle om kvinners sykdommer og plager, og er i all hovedsak basert på delutredninger som er presentert i vedlegg 8. Framstillingen følger et tradisjonelt medisinsk mønster, med beskrivelser av enkeltsykdommer og -lidelser i forskjellige organer og systemer. Selv om det er hele personer – kvinner – som er syke, er det her valgt å legge kjønnsperspektivet inn i det etablerte medisinske systemet. Ikke alle sykdommer som rammer kvinner blir presentert. Utvalget er basert på følgende kriterier:

- Sykdommer og lidelser som bare rammer kvinner, som sykdommer i underlivet og brystkreft. Kvinner har livmor, eggstokker og melkeproducerende bryster. Sykdommene i disse organene blir helt kjønnsspesifikke.
- Sykdommer og lidelser som rammer kvinner i mye større grad enn menn, der en viktig medvirkende årsak kan være menns og kvinners ulike biologi, for eksempel når det gjelder hormonenes påvirkning. Eksempler er leddgikt og stoffskiftesykdommer.
- Sykdommer og lidelser som arter seg ulikt, rammer ulikt eller i forskjellig alder for kvinner og menn. Eksempler er hjertesykdommer, lungekreft og diabetes. Sykdommene i seg selv er alvorlige for begge kjønn.
- Sykdommer og lidelser som oftest rammer, og derfor er typiske for kvinner, og som i stor grad har en samfunnsmessig forklaringsfaktor. Eksempler er spiseforstyrrelser og fysiske og psykiske lidelser etter overgrep.
- Siden det er flere kvinner enn menn som lever lenge, er også sykdommer og plager knyttet til alderdom beskrevet, og dessuten ulikheter i bruk og virkning av legemidler.

**9.1.2 Sykdommers betydning for kvinners helse**

For alle som lider av en sykdom, er det å få adekvat, relevant og rask behandling viktig. All behandling bør være basert på kunnskap, også spesifikk kunnskap om behandling av sykdom hos kvinner. Ikke alle sykdommer kan behandles eller helbredes. Noen ganger er det viktig å skape levelige liv til tross for kroniske sykdommer. For kvinner er dette spesielt viktig, fordi de lever lenge, og ofte med flere kroniske sykdommer. Det trengs faglig gode kriterier som kan legges til grunn for nasjonale strategier for håndtering og behandling av sykdommer som rammer kvinner, for å sikre likeverdig behandling uavhengig av hvor man bor.

Det er i dette kapitlet lagt stor vekt på kjønnsperspektiver i forekomst, symptomer, behandling og forebygging av de viktigste sykdommene som rammer kvinner fra et medisinsk ståsted. Begrensningene i en framstilling av enkeltsykdommer, er for det ene at synet på sykdommens årsak og forløp ikke tar full høyde for kvinnene som sosiale samfunnsindivider, og for det andre at beskrivelsen av risiko, forekomst og forløp i for liten grad knyttes til beskriv-

elser av kvinners levekår og livsløp. Vi mener det er viktig at slike analyser gjøres i framtiden, men kjønnspektivet i medisinsk vitenskap er foreløpig mest i støpeskjeen. En del av disse sammenhengene er derfor oppgaver for en framtidig tverrfaglig kunnskapsutvikling.

Til grunn for diskusjonen om kvinners sykdommer og plager ligger en forståelse av at sykdommer hos menn og kvinner i utgangspunktet kan være forskjellige. Derfor er mandatet å kritisk vurdere i hvilke tilfeller kvinner og menn bør behandles ulikt. Det kjønnsnøytrale perspektiv, som sier at sykdommer arter seg grunnleggende likt for menn og kvinner, kan høres ut som det legger opp til likestilling. Dette er etter utvalgets oppfatning en feilaktig forutsetning. En slik likestillingstenking kan føre til fortsatt bruk av en mannlig sykdomsmodell som norm, og feilbehandling av kvinner etter denne normen.

### 9.1.3 Biologiske forskjeller

Kvinnen er forskjellig fra mannen, helt ned på cellenivå. Kvinner er gjennomgående mindre enn menn, har mindre muskelmasse, bredere bekken og større bryst. Kjønnorganene, både inni og utenpå, er ulike. Kvinner har en syklisk hormonproduksjon som er ganske forskjellig fra mannens. Ikke bare produserer hun andre hormoner, men mønsteret er forskjellig. Kvinnens biologi har et noe annerledes oppbygd forsvars- (immun-) system. Man tror at kvinnen alt i alt har et bedre immunsystem enn mannen, og et bedre smitteforsvar. Men det gjør henne også mer sårbar for sykdommer der immunologi er en del av sykdomsmekanismen, for eksempel giktskykdommene. Dessuten kan kvinners immunsystem endre seg, noe som er viktig for å kunne gjennomgå et svangerskap uten å avstøte fosteret. Likevel er ikke biologien så forskjellig at man ikke kan transplantere et mannshjerte inn i en kvinnekropp, eller at det ikke finnes kortvokste menn og høyreiste kvinner blant oss.

I medisinen blir ofte helt åpenbare biologiske forhold og forskjeller oversett når det skal gis råd om medisindoser eller treningsprogrammer. Men alt i alt er kunnskapen stadig svært begrenset når det gjelder hva biologiske kjønnsforskjeller betyr for ulikheter i forekomst, forløp og behandling av sykdommer – både kirurgisk og medikamentell. På hvilken måte biologi samvirker med fysiske påvirkninger og psykiske og sosiale forhold, vet vi også for lite om. Vi etterlyser bevisst refleksjon om betydningen av kjønn i studier av årsaker til sykdom, i behandling av sykdom og i beskrivelsen av sykdommers forløp.

## 9.2 Reproduktiv helse

---

Se kapittel 8 for en mer utførlig drøfting av reproduktiv helse.

### 9.2.1 Spontan abort og infertilitet

*Infertilitet defineres som ett års regelmessig samliv uten graviditet. Det å ikke kunne få barn når man ønsker seg det, ser ut til å være et større og vanskeligere helseproblem for de kvinner som rammes enn for deres partnere, kanskje fordi moderskapet er en viktig del av alle kvinners livsprosjekt. Ny medisinsk teknologi har gitt håp til mange, men er ikke uten dilemmaer. Noen par må finne andre løsninger, som adopsjon eller barnløst liv. Psykososial støtte under utredning og behandling er viktig.*

### *Forekomst*

Norske kvinner føder mindre enn to barn hver, fertilitetsraten har i de siste 10–20 årene ligget omkring 1,7–1,8. Gjennomsnittsalder for fødsel av første barn har steget ganske raskt, fra rundt 22 år for de som ble født rett etter siste verdenskrig, til rundt 27 år nå. Man antar at rundt 90 prosent av alle som forsøker å få barn, får dette til i løpet av det første året de forsøker. 2–4 prosent oppnår aldri å få det barnet de ønsker seg. Omkring 5 prosent forsøker ikke å få barn. Omtrent 15 prosent av alle påbegynte svangerskap ender i spontan abort. Man har sett en veldig økning av antall par som søker medisinsk hjelp for ufrivillig barnløshet, men det meste av denne økningen skyldes bedre behandlingsmuligheter, ikke at barnløshet er blitt et større problem.

### *Forløp og behandling*

Selv om de fleste som opplever en spontanabort får normal graviditet neste gang de forsøker, er spontan abort alltid en traumatisk opplevelse især for kvinnen. Mest alvorlige er de gjentatt spontanabortene, der man etter tre slike bør søke medisinsk utredning. Gjentatte spontanaborter og problemer med å bli gravid er eksistensielle dramaer i kvinnens liv, der de medisinske løsningsmulighetene er mange, og ofte forbundet med etiske dilemmaer. De akutte psykososiale problemene er store, og kan av og til føre til depresjon, men på lang sikt går det ganske bra med barnløse kvinner. Vel halvparten av de ufrivillig infertile vil før eller senere adoptere.

### *Risikofaktorer*

For spontan abort tidlig i svangerskapet vet man at det skyldes tilfeldig utfall av en graviditet som ikke var helt normal. For ufrivillig barnløshet kan dårlig sæd hos mannen være en årsak, tette eggledere etter underlivsinfeksjon hos kvinnen en annen, eller hun kan ha problemer med eggløsningen. Noen ganger vet man ikke årsaken. Man tror at noen av risikofaktorene for infertilitet henger sammen med kvinnens livsstil. Røyking, alkohol, kaffedriking, stress, noen yrkeseksposisjoner som sveising og arbeid med enkelte farmakologiske produkter, seksuelt overførte sykdommer og ekstrem slanking er slike. Det finnes ingen holdepunkter for at psykiske problemer leder til infertilitet verken hos mann eller kvinne, men seksuelle problemer kan forhindre befruktning. Sykdommen endometriose kan gi lav fruktbarhet, sammen med smerter og ubehag i underlivet. Det er en ikke helt uvanlig sykdom hos kvinner, og medfører en god del plager.

### *Konklusjon*

Omtrent halvparten av de som søker hjelp for barnløshet, oppnår graviditet. Det er viktig å forberede pasienter på det faktum at ikke alle lykkes, og psykososial støtte til barnløse par er etterlyst som et manglende ledd i behandlingsskjeden. Det burde også etableres en mulighet for nedfrysing av egg hos kvinner med ønske om barn før eventuell behandling som kan svekke deres fruktbarhet (for eksempel kreftbehandling).

### 9.2.2 Menstruasjonsplager

*Menstruasjon er ingen sykdom, men enkelte kvinner opplever store plager når de menstruerer. De fleste plagene kan dempes av legemidler. Humørsvingninger med økt sårbarhet før menstruasjon, såkalt premenstruell tensjon, er også noe mange kvinner opplever.*

Den vanligste årsaken til at kvinner midt i livet søker lege, er at menstruasjonen blir hyppigere, mer rikelig eller varer lenger. Hormoner, blødningsstillende midler, hormonspiral eller fjerning av livmorslimhinnen er mulige behandlingsalternativer. Tidligere var man rask til å tilrå fjerning av livmoren til kvinner med slike plager. Nå er man betydelig mer tilbakeholden. De fleste kvinner ønsker å bli kvitt plagene, men beholde livmoren sin.

Mange kvinner opplever ulike former for humørsvingninger gjennom menstruasjonsyklusen. Økt sårbarhet og lavere kontroll av aggressive følelser før menstruasjonen har vært knyttet til hormonendringer (PMS, premenstruell tensjon). I hvilken grad kvinner opplever / plages av dette, varierer sterkt. Det er omdiskutert om det er hensiktsmessig å sykeliggjøre denne fasen. Godartede svulster kan oppstå i livmor eller eggstokker. Her må risikoen for ondartet svulst og eventuelle plager vurderes når man skal ta stilling til operasjon eller ikke. Blødning fra underlivet etter overgangsalder skal undersøkes med tanke på ondartet sykdom, men viser seg oftest å være godartet.

### 9.2.3 Urininkontinens

*Urininkontinens er ufrivillig lekkasje av urin. Det kan få konsekvenser for kvinners selvfølelse og livsutfoldelse. Kompliserte fødsler og overvekt er risikofaktorer for tilstanden. Den er trolig underbehandlet. Styrketrening av bekkenbunnsmuskulatur gir 60–70 prosent helbredelse eller sterk bedring, og bør være førstevalg av behandling. Dette kan trolig også i stor grad forebygge tilstanden.*

#### *Forekomst*

Mellom 26 og 38 prosent av nordmenn har tilstanden, dobbelt så mange kvinner som menn. Antallet øker med økende alder, men er også utbredt blant unge kvinner som ikke har født.

#### *Forløp og behandling*

Konsekvensene er i første omgang psykososiale, med redusert livsutfoldelse på grunn av redsel for ufrivillig urinlekkasje og ubehagelig lukt. Det er flere typer urininkontinens. Den tilstanden som er mest sosialt belastende, er såkalt urgeinkontinens, hvor hele blæren kan tømme seg, men også tilstander som gir mindre lekkasjer (som stressinkontinens) er plagsomme. Lekkasjen kommer særlig ved fysisk aktivitet med løp og hopp. Det kan føre til at kvinner unngår fysisk aktivitet. Spesifikk trening av bekkenbunnsmuskulatur gir gode resultater, og bør være førstevalg av behandling. Det rapporteres om 60–70 prosent helbredelse. Tilstanden kan også behandles kirurgisk.

#### *Risikofaktorer*

Det finnes forskjellige årsaker til tilstanden. Den vanligste er svekket bekkenbunnsmuskulatur. Dette kan skyldes medfødt svakt bindevev i bekkenbun-

nen. Kompliserte fødsler kan gi både svær uttøyning av bekkenbunnsmuskulaturen og nerveskader. Andre årsaker til urininkontinens kan være forstyrrelser i nervenes styring av vannlatningen, eventuelt kombinert med svekket muskulatur. Urininkontinens som skyldes svekket bekkenbunnsmuskulatur kan både forebygges og behandles ved spesifikk trening av muskulaturen. Bekkenbunnen får vanligvis ikke nok stimulans ved generell trening.

### *Konklusjon*

Tilstanden kan i stor grad forebygges og behandles med spesifikk trening av bekkenbunnsmuskulatur. Studier har vist at mindre enn halvparten av hjemmeboende personer med inkontinens oppsøker helsevesenet for å få hjelp. Tilstanden er altså underbehandlet. Det er behov for mer effektive informasjonstrategier overfor kvinner i alle aldre, og for bedre undervisning av leger, jordmødre og fysioterapeuter som møter kvinnene. Dette er også et felt der det trengs økt forskningsaktivitet og bedre metoder for evaluering av behandlingseffekt.

### **9.2.4 Svangerskapsplager**

*Svangerskap og fødsel er normale livsbegivenheter i et kvinneliv. Plager av varierende grad er knyttet til disse hendelsene. Komplikasjoner som kan føre til alvorlig sykdom kan også oppstå. Over halvparten av alle gravide kvinner i Norge er sykemeldt deler av svangerskapet. Svangerskapskvalme, bekkenløsning og forhøyet blodtrykk (svangerskapsforgiftning) er lidelser knyttet til selve svangerskapet. Kroppens endringer i svangerskapet kan også føre til at tidligere sykdom, skade eller lyte forverres eller blir vanskeligere å kombinere med dagliglivets krav og arbeid. Risikofaktorer i arbeidet kan i enkelte tilfeller gjøre fortsatt arbeid under svangerskap uønsket.*

### *Forekomst*

I Norge påbegynnes årlig omtrent 80000 svangerskap og det fødes omtrent 60 000 barn. I medisinsk fødselsregister for 1996 ble det rapportert 13190 tilfeller (22 prosent) av mødresykdom i svangerskapet. Preeklampsi (svangerskapsforgiftning) er i medisinsk fødselsregister registrert i omtrent 3,5 prosent av alle fødsler. Det er grunn til å tro at melding om denne tilstanden er ufullstendig. Førstegangsfødende og kvinner som har for høyt blodtrykk før svangerskapet (0,3 prosent) har en noe større risiko for å utvikle hypertensive svangerskapskomplikasjoner. Andre komplikasjoner som forekommer er blødning eller urinveisinfeksjon hos 1,5 prosent hver, diabetes hos 1 prosent og kjønnsykdom eller epilepsi hos 0,5 prosent hver. 10 prosent av alle innleggelser og 7 prosent av alle polikliniske konsultasjoner i sykehusetjenesten skyldes svangerskapsrelaterte tilstander.

### *Forløp og behandling*

Moderat svangerskapskvalme er nærmest en normaltilstand i første del av svangerskapet. I enkelte tilfeller kan den bli så alvorlig at den krever behandling, evt. sykehusinnleggelse. Plagene gir seg etter hvert som svangerskapet skrider fram, oftest når de første tre månedene er over. Forhøyet blodtrykk i svangerskapet (svangerskapsforgiftning) kan kreve sykemelding og hvile i form av sengeleie. Tilstanden kan gi proteiner i urinen og i verste fall forstyr-

relser i blodkoagulasjonen og kramper, en livstruende tilstand både for mor og barn. Om dette holder på å utvikle seg må fødselen settes i gang. I andre deler av verden er denne tilstanden en av de sykdommene som er ansvarlig for høye mødredødelighetstall, men en god svangerskapsomsorg gjør at det går bra med de aller fleste i Norge. Mindre alvorlige plager i svangerskapet er kløe, prikking eller hevelse i bena, søvnløshet, sure oppstøt, hyppig vannlatning, treg mage, slitenhet og smerter i ben, rygg, hofter eller bekken. En del øker mer i vekt enn de ønsker, men for kvinner som ammer vil vekten oftest normalisere seg etter hvert.

### *Risikofaktorer*

Uttalt svangerskapskvalme har dels psykososiale, dels biologiske årsaker. Kvalmen er mer uttalt ved tvillinggraviditet, men opptrer også hyppigere hos kvinner som har samlivsproblemer, har hatt psykisk sykdom eller tidligere spiseforstyrrelser. Masseundersøkelse for forhøyet blodtrykk i svangerskapet (svangerskapsforgiftning) gjennom blodtrykksmåling og urinprøver er et av de viktigste forebyggende tiltakene i svangerskapsomsorgen. Tilstanden er hyppigst forekommende i første graviditet. Årsakskjeden til tilstanden er kompleks. Populært kan man si at kvinnen påvirkes negativt av sin egen graviditet. Først når svangerskapet er avsluttet kan tilstanden normalisere seg. Diett, immunologiske forhold og morkakens tilstand er noen av de faktorene som har vært sentrale i forskningen omkring dette.

### *Konklusjon*

De fleste plagene i svangerskapet er av forbigående og ikke alvorlig art. Men omtrent halvparten av gravide kvinner sykemeldes i løpet av svangerskapet sitt, og siden svangerskap er såpass vanlig forekommende i Norge, gir dette store utslag i den totale sykeligheten i landet.

## **9.2.5 Komplikasjoner ved fødsel og i barseltiden**

*Som svangerskap, er fødsel og barseltid normale livsbegivenheter for kvinner. En del bryssomme plager knytter seg til denne tiden. Som regel truer de ikke kvinnens helse. Alvorlige komplikasjoner kan likevel oppstå, både ved vaginale fødsler og ved keisersnitt. Bruk av keisersnitt som forløsningsmetode, og i hvilken grad kvinnens ønsker skal influere på dette, er kontroversielt i fagmiljøet.*

### *Forekomst*

Andelen kvinner som føder med keisersnitt har økt fra 1,8 prosent i 1967 til rundt 12 prosent siden 1985. Bruk av vakumekstraksjon har også økt, fra noe over 1 prosent til rundt 5,5 prosent, mens bruk av forløsningstang har gått noe ned. Abruptio placenta eller morkakeløsning er rapportert å ramme 6 til 7 per 1 000, forliggende morkake rapporteres for ca 2 per 1000, seteleie har økt fra ca 25 per 1000 til over 35 per 1000. Forekomsten av andre komplikasjoner, for eksempel hvor mange som trenger innleggelse på intensivavdeling, eller hvor mange som har så stor blødning at de trenger transfusjon, er ikke særlig godt registrert. Noen hevder at mange av de som føder vaginalt opplever mer eller mindre alvorlige plager etter fødsel, for eksempel problemer i forbindelse med klipping av, rifter i eller gjensynging av fødselskanalen. Kanskje så mange



som to tredjedeler av dem som føder vaginalt opplever mer eller mindre alvorlige plager etterpå.

#### *Forløp og behandling*

Økningen i keisersnitt har sannsynligvis bidratt til økt overlevelse hos nyfødte, men det er også bekymring i fagmiljøet for at frekvensen nå er unødvendig høy, og fremfor alt at den varierer ganske mye mellom forskjellige sykehus i landet. Keisersnitt gir også økt mødresykkelighet. Sårsmarter og noe ubehag er knyttet til ethvert operativt inngrep. Mer alvorlige komplikasjoner som infeksjoner og blødninger kan også oppstå. Likevel er komplikasjonsrisikoen alt i alt lav. Mange kvinner opplever plager og ubehag etter en vaginal fødsel også.

#### *Konklusjon*

Alvorlige komplikasjoner etter fødsel oppstår sjelden i Norge, uavhengig av valg av forløsningsmetode. Mindre alvorlige plager er vanlige både etter vaginal fødsel og keisersnitt. Det har blitt fremsatt som et ønske i offentlig debatt de siste årene at kvinner i større grad selv skal få influere på valg av forløsningsmetode. Dette er kontroversielt i fagmiljøet. Legeforeningen har nedsatt et utvalg som skal se på bruk av keisersnitt i Norge.

Barseltidens plager er i hovedsak knyttet til amming, underlivet og psykiske reaksjoner. Det overveldende ansvaret for barnet, en kontinuerlig søvndeprivasjon og alt arbeid et barn fører med seg, preger de fleste. Bekymring for om melkemengden er tilstrekkelig plager også mange, i tillegg til såre brystvorter, og evt. brystbetennelse. Etter vaginal fødsel kan rifter eller sår etter klipping gi smerter. Sammen med den generelle utmattelsen kan dette ofte gi mangel på seksuell lyst. Nedsatt kontroll over vannlatning, avføring og luft vil de fleste oppleve i begynnelsen, for noen varer det ved. En viss nedstemthet (barsel-blues) er så vanlig at det regnes som normalt, men fødselsdepresjon og fødselspsykose er alvorlige tilstander som utvikler seg hos enkelte.

### **9.2.6 Svangerskap hos mødre med spesielle sykdommer**

*Kvinner med kroniske sykdommer føder mye oftere barn nå enn tidligere.*

#### *Forekomst*

I 1967 fødte 94 kvinner med diabetes barn, mot 720 i 1996. Antallet fødende kvinner med epilepsi økte fra 154 i 1967 til 343 i 1996. Antall fødende kvinner med revmatisme øker også.

#### *Forløp og behandling*

Det er bygget opp en kunnskaps- og ressursintensiv særomsorg for disse kvinnene. Dette har ført til at det medisinsk sett går svært bra med barna. Det er for eksempel nå like trygt å føde for kvinner med diabetes som for en hvilken som helst annen kvinne. Selv kvinner med tverrsnittslammelse, og nyre- og hjertetransplanterte kvinner kan i dag føde barn hvis de får optimal omsorg under svangerskap og fødsel. Noen grupper kvinner kan det være vanskeligere å gi gode råd til, for eksempel kvinner behandlet for brystkreft og andre

kreftformer. Enkelte har behov for genetisk veiledning, hvis sykdommen de lider av har en arvelig komponent.

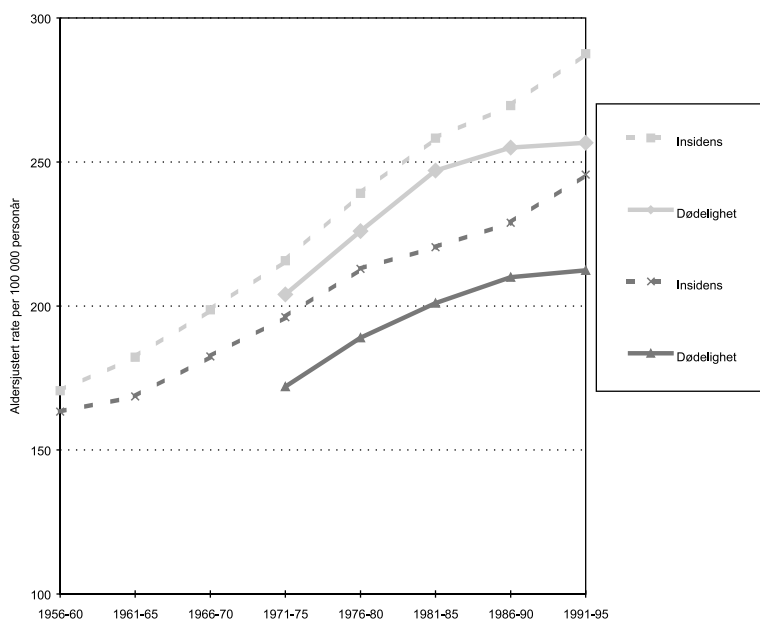
### *Konklusjon*

Felles for disse gruppene kvinner er at de ofte har behov for spesiell omsorg både for sin fysiske og psykiske helse. Om behandlingen skal lykkes, krever det et godt samarbeid mellom ulike fagdisipliner.

## 9.3 Kreft

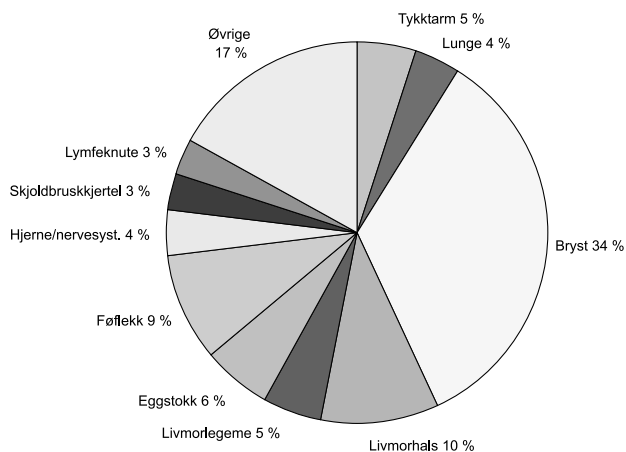
Figur 9.1 viser at selv om det er flere tilfeller av kreft enn før, er det ikke en tilsvarende økning i dødelighet på grunn av kreft.

Kvinner, så vel som menn, rammes av mange ulike kreftformer, som det går fram av figurene 9.2 og 9.3. De mest utbredte, som brystkreft og kreft i underlivet blir behandlet separat i det følgende, i tillegg til lungekreft fordi dette er den kreftformen som øker mest blant kvinner.



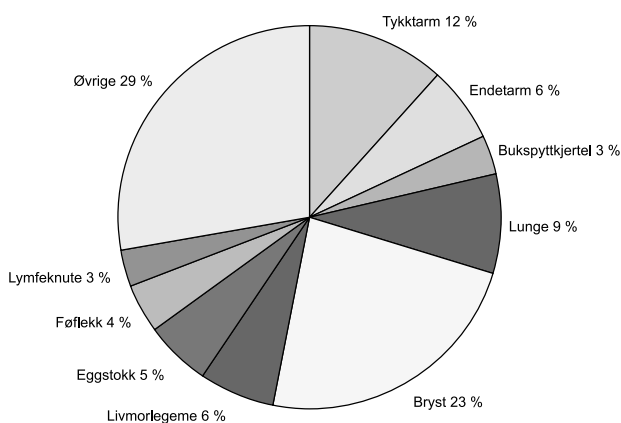
Figur 9.1 Dødelighet og insidens av (all) kreft 1956–95, menn og kvinner, alle aldre.

Kilde: SSB og Kreftregisteret



Figur 9.2 Fordeling av kreftformer i 1995 for kvinner 30–54 år (9760 tilfeller)

Kilde: Kreftregisteret



Figur 9.3 Fordeling av kreftformer i 1995 for kvinner 55–74 år (19442 tilfeller)

Kilde: Kreftregisteret

### 9.3.1 Brystkreft

Brystkreft er den hyppigst forekommende kreftformen hos kvinner, og forekomsten er økende. Enkelte snakker om en «brystkreftepidemi» i den vestlige industrialiserte verden. Noe av økningen skyldes færre barn født ved høyere alder, tidligere innsettende menstruasjon og høyere vekst. Slike endringer er en følge av kvinners endrede samfunnsrolle med utsettelse av barnefødsler og bedre materielle forhold. Men dette er forhold det verken er ønskelig eller mulig å påvirke ut fra forebyggingshensyn. Masseundersøkelse med mammografi for å diagnostisere sykdommen tidlig gir bedret overlevelse, men det er omdiskutert om nytten er like stor for kvinner under 50 år som for kvinner over 50 år. Det er behov for økt kunnskap om sykdommens karakter, og for bedre behandlingsmuligheter.

### *Forekomst*

Brystkreft utgjør 22 prosent av all kreft som diagnostiseres blant kvinner. I 1995 ble det diagnostisert drøyt 2100 nye tilfeller av brystkreft blant kvinner og 11 tilfeller blant menn. 500 er kvinner under 50 år, midt i karriere og familieoppbygging, mange har små barn. Ser man på 10-året fra 1983–93 økte brystkreft mest i aldersgruppen under 40 år. Anslagsvis vil én av 13 kvinner oppleve å få diagnosen brystkreft i løpet av sin livstid, godt over halvparten i eldre år etter fylte 70. Pr 31. desember 1995 var det i live drøyt 21000 kvinner som en eller annen gang hadde fått diagnosen brystkreft. I 1995 døde nesten 800 kvinner av sykdommen. Risikoen for brystkreft stiger med alderen, med unntak av en kortere periode omkring overgangsalderen. Før 30-års alder forekommer brystkreft sjelden (10–15 tilfeller årlig). Antall nye tilfeller av brystkreft i alle aldersgrupper har økt med vel 50 prosent fra første halvdel av 1950-årene og fram til i dag, og det er pasienter uten spredning som har hatt den største økningen i forekomst. Dødeligheten av brystkreft i befolkningen har vært nær konstant over tid. Det er sannsynlig at en del av den registrerte økningen er uttrykk for at flere tilfeller oppdages tidlig gjennom bl.a. mammografi. Det er store forskjeller i forekomst av brystkreft i forskjellige land. I Norge er det færrest nye tilfeller i Finnmark og færre i Oslo øst enn i Oslo vest. Inntak av soya og lite fett kan sammen med fysisk aktivitet synes å ha en viss beskyttende effekt.

### *Forløp og behandling*

Behandlingen er i første rekke kirurgisk med fjerning av kreftsvulsten eller hele brystet. I noen tilfeller suppleres den kirurgiske behandlingen med cellegift eller stråling. Strålebehandling kan også lindre plager ved utbredt brystkreftsykdom. Overlevelsesmulighetene er avhengig av hvilket stadium sykdommen oppdages i. Ulikt de fleste andre kreftformer dør enkelte av sykdommen 20 år og lenger etter at den ble oppdaget. Brystkreft består av flere svulsttyper som opptrer forskjellig. Prognosen er sannsynligvis lite avhengig av alder, selv om det har vært diskutert hvorvidt det er en spesielt aggressiv kreftform som oftest rammer yngre kvinner. Det har ikke vært noe gjennombrudd i behandlingen av oppstått sykdom.

### *Risikofaktorer*

Risiko for brystkreft er nært knyttet til kvinnens hormoner, kjønnsmodning og reproduksjon. Tidlig innsettende menstruasjon, økt kroppshøyde og sen overgangsalder gir økt risiko. Å føde det første barnet i ung alder og å få mange barn beskytter noe, men dette fødemønsteret er det få som følger i dag. P-pillebruk gir en økt risiko, men fordi denne økningen kommer i en alder da forekomsten er lav, betyr dette lite for totalt antall nyoppståtte tilfeller. Østrogenbruk etter overgangsalderen gir en økning i risiko tilsvarende den tidsperioden overgangsalderen blir utsatt med. Kvinner med hormonavhengig brystkreft bør ikke bruke østrogen etter at sykdommen er oppdaget. Forhold i mors liv ser også ut til å ha betydning for kvinnens framtidige brystkreftrisiko, svangerskapskomplikasjoner hos mor og lav fødselsvekt / for tidlig fødsel gir muligens økt risiko. Mange av faktorene som gir økt brystkreftrisiko er knyttet til kvinnens endrede roller og muligheter i vårt samfunn, og kan forklare en del av økningen i hyppighet i vestlige industrialiserte land.

I Norge og mange andre vestlige industriland er masseundersøkelser for brystkreft med mammografi en politisk vedtatt strategi for å oppdage sykdommen så tidlig som mulig, og ved det øke sjansen for helbredelse. Masseundersøkelse har i fire prøvetylker vært tilbudt kvinner mellom 50 og 69 år. Fra 1999 vil ytterligere fem fylker få tilsvarende tilbud, og i løpet av 3–4 år er det sannsynlig at vi vil få et nasjonalt program for mammografi-screening. Slik masseundersøkelse kan gi tidligere diagnose og dermed bedre overlevelsesmulighetene. Det er ikke vist om dette tilbudet bedrer overlevelsen for kvinner under 50 år.

### *Konklusjon*

Det er behov for økt kunnskap om brystkreftsykdommens natur og om risikofaktorer som vi kan forebygge. Det er ønskelig at man i Norge tar del i klinisk utprøving av nye behandlingsformer og at Norge inkluderes i studier av effekt av masseundersøkelser for kvinner under 50 år. Det er også viktig å evaluere screeningen av kvinner mellom 50 og 60 år med tanke på nedgang i dødelighet.

### **9.3.2 Kreft i livmorhalsen**

*Kreft i livmorhalsen (cervixcancer) er en av de hyppigste kreftformer hos kvinner under 50 år og utgjør 4 prosent av all kreftsykdom blant norske kvinner. På verdensbasis er dette den nest hyppigste kreftformen blant kvinner. Kreftformen er knyttet til et seksuelt overførbart virus. Forstadier til kreft og kreft kan oppdages ved celleprøver fra livmorhalsen. I Norge er det fra 1995 organisert masseundersøkelse (screening) med celleprøver for kvinner mellom 25 og 70 år.*

### *Forekomst*

Det diagnostiseres rundt 350 nye tilfeller årlig. For kvinner under 50 år er det en av de hyppigste kreftformene. Spesielt for livmorhalskreft er at forekomsten er nokså lik både i unge og eldre aldersgrupper. Antall nye tilfeller per år økte fram mot midten av 1970-årene i Norge, men det har vært en tydelig tilbakegang de siste 25 årene og det ventes at dette fortsetter. Blant de nordiske land har likevel Norge hatt minst tilbakegang og antall nye tilfeller er tre ganger så høyt her som i Finland, som har det laveste antallet. I den tredje verden er dette den hyppigste kreftformen blant kvinner og rammer særlig forholdsvis unge kvinner.

### *Forløp og behandling*

Celleforandringer i livmorhalsslimhinnen regnes som mulige forstadier til kreft. Svulstens utbredelse og om den har vokst over på andre organer, er det som i størst grad bestemmer framtidsutsiktene ved livmorhalskreft. Rundt 80 prosent av kvinner under 40 år med denne lidelsen får stilt diagnosen i tidlige stadier, og av disse vil rundt 90 prosent være i live etter 5 år. Hos kvinner over 60 år oppdages ca. 65 prosent av tilfellene i senere stadier med mye dårligere framtidsutsikter. I de siste 30 år er det ingen bedring i overlevelse innenfor samme stadier, men det har vært en viss gunstig forskyvning i stadieinndeling ved diagnosetidspunkt. Behandlingen er kirurgisk- og/eller strålebehandling.

### *Risikofaktorer*

Forekomst er knyttet til seksualvaner. Mange (mannlige) partnere og lav alder ved seksuell debut er risikofaktorer. Det er dokumentert en sterk sammenheng med en virustype som overføres seksuelt (humant papilloma virus, HPV). Viruset forekommer hyppig hos seksuelt aktive, unge kvinner, men bare et fåtall av dem som smittes utvikler celleforandringer og bare en liten andel av dem igjen utvikler kreft. Sannsynligvis må det være flere faktorer til stede for å utvikle kreft. Andre mulige risikofaktorer er røyking og bruk av p-piller. Det foreligger muligens en arvelig disposisjon, og kvinner med svekket immunforsvar er mer utsatt for sykdommen. Diett rik på frukt og grønnsaker kan kanskje beskytte. Et primærforebyggende tiltak vil være å begrense spredningen av seksuelt overførbare sykdommer og dermed HPV. Internasjonalt arbeides det med vaksine mot HPV. Sekundærforebygging innebærer oppsporing og behandling av kvinner med celleforandringer i livmorhalsen. Flere land innførte screening med celleprøver fra livmorhalsen på 1960- og 70-tallet. Forekomsten i disse landene har blitt redusert, men effekten på dødeligheten av sykdommen har ikke vært like stor.

### *Konklusjon*

Det er behov for fortsatt evaluering av screeningprogrammet. Nytte og effekt av å inkludere HPV-testing i screeningprogrammet må avklares gjennom kontrollerte studier. Det forskes rundt en vaksine mot HPV-viruset.

### **9.3.3 Eggstokk-kreft**

*Eggstokk-kreft (ovarialcancer) er kreft utgått fra cellene i eggstokkene. Dette er den 6. vanligste kreftform blant kvinner internasjonalt, og de skandinaviske land ligger på verdenstoppen. Det finnes forskjellige typer som opptrer forskjellig, men alt i alt har sykdommen relativt høy dødelighet fordi diagnosen stilles sent. Screening er lite aktuelt i dag.*

### *Forekomst*

I 1996 fikk 500 kvinner diagnostisert eggstokk-kreft i Norge. 331 kvinner døde av sykdommen i Norge i 1995, mens 106000 kvinner årlig dør av eggstokkrekft internasjonalt. I industrialiserte land (bortsett fra Japan), hvor kvinnene har færre barn, er hyppigheten av eggstokk-kreft høyest. I Norge steg forekomsten fram mot 1980-tallet, men har etter dette holdt seg stabil.

### *Forløp og behandling*

Sykdommen har høy dødelighet. Den gir lite plager i tidlige stadier, og hos to tredeler diagnostiseres sykdommen etter at den har spredt seg. Gjennomsnittskvinnen er 61 år ved diagnostetidspunktet. Fem-års overlevelse etter diagnose i de nordiske land økte fra 22 prosent i perioden 1954–63 til 37 prosent i perioden 1989–1993. Behandlingen er kirurgi og cellegift. Det hevdes at kirurgien, som er krevende, bør sentraliseres for å kunne standardiseres i større grad. Alle kvinner bør tilbys hormonbehandling med østrogen etterpå for å bedre livskvaliteten (bortsett fra ved enkelte svulsttyper).

### *Risikofaktorer*

Kvinner som ikke har født har høyere risiko. Mange barnefødsler og p-pillebruk beskytter. Arvelig eggstokkreft er årsak hos om lag 5 prosent av tilfellene, de fleste av disse har også betydelig økt risiko for brystkreft. Røyking, amming, kosthold, etnisitet og østrogenbehandling har vært knyttet til forekomst av eggstokkreft, men ingen av disse faktorene har vist seg å ha noen sikker sammenheng med forekomst av denne kreftformen. Screening av friske kvinner er ikke aktuelt i dag, med unntak av kvinner med arvelig risiko for brystkreft og eggstokkreft.

### *Konklusjon*

Sentralisering av kirurgisk behandling og styrking av røntgenavdelingenes kapasitet vil bedre behandlingstilbudet. Kvinner med arvelig risiko bør få bedre tilbud om genetisk veiledning og gentesting. Forskning rundt behandling og nye metoder for tidlig diagnose er nødvendig.

## **9.3.4 Livmorkreft**

*Livmorkreft (endometriecancer) er kreft utgått fra livmorslimhinnen. I den vestlige verden er dette den hyppigste kreftformen utgått fra kjønnsorganene. Den har sammenheng med østrogenaktivitet. Diagnosen blir ofte stilt tidlig og overlevelsen er god.*

### *Forekomst*

I 1996 var det 485 nye tilfeller i Norge. De siste tiår har det vært en beskjeden økning, og man forventer at dette fortsetter.

### *Forløp og behandling*

Den aldersjusterte fem års overlevelse var 75 prosent i perioden 1983–1987 og har bedret seg i de nordiske land (bortsett fra Island) siden 1960. Gjennomsnittlig alder ved diagnose er 65 år. De fleste kvinner med livmorkreft får diagnosen før sykdommen har spredt seg. Da er framtidsutsiktene gode, med en fem års overlevelse etter diagnose på mer enn 85 prosent. Forstadier til kreften kan behandles med hormonet progesteron eller utskraping. Kirurgisk fjerning av livmor, eggstokker og eggledere er den primære behandling ved etablert kreft. Tidligere ble de fleste strålebehandlet, men dette er man mer tilbakeholdne med i dag. Tilleggsbehandling med cellegift og hormoner har bedret overlevelsen for enkelte grupper. Noen kan bruke hormonbehandling med østrogen etterpå. Ved langtkommen kreft kan strålebehandling lindre plager.

### *Risikofaktorer*

Tidlig innsettende menstruasjon, sen overgangsalder, lite antall barn og fedme gir økt risiko. Langvarig østrogenbehandling regnes også som en risikofaktor, men det gjelder ikke i Norge hvor man hele tiden har brukt kombinasjonsbehandling med østrogen og gestagen. Arvelig livmorkreft er sjelden, men kan henge sammen med arvelig tarmkreft. Ved livmorchalscreening vil man samtidig få regelmessig kontroll og vurdering av livmor og

aktuelle symptomer, som for både livmorhals- og livmorkreft vanligvis er blødningsuregelmessigheter.

### *Konklusjon*

På grunn av bivirkningene etter strålebehandling er det viktig å finne fram til de gruppene som ikke trenger denne behandlingen. Samtidig trenger kvinner med denne kreftformen økt kapasitet på strålebehandling, både som tilleggsbehandling til annen behandling og som lindrende behandling ved langtkomsten sykdom. Som for annen kreftbehandling trengs forskning for å finne mer effektive cellegift-behandlinger.

### **9.3.5 Lungekreft**

*Lungekreft er den hyppigst forekommende kreftformen i verden. For kvinner er bare brystkreft og tykktarmskreft vanligere, for menn bare kreft i prostata. Framtidsutsiktene er dårlige og har forandret seg lite over tid. Røyking er en sterk risikofaktor. Kreftformen er hyppigere blant menn, men pga. økt røyking blant kvinner forventes økt kvinneandel. Lungekreft kan forebygges ved redusert røyking. Kampanjer bør særlig rettes mot barn og unge for å hindre røykestart.*

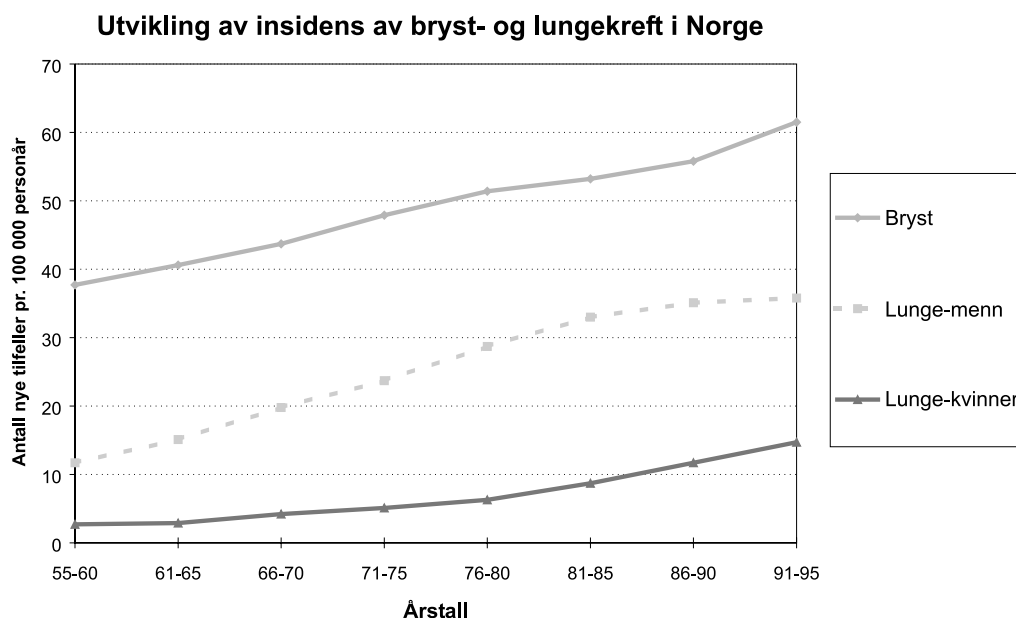
### *Forekomst*

I Norge ble det i 1995 registrert 1208 nye lungekrefttilfeller blant menn og 571 tilfeller blant kvinner. Bare 12 av disse 1779 pasientene var under 40 år, halvparten var over 69 år. For kvinner er forekomsten av lungekreft høyest i Finnmark, Oslo og Aust-Agder, og lavest i Sogn og Fjordane. Forekomsten av lungekreft har økt både blant menn og kvinner de siste 40 årene. Fra 1954–58 til 1989–93 økte forekomsten med 350 prosent blant menn og mer enn 500 prosent blant kvinner. Selv om den relative økningen har vært størst blant kvinner, er det fortsatt langt flere menn enn kvinner som får lungekreft. Forekomsten av lungekreft blant kvinner er nå omtrent som forekomsten blant menn i 1960-årene, med unntak av kvinner under 55 år. De har nå høyere forekomst av lungekreft enn menn i samme aldersgruppe på 1960-tallet.

### *Forløp og behandling*

I tillegg til at lungekreft er en av de hyppigste kreftformene, er den også en av dem med dårligst framtidsutsikter. Her i landet dør 1100 menn og 400 kvinner av lungekreft pr. år. Mer enn 50 prosent av pasientene dør i løpet av det første halve året etter at diagnosen er stilt. Sykdomsutbredelse på diagnosetidspunktet har endret seg lite siden 1950-tallet. I 1984–93 hadde mer enn 40 prosent av lungekreftpasientene spredning ved diagnosetidspunktet, og kvinnelige pasienter hadde en noe mer utbredt sykdom enn mannlige. Behandlingen er primært kirurgisk med fjerning av den syke lungen. Cellegift og stråling har lite effekt.





Figur 9.4 Utvikling av insidens av bryst- og lungekreft i Norge 1955–95

Kilde: Kreftregisteret

### Risikofaktorer

I de fleste industrialiserte land er omtrent 90 prosent av lungekrefttilfellene blant menn forårsaket av røyking. Blant kvinner har andelen lungekrefttilfeller som skyldes røyking vært noe lavere (rundt 70 prosent), men andelen er stigende. Risikoen for lungekreft øker med synkende alder ved røykestart, med varighet og mengde man røyker, og med grad av inhalering. Desto mer tjære sigarettene inneholder jo mer øker lungekrefttrisikoen. Kvinner har muligens en høyere risiko for å få lungekreft enn menn med de samme røykevanene. Røykere som klarer å stumpe røyken reduserer risikoen for å få lungekreft, uansett hvor gammel man er og hvor lenge man har røkt. Jo tidligere man slutter desto mer reduseres risikoen. Men tidligere røykere vil ikke komme ned på samme risikonivå som de som aldri har røkt. I tillegg til egen røyking er passiv røyking og ulike yrkeseksponeringer som f.eks. asbeststøv risikofaktorer for lungekreft. Radonstråling kan kanskje øke risikoen og høyt inntak av A og C vitamin kan kanskje beskytte, men dette er ikke endelig avklart.

### Konklusjon

Lungekreft kan i stor grad forebygges ved å redusere røyking. Kampanjene bør rettes mot barn og unge for å hindre røykestart, og etablerte røykere bør ha tilbud om hjelp til å slutte. Grunnene til å opprettholde røyking og til å ville slutte er noe forskjellig hos kvinner og menn, og forebyggingskampanjer og tiltak bør ta hensyn til dette.

## 9.4 Hjerte-karsykdommer

---

### 9.4.1 Hjerterinfarkt

*Hjerterinfarkt skyldes utilstrekkelig blodgjennomstrømning og oksygenmangel i vevet, som fører til at hjertemuskulaturen ødelegges. Dette er den hyppigste dødsårsak for både kvinner og menn i Norge, hyppigst for menn. Risikoen for hjerterinfarkt øker med alderen. Fordi det er flest kvinner blant de eldre, er det flere kvinner enn menn som får infarkt i denne gruppen. Kostholdsendringer, røykeslutt og økt fysisk aktivitet kan muligens minske risikoen for hjertesykdom.*

#### *Forekomst*

Blant alle som døde i Norge i 1994, utgjorde død av hjerterinfarkt 20,5 prosent av dødsfallene hos kvinner og 26,8 prosent av dødsfallene hos menn. I gjennomsnitt får kvinner sykdommen 10 år senere enn menn. Dødeligheten av hjerterinfarkt økte fram til 1970-tallet, men siden dette har den sunket for begge kjønn, sannsynligvis både på grunn av færre nyoppståtte tilfeller og lavere dødelighet når et infarkt har inntrådt. Nedgangen i dødelighet var mest uttalt for menn. En ytterligere nedgang i dødelighet er ventet for begge kjønn, men den økte røykingen blant kvinner kan bremse den.

#### *Forløp og behandling*

I underkant av en tredel av dem som får hjerterinfarkt dør innen en måned. Sannsynligheten for et nytt infarkt i løpet av de neste fem årene er om lag 25 prosent. Legemiddelbehandling kan begrense infarktstørrelsen og beskytte mot nye infarkt. Ved kirurgisk behandling blir dårlig fungerende blodårer til hjertemuskelen enten blokket ut eller erstattet med nye, noe som gir lindring av smertene ved hjertekrampe (angina pectoris) og også noe bedret overlevelse. Studier både fra USA og England har vist at det kan være betydelige forskjeller i symptombildet hos kvinner og menn. Det er også rapportert at kvinner har dårligere prognose etter gjennomgått infarkt. Samtidig har man funnet at kvinner i mindre grad enn menn henvises til avansert diagnostikk (som for eksempel anioграфи), og endelig at behandlingen er mindre aktiv. Kvinner får således sjeldnere kirurgi som bypass, angioplasti og hjertekateter, og sjeldnere medikamentell behandling med aspirin, heparin og betablokkere. En nyere finsk studie av bypasskirurgi, viser det samme mønsteret (Keskimaki et al 1997). Ulikhetene kan representere riktig behandlingsnivå hos de to kjønn, men det er også mulig at de reflekterer underforbruk hos kvinner eller overforbruk hos menn. Disse forholdene bør studeres nærmere mht. årsaker og effekt av behandling, også i vårt land.

#### *Risikofaktorer*

Utvikling av forkalkninger og fettavleiringer i åreveggen (arteriosklerose) sammen med blodproppdannelse (trombose) er årsaken til at infarkt oppstår. Tilsynelatende opptrer sykdommen akutt, men blodåreforandringene som ligger til grunn kommer gradvis over tiår. Kjønn, alder og arv er viktige risikofaktorer for hjerterinfarkt. Disse faktorene kan ikke påvirkes, men kan tjene som identifikasjon for grupper med et spesielt behov for å minske andre risikofaktorer. Hvilke faktorer som beskytter kvinner mot infarkt i forhold til jevngamle menn er ikke klarlagt. Østrogen har vært foreslått som forklaring,

men det kommer ingen bratt økning i forekomst av infarkt etter overgangsalderen, selv om østrogennivåene da faller sterkt. Om østrogenutførelse etter overgangsalderen kan beskytte mot infarkt er omdiskutert. Ulik fettfordeling mellom menn og kvinner kan være en forklaring på kjønnsforskjellen, og kvinner med bukfedme har større risiko for infarkt enn dem som har den tradisjonelle kvinnelige fettfordelingen rundt hofter, sete og lår. Fettstoffer i blodet, spesielt kolesterol, røyking og høyt blodtrykk, er andre kjente risikofaktorer. Kvinner tåler trolig et høyere kolesterolnivå enn menn, kanskje på grunn av økt nivå av det beskyttende HDL-kolesterolet. Til tross for dette skal kvinner med allerede oppstått infarkt behandles like aktivt med kolesterolsenkende legemidler som menn, for det beskytter mot nye infarkt også ved lave kolesterolnivåer. Diabetes gir kvinner minst samme høye risiko for infarkt som menn. Fedme er en sterk risikofaktor for diabetes og gir også økt risiko for høyt blodtrykk. Kvinner røyker mer i Norge enn tidligere mens menn røyker mindre, slik at det nå ikke lenger er noen forskjell mellom kjønnene. Røyking ser ut til å være mer ugunstig for kvinner enn menn. Storrøykende kvinner mister den beskyttende effekten av å være kvinne, de får samme risiko som ikke-røykende menn. Kosthold med lite fett, mer vegetabilsk og marint enn animalsk fett og rikelig med kornprodukter, frukt og grønnsaker minsker risikoen for hjerteinfarkt. Fysisk aktivitet påvirker både blodtrykk, fettstoffene i blodet (kolesterol) og fedme i gunstig retning. Røykeslutt vil sannsynligvis ikke bare hindre den økte risikoen som fortsatt røyking ville gitt, men også snu den økte risikoen som allerede har oppstått. Den mest effektive strategien for å forebygge hjerteinfarkt har vist seg å være en kombinasjon av massestrategi (som retter seg mot hele befolkningen) og høyrisikostrategi (som retter seg mot spesielt utsatte grupper).

### *Konklusjon*

Røykekutt, kostholdsendring og økt fysisk aktivitet kan redusere forekomst av hjerteinfarkt. En kombinasjon av massestrategi og høyrisikostrategi anbefales. Høyrisikogrupper kan identifiseres gjennom masseundersøkelser. Ved oppstått hjertesykdom skal kvinner behandles like aktivt som menn. Forskning bør avklare om kjønns spesifikke kriterier skal anvendes i forebygging og behandling. Betydning av østrogenbehandling for hjerteinfarktrisiko bør også avklares.

### **9.4.2 Hjerneslag**

*Hjerneslag er plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner etter forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon. Det kan føre til store problemer for den som rammes, både i dagliglivet og i arbeidslivet, og er den sykdomsgruppe som krever flest pleiedøgn i den somatiske helsetjeneste. Risiko for hjerneslag øker med økende alder, og er høyere blant menn enn blant kvinner i alle aldersgrupper. Fordi kvinner lever lenger enn menn er det likevel totalt flere kvinner som rammes. Hjerneslag har også en betydelig indirekte effekt på kvinners helse gjennom de belastninger slagpasientenes kvinnelige familiemedlemmer utsettes for. Mange av risikofaktorene er de samme som for hjerteinfarkt og kan reduseres ved livsstilendringer.*

### *Forekomst*

Det forekommer nesten 12000 førstegangsslag per år i Norge, i underkant av 7 000 er blant kvinner. I tillegg kommer vel 4000 slagtilfeller blant personer som har hatt slag tidligere. Dette gir totalt vel 16 000 tilfeller av hjerneslag årlig, litt over 9000 er kvinner. Hvert år dør ca 5100 personer av hjerneslag i Norge, vel 3 000 kvinner. Etter hjerteinfarkt og kreft er dette den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge (12 prosent).

### *Forløp og behandling*

Hjerneslag kan skyldes at en blodåre går tett (blodpropp eller hjerneinfarkt, 85 prosent), at en blodåre brister (hjerneblødninger, 10 prosent), eller en blødning ut i væskerommet som omgir hjernen (hjernehinneblødninger/blødninger under den midterste hjernehinne, 5 prosent). Det har siden 1930 vært en betydelig nedgang i dødeligheten av hjerneslag i Norge. Før 1955 lå kvinnene på samme eller høyere dødelighetsnivå som mennene. Siden da har dødeligheten blitt halvert hos menn i alderen 50–69 år, mens nedgangen har vært på 70 prosent hos kvinner i samme aldersgruppe. Dødeligheten er nå lavere blant kvinner enn menn. Hva nedgangen og det endrede forhold mellom kjønnene skyldes, er uklart. Hjerneinfarkt og hjerneblødning fører til plutselig svikt i kroppsfunksjoner som styres av den delen av hjernen som er blitt skadet. Fordi hjernen har mange ulike funksjoner, blir også symptomene svært forskjellige. Vanligst er lammelser, redusert følesans, tale- og/eller forståelsesvansker, svekket balanse, forvirring, redusert evne til å gjenkjenne romlige strukturer og redusert evne til å utføre sammensatte handlingsmønstre. Disse symptomene kjennetegner både den akutte fasen og senvirkningene av hjerneslag. Symptomene ved hjernehinneblødning er plutselig innsettende sterk hodepine og bevisstløshet. Det er de senere årene overbevisende dokumentert at akuttbehandling i slagenheter bedrer både overlevelse og funksjonsnivå. En slagenhet representerer først og fremst en bedret *organisering* av behandlingen. Det antas at den viktigste enkeltfaktoren er tidlig mobilisering av pasientene og tidlig, aktiv rehabilitering. De eldste slagpasientene (over 80 år) har sannsynligvis enda større nytte av behandling i slagenhet enn de som ikke er så gamle. Likevel er innleggelsesprosenten lavest blant de eldste. Det er derfor grunn til å tro at en del eldre, fortrinnsvis kvinnelige, slagpasienter ikke får del i en behandling som ville være spesielt nyttig for dem. Acetylsalisylsyre (aspirin) har en beskjeden, men sikker positiv virkning på forløpet av hjerneslag hos begge kjønn.

### *Risikofaktorer*

Forhøyet blodtrykk er en viktig risikofaktor for hjerneslag. Saltinntaket i en befolkning har sammenheng med blodtrykksnivået, og dermed også risikoen for hjerneslag, for både kvinner og menn. Røyking øker risikoen for hjerneslag betydelig. Høyt inntak av frukt og grønnsaker kan kanskje beskytte. Alkohol har en usikker betydning, kanskje ulik ved ulike typer hjerneslag. Diabetes, tidligere og nåværende hjertesykdom, overvekt, fysisk inaktivitet og p-piller med høyt østrogeninnhold er risikofaktorer, mens betydningen av blodfettstoffet triglyserider og serum totalkolesterol fortsatt er uavklart. Høy kroppshøyde gir lavere risiko, mens migrene kan være en risikofaktor spesielt hos kvinner under 45 år.

### *Konklusjon*

Livsstilendringer i befolkningen vil kunne redusere risikoen for hjerneslag. Alle pasienter med hjerneslag bør innlegges i slagenhet, uansett alder og kjønn. Det er behov for mer kunnskap om effekten av ulike rehabiliteringstiltak, den forebyggende effekten av blodfortynnende behandling og blodtrykksbehandling hos kvinner og de aller eldste. Virkninger for de pårørende av behandlings- og rehabiliteringstiltak for slagpasienter må evalueres. Om forløpet av slag er ulikt for kvinner og menn er også uavklart.

### **9.4.3 Forhøyet blodtrykk**

*Høyt blodtrykk gir økt risiko for hjerte-karsykdommer, blant annet hjerteinfarkt og hjerneslag, og er gjenstand for massebehandling med legemidler for å forebygge dette. Risikoen stiger gradvis med økende trykk og virker sammen med andre risikofaktorer. Det er ingen klart definert grense for når blodtrykk skal behandles medikamentelt. Fysisk aktivitet, vektreduksjon og mindre salt i maten kan redusere blodtrykket. Legemidlene er ikke uten bivirkninger. Siktemålet er nesten utelukkende å forebygge sykdom. Dette krever en stadig overvåking av behandlingsprogrammet, hvor effekt veies mot bivirkninger og andre muligheter til å motvirke konsekvenser av høyt blodtrykk. Det er ikke avklart om samme grenser for behandling av blodtrykk som anvendes for menn også bør gjelde for kvinner.*

### *Forekomst*

Ved 20-årsalder bruker 0,5 prosent av kvinner og 0,3 prosent av menn blodtrykksmedisiner. Hos 80-åringene har dette steget til ca. 24 prosent av kvinner og 15 prosent av menn. Ca. 131000 kvinner og 96000 menn bruker blodtrykksmedisiner i Norge i dag, og andelen i behandling har steget siden midt på 1980-tallet. Det har vært anslått at det i tillegg er opptil 31000 menn og 60000 kvinner som har så høyt blodtrykk at det kunne vært rimelig at de fikk slik behandling. Samtidig hevdes det ofte at det kan være en betydelig andel som blir overbehandlet, men dette finnes det ikke noe tallgrunnlag for.

### *Forløp og behandling*

Blodtrykket stiger gjennom livet. Kvinnene starter på et lavere trykk enn menn, men ender på et høyere trykk. Hvert enkelt individ vil ofte holde seg innen sitt eget nivå. De som har lavt blodtrykk tidlig i livet vil også ha lavt blodtrykk senere, og omvendt. Det er på medisinsk/statistisk grunnlag ingen klart definert grense for hva som er for høyt blodtrykk og når et blodtrykk bør behandles medikamentelt, men i mange land er det utarbeidet klare anbefalinger, også i Norge (NSAM's handlingsprogram). Risikoen for hjerte-karsykdommer stiger gradvis med økende blodtrykk og virker sammen med andre risikofaktorer, som røyking, høyt kolesterol, diabetes, fedme. Kanskje vil det være mer hensiktsmessig å intervensere i forhold til andre risikofaktorer, f.eks. høyt kolesterol eller røyking. Livsstilendringer med økt aktivitet, vekttap og mindre salt i maten vil ofte i seg selv redusere blodtrykket og bør forsøkes før medikamentell behandling. Pasienter vil ofte ikke merke at de har forhøyet blodtrykk, men det hender det kan gi plager, som hodepine, tungpustethet, vann i kroppen eller tegn på nyresykdom. Forhøyet blodtrykk behandles med forskjellige legemidler. For de aller fleste er det snakk om forebyggende behandling for å hindre at det forhøyede blodtrykket fører til andre sykdom-

mer. Det er altså ikke opplevde plager som behandles. Legemidlene kan ha en del bivirkninger. For eldre kan blodtrykket også bli uhensiktsmessig lavt, noe som kan føre til svimmelhet, fall og bruddskader. Uheldige bivirkninger må stadig veies mot effekt. Blodtrykksbehandling må også veies mot andre forebyggende tiltak mot hjerte-karsykdommer. Legemidler for behandling av forhøyet blodtrykk fås på blå resept og utgjør betydelige samfunnsmessige kostnader.

### *Risikofaktorer*

Arv og inntak av koksalt virker inn på blodtrykket. Fedme, diabetes og overforbruk av alkohol gir økt blodtrykk. Veltrente personer vil i gjennomsnitt ha lavere blodtrykk enn utrente. For enkelte kan blodtrykket stige som følge av annen sykdom; nyresykdommer, hormonsykdommer eller hjerte-karsykdommer.

### *Konklusjon*

Forebyggende behandling krever en strengere vurdering av legemidlenes effekt veid mot bivirkninger enn behandling for plager eller sykdom gjør. Derfor må de nasjonale anbefalingene for behandling av forhøyet blodtrykk stadig evalueres nøye. Effekten av denne typen intervensjon må også veies mot effekt av annen intervensjon. En høy andel eldre kvinner bruker blodtrykksmedisin. Det er ikke avklart om en del av disse overbehandles.

## **9.5 Muskel-skjelettsykdommer**

---

### **9.5.1 Kronisk leddgikt**

*Ved kronisk leddgikt (revmatoid artritt) fører betennelse i ledd til en gradvis ødeleggelse av ben, bruske og leddkapsel. Sykdommen rammer flest kvinner, og risikoen øker med alderen. Sykdommen gir plager i form av smerter og stivhet og funksjonsproblemer i dagliglivet. Alvorlighetsgraden varierer, men det er vanlig med et kronisk, svingende forløp med gradvis forverring. Det er behov for økt kapasitet i diagnose, behandling og rehabilitering.*

### *Forekomst*

Leddgikt forekommer hos 0,5 prosent av den voksne befolkningen. Ca. halvparten av pasientene har til enhver tid moderate eller alvorlige funksjonsplager. Sykdommen er 3–4 ganger hyppigere hos kvinner enn hos menn. Antall nye tilfeller øker med stigende alder og det høyeste antall nye tilfeller ses mellom 60 og 80 år. Når barn og unge angripes får imidlertid sykdommen ofte større konsekvenser. De vil ha sykdommen gjennom et langt liv og kunne få mer uttalt funksjonssvikt, dessuten får enkelte av dem et spesielt alvorlig forløp av sykdommen.

### *Forløp og behandling*

I sykdomsforløpet vil pasientene kunne utvikle en alvorlig fysisk funksjonssvikt. Psykisk og sosial helse kan også påvirkes. Et høyere angst- og depresjonsnivå kan skyldes økt smerte, tretthet og fysiske funksjonsproblemer. Leddg-

ikt kan også skade indre organer. Disse pasientene har dessuten økt risiko for utvikling av osteoporose (benskjørhet). Alvorlig leddgikt er forbundet med økt dødelighet med en livsforkortning på 5–10 år. Svangerskap og amming representerer spesielle utfordringer for leddgiktpasienter. Leddgikten kan ofte forverres. Fysisk funksjonshemming kan gjøre barnestell vanskelig. En del av medikamentene som brukes er skadelige for fosteret og for barn som blir ammet. Behandlingen av leddgikt er dels medikamentell, dels kirurgisk og dels psykososial. Det er ofte hensiktsmessig med tverrfaglige team og nært samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. Leddgikt behandles i første omgang med legemidler som demper betennelsesprosessen i leddene og minsker hevelsen, smertene og stivheten. De lindrer pasientens symptomer, men hindrer også skader på brusk og benvev. Derfor er det viktig å komme tidlig i gang med behandlingen. Det kan bli nødvendig å fjerne den betente leddhinnen kirurgisk eller erstatte ødelagte ledd med kunstige, noe som ofte vil føre til et behov for rehabilitering. Trening i oppvarmet basseng er viktig for mange pasienter for å opprettholde muskelstyrke og bevegelighet. Mange trenger også hjelp fra fysio- og ergoterapeuter. Det er behov for å styrke kompetansen i primærhelsetjenesten, slik at leddgikt og evt. oppblussing av sykdommen kan oppdages tidlig og pasienten bli henvist til spesialist. Det er også behov for å utvikle programmer for undervisning og sykdoms- mestring. Det kirurgiske tilbudet bør utbygges. Flere rehabiliteringstilbud trengs.

### *Risikofaktorer*

Aktivering av immunapparatet spiller en sentral rolle i utviklingen av sykdommen, mulig utløst av en hittil ukjent mikrobe. Arvelige forhold kan bidra. Røyking gir en liten økt risiko for sykdommen og lav sosioøkonomisk status gir et alvorligere forløp.

### *Konklusjon*

Det er behov for å styrke apparatet for diagnose, behandling og rehabilitering slik at man får et mer likt tilbud over hele landet. Spesialbehandling av gravide er utviklet ved Senter for revmatiske sykdommer ved Regionsykehuset i Trondheim. Den kompetanse som der er bygget opp bør spres og komme flere til gode.

## **9.5.2 Sjøgrens syndrom**

*Sjøgrens syndrom er en kronisk revmatisk sykdom hvor spyttkjertler og tårekjertler særlig blir angrepet. De aller fleste som rammes er kvinner. Sykdommen kan opptre alene eller hos pasienter som allerede har en annen revmatisk sykdom. Kurativ behandling finnes ikke, men det er viktig for alle pasienter å få en korrekt diagnose. Dessuten finnes lindrende behandling. Pasientene har økt risiko for å utvikle lymfekreft og bør følges særskilt. Både for diagnostikk og behandling er tverrfaglige team ønskelig.*

### *Forekomst*

I en svensk undersøkelse fant man en forekomst på 2,7 prosent i aldersgruppen 52–72 år. 94 prosent av pasientene i en norsk undersøkelse var kvinner. I denne undersøkelsen var gjennomsnittsalder ved diagnosetidspunkt 53 år. I

gjennomsnitt gikk det 11 år fra plagene startet til diagnosen ble stilt. 5 prosent av pasientene utvikler malignt lymfom (lymfekreft).

#### *Forløp og behandling*

Tørre øyne, munntørrehet, hevelse av spyttkjertlene, uttalt tretthet, ledd- og muskelsmerter er vanlige plager ved Sjøgrens syndrom. Lungene og leveren kan også være angrepet. Plagene varierer over tid. Den lange latenstiden fra plagene oppstår til diagnosen blir stilt, er dels uttrykk for at sykdommen utvikler seg gradvis og at symptomene ofte er ukarakteristiske, men også at diagnosen er vanskelig å stille. Opptil 20 prosent av pasienter med Sjøgrens syndrom hadde fått diagnosen fibromyalgi. Økt oppmerksomhet og kunnskap om sykdommen kan antagelig bedre diagnostikken. For de fleste har det stor betydning å få en diagnose, selv om det ikke finnes kurativ behandling for sykdommen. Plagene kan dessuten lindres, særlig de tørre slimhinnene finnes det hjelp for. Pasientene bør også følges fordi de har økt risiko for å utvikle malignt lymfom (lymfekreft). Tverrfaglige kompetanseteam gir bedre muligheter for å stille korrekt diagnose og gi god behandling.

#### *Risikofaktorer*

Som andre revmatiske sykdommer regnes dette som en autoimmun sykdom, hvor kroppen som ledd i en forsvarsreaksjon utviklet for å beskytte mot infeksjoner, i stedet reagerer mot eget vev.

#### *Konklusjon*

Tverrfaglige kompetanseteam bør etableres ved alle regionsykehus i landet.

### **9.5.3 Osteoporose og brudd**

*Ved osteoporose (benskjørhet) tapes benmassen gradvis. Dette gir i seg selv ikke smerter eller andre symptomer, og betydningen ligger i den økte risikoen for brudd. De viktigste er lårhalsbrudd, ryggvirvelbrudd og håndleddsbrudd. Kvinner rammes hyppigere enn menn. Norge ligger sammen med de andre skandinaviske land på verdenstoppen i forekomst av disse bruddene, og hyppigheten har økt over tid. Redusert røyking, økt fysisk aktivitet og et kosthold med tilstrekkelig innhold av vitamin D og kalsium kan trolig være med på å forebygge benskjørhet, men årsakene er tildels ukjente.*

#### *Forekomst*

Verdens helseorganisasjon har definert osteoporose som redusert benmasse. Hvis man i tillegg til redusert benmasse har hatt ett eller flere lavenergibrudd, så kalles tilstanden «etablert osteoporose». Basert på en studie fra Oslo vil mellom 14 prosent og 36 prosent av kvinner over 50 år ha osteoporose ifølge denne definisjonen. Den gjennomsnittlige benmassen hos kvinner og menn i Oslo er blant de aller laveste i Europa. Det er imidlertid betydelige geografiske forskjeller, og mye tyder på funnene i Oslo ikke er representative for hele landet. Vi antar at det årlig er i underkant av 9000 nye lårhalsbrudd i Norge. Fire av fem skjer hos kvinner. Lårhalsbrudd hos kvinner i Oslo er 1,5 gang så hyppig som i Sogn og Fjordane, dobbelt så hyppig som i USA og bortimot fire ganger så hyppig som i Sør-Europa. Antallet har økt kraftig de senere tiår, dels



fordi det har blitt flere eldre, men hyppigheten av brudd i de forskjellige aldersgrupper har også økt. Økningen i antall eldre kan alene føre til en fordobling i antall lårhalsbrudd fram til midten av neste århundre. Antall ryggvirvelbrudd påvist ved røntgenundersøkelse var større i Oslo og Malmö enn i resten av Europa. Omtrent 19 prosent av de skandinaviske kvinnene og 15 prosent av de skandinaviske mennene hadde slike kompresjonsbrudd mot 12 prosent av kvinnene og 12 prosent av mennene i resten av Europa. Hvis forekomsten er like stor i resten av landet som i Oslo, vil anslagsvis 140000 kvinner og 95000 menn over 50 år ha slike kompresjonsbrudd. I Norge er det anslagsvis 15000 nye håndleddsbrudd pr. år, og 80 prosent av disse forekommer hos kvinner.

### *Forløp og behandling*

Det er en økt risiko for å dø på 12–20 prosent det første året etter et lårhalsbrudd. Ett år etter bruddet har anslagsvis halvparten fortsatt redusert gangfunksjon, og omkring en av fem som var hjemmeboende før bruddet har behov for plass i institusjon. Mange får også senkomplikasjoner i den opererte hofta. I Norge er vel 300 akuttkirurgiske senger daglig belagt med lårhalsbruddpasienter, og de totale kostnadene ved lårhalsbrudd er ca. 1,5 milliarder NOK per år. Symptomene ved ryggvirvelbrudd kan variere fra ingen til store smerter i forbindelse med bruddet og/eller kroniske smertetilstander.

Det er ingen overdødelighet i forbindelse med håndleddsbrudd, og betydningen ligger først og fremst i smerter og plager i forbindelse med selve bruddet. En del av pasientene får permanent feilstilling og redusert funksjon i håndleddet. Siden mange av disse pasientene er i yrkesaktiv alder, fører håndleddsbruddene også til et betydelig produksjonstap.

Behandlingen av lårhalsbrudd er kirurgisk. Det er behov for mer systematisk rehabilitering etter lårhalsbrudd og bedre tilbud til ryggpasienter med kroniske smertetilstander.

### *Risikofaktorer*

Kvinner har større risiko enn menn for å få osteoporose. I tillegg er høy alder, tidligere brudd, røyking, alkoholmisbruk, lav kroppsvekt og redusert fysisk aktivitet risikofaktorer. En rekke medisinske tilstander kan gi brudd, enten fordi de reduserer benmassen eller fordi de øker falltendensen. Kalsiummangel er neppe en viktig årsak til osteoporose i vår del av verden, men kalsiumtilskudd kan være med på å bremse utviklingen av osteoporose hos kvinner etter overgangsalderen. Vitamin D er viktig for kalsiumopptaket i tarmen. Redusert røyking, økt aktivitet og adekvat kosthold med kalsium og vitamin D kan sannsynligvis være med på å forebygge benskjørhet. For utsatte grupper kan hoftebeskyttere redusere risikoen for bruddskader ved fall. Østrogenbehandling minsker kvinners bentap etter overgangsalderen. Det finnes legemidler godkjent for behandling av etablert osteoporose. På hvilket grunnlag disse medikamentene skal brukes, er imidlertid omdiskutert. Flere legemidler vil trolig komme i løpet av få år.

### *Konklusjon*

Osteoporose er i høyeste grad et kvinnehelseproblem. Store forskningsressurser går til utvikling av medikamentell behandling av osteoporose. Det er viktig at det offentlige også sørger for penger til uavhengig forskning. Fallfore-

byggende tiltak, livsstilintervensjon, behandling og rehabilitering av brudd og behandling av kroniske smerter etter brudd i ryggspylen må også prioriteres. Etter utvalgets oppfatning er det behov for en nasjonal handlingsplan for osteoporose.

#### 9.5.4 Bekkenløsning

*Smerter i bekkenregionen knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid kalles bekkenløsning. Hormoner i svangerskapet gir økt strekkbarhet av muskulatur, bånd og sener i bekkenet. Dette fører til økt bevegelighet i bekkenleddene. Hvorfor noen utvikler smerter er ukjent. Det er ingen ensartet diagnostikk av lidelsen.*

##### *Forekomst*

Bekkenløsning er kjent i nordiske land, England og Nederland og USA, men synes ukjent eller usynlig i en rekke andre land. Pakistanske kvinner i Norge forteller at slike smerter ikke finnes i Pakistan, men de utvikler lidelsen når de bor i Norge. Forekomst varierer fra 5–50 prosent av gravide, avhengig av diagnostetidspunkt og inklusjonskriterier. I en dansk undersøkelse fant man smerte i bekkenleddene hos 24 prosent av kvinner i 33. svangerskapsuke.

##### *Forløp og behandling*

Smertene oppstår som regel omkring 16–20 svangerskapsuke, men kan oppstå både tidligere og senere i svangerskapet. Klinisk finner man hovent og smertefullt vev i bløtdelene rundt bekkenet, sete og lår. Smertene er dyptsittende, til dels brått innsettende og stikkende, lokalisert til symfyse (kjønnsbeinet) og/eller begge sider av korsbenet. Bekkensmerter opptrer hyppig sammen med smerter i korsryggen. Forskjellige former for fysikalsk behandling er den mest brukte behandling. For enkelte varer smertene lenger enn seks måneder etter fødselen og kan bli mer eller mindre kroniske.

##### *Risikofaktorer*

Bekkenløsning som diagnose bygger på en gruppe symptomer. Det å ha født barn tidligere øker risikoen for utvikling av bekkensmerter. Bekkenløsning er, delvis i motsetning til korsryggsmerter, spesifikt knyttet til det å være gravid. Det er imidlertid stor samvariasjon mellom rygg- og bekkensmerter, og ryggsmertene før svangerskapet er en risikofaktor for utvikling av bekkensmerter. Generell overbevegelighet i kroppens ledd og bånd synes også å være en risikofaktor, men dette er ikke systematisk undersøkt. Biomekanisk belastning, som stor forandring av kroppsholdning og lite hensiktsmessig bruk av kroppen, er andre klinisk observerte risikofaktorer. Det samme er mangel på hvile i svangerskapet. Det er nærliggende å sette en tilsynelatende økning i utvikling av alvorlig bekkensløsning i sammenheng med moderne kvinners mangel på muligheter til å ta det med ro i svangerskapet.

##### *Konklusjon*

Smerter i bekkenregionen rammer omtrent hver femte kvinne i svangerskapet. Det er behov for mer kunnskap om årsak og forløp av lidelsen. Avlastningstiltak og bruk av fysioterapi bør systematiseres og evalueres.

## 9.6 «Ubestemte» helseplager

---

### 9.6.1 Kvinners «ubestemte» helseplager

«Ubestemte» helseplager er langvarige eller kroniske tilstander med omfattende og plagsomme symptomer der omfattende medisinske undersøkelser ikke gir funn eller forklaring. «Ubestemte» helseplager forekommer som muskel-skjelettlidelser, trøtthet/slapphet eller psykiske lidelser. Smerter fra flere forskjellige organsystemer, allergi-liknende plager, gjentatte infeksjoner eller slimhinneproblemer hører også med. Pasientene kan være plaget av konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, underlivssmerter, utflod, vannlatingsplager, fordøyelsesproblemer eller indre uro. Symptomene opptrer hver for seg eller sammen. Eksempler på slike tilstander er det som ofte kalles fibromyalgi, kroniske muskelsmerter, nakkesleng, kronisk tretthetssyndrom, bekkenløsning, irritabel tarm, candidasyndrom, amalgamsyke, el-allergi eller ME-syndrom.

#### *Forekomst*

Kvinnens plager blir oftere enn menns plager klassifisert som medisinsk uforklarlige. For fibromyalgi, irritabel tarm, kronisk tretthetssyndrom, somatiseringssyndrom og spenningshodepine finnes det diagnostiske kriterier og studier av forekomst. Kjønnsforskjellen varierer noe, men er likevel konsistent: Kvinner er i flertall blant pasientene i forhold til menn. Det kan se ut til at forekomsten er økende. Omfanget av de «ubestemte» plagene er ikke sikkert kjent, og må derfor bygge på indirekte anslag. I 2/3 av konsultasjonene bruker primærlegen en symptomdiagnose der diagnosen er usikker. Noen av disse konsultasjonene gjelder langvarige «ubestemte» helseplager. I Norge er muskel-skjelettlidelser den største gruppen av disse. 17 prosent av diagnosene i allmennpraksis gjelder muskel-skjelettlidelser, herav er ca 4/5 muskelplager av mer eller mindre spesifikk karakter. En norsk studie fant fibromyalgi hos 10 prosent av kvinner mellom 20 og 49 år, en høy forekomst i forhold til utenlandske studier. I 1993 ble 3730 norske kvinner innvilget uføretrygd på grunn av lidelser i muskel-skjelettsystemet.

#### *Forløp og behandling*

De «ubestemte» plagene er ikke akutte eller livstruende sykdommer som man dør av, men langvarige og kroniske tilstander som man lever med. Kvinner med «ubestemte» helseplager opplever smerter eller utmattelse, og mange orker ikke jobb eller hverdagsaktiviteter. Når det medisinske blikk ikke er skarpt nok til å gi en god forklaring, kan resultatet bli at pasienten ikke får tilfredsstillende helsehjelp. Mange kvinner med «ubestemte» helseplager rapporterer at de har kjent seg dårlig mottatt hos legen. I det medisinske statushierarki har fibromyalgi en klar sisteplass. Forskning viser at informasjon basert på kvinnes erfaring og kunnskap kan bidra til å gjøre de «ubestemte» plagene mindre ubestemte for legen. Kognitiv terapi basert på felles forståelse i en atmosfære preget av anerkjennelse kan være til hjelp for bedring eller til å leve med plagene. I 1991 ble Rikstrygdeverkets forskrifter for uførepensjonering innstrammet, med større vekt på objektive sykdomstegn. Dette rammet særlig pasienter med «ubestemte» helseplager, og etter lovendringen ble det vanskeligere for kvinner med muskel-skjelettplager og psykiske lidelser å få uføretrygd (se også kapittel 8).

### *Risikofaktorer*

Sannsynligvis er det sammensatte grunner til at kvinner får «ubestemte» plager og at plagene får ulike ytringsformer. Kvinner lever andre liv enn menn, med andre reproduktive oppgaver, andre yrker, lavere inntekt og innflytelse samt mer ubetalt omsorgsarbeid. Kontroll over egen arbeidssituasjon er sannsynligvis av viktigere betydning i forhold til sykdom enn belastningen i seg selv. Mange forhold i kvinners hverdagsliv og yrkesliv gir lite kontroll og fleksibilitet og kan dermed være helseskadelige. Hos noen kan de «ubestemte» plagene skyldes ytre eller indre belastninger. Ensidige arbeidsrutiner kan fremme utviklingen av kroniske muskelsmerter. Vold og seksuelle overgrep kan etterlate spor i kroppen som senere kommer til uttrykk som fibromyalgi, irriterbar tarm eller underlivssmerter. «Ubestemte» plager kan også være tidlige tegn på somatisk sykdom som kreft, nevrologiske eller revmatologiske lidelser, diabetes eller hypothyreose.

### *Konklusjon*

Vi vet for lite om årsaker, forløp, konsekvenser og utbredelse av kvinners «ubestemte» helseplager. Det må satses for å utvikle kunnskapen på dette feltet. I mellomtiden må vi sørge for at pasientene blir møtt med anerkjennelse og verdighet når kroppen sier stopp. Helsevesenet må, i større grad enn nå, lære seg å anerkjenne kvinners opplevelse av egen virkelighet og legge denne til grunn i utviklingen av medisinsk teori og praksis. Hensiktsmessige tiltak for behandling og rehabilitering må utvikles. I velferdsstaten Norge er det bred enighet om at arbeidsuførhet på grunn av sykdom skal lede til økonomisk kompensasjon i form av trygd. Men slik trygden i dag praktiserer sitt sykdomsbegrep med ensidig vektlegging av objektive funn, får vi en gjennomgående skjevhet i kvinners disfavør.

## **9.6.2 Fibromyalgi**

*Fibromyalgisyndromet (FS) er en kronisk smertefull lidelse som affiserer det meste av kroppen. Årsaken er omdiskutert og uavklart. Tilstanden er klassifisert som et syndrom (en samling av symptomer) snarere enn en sykdom. Fibromyalgi er ingen farlig tilstand som kan ødelegge kroppen eller redusere livslengden, men pasientene opplever redusert livskvalitet og hemmes i daglige gjøremål. Mange faller ut av arbeidslivet. Med dagens medisinske metoder er man ikke i stand til å påvise noe objektivt galt med pasienten spesifikt for FS. Det er nå utviklet standardiserte diagnosekriterier for tilstanden. Blant faktorer som trolig kan forebygge den kan nevnes: Et økt fysisk aktivitetsnivå, tidlig og effektiv behandling av muskelsmerter, samt økt fokus på faren ved å strekke seg for langt og nedprioritere egne behov over tid. Det er vesentlig at kvinnen selv deltar aktivt i behandlingsprosessen.*

### *Forekomst*

Det er stor variasjon i forekomst av FS internasjonalt. Norge er blant landene med høyest forekomst. Den største amerikanske undersøkelsen finner FS hos 2 prosent av befolkningen, mens man i en norsk undersøkelse fant at hele 10 prosent av kvinner i alderen 20–49 år hadde syndromet. I våre naboland Sverige, Finland og Danmark er forekomsten lav, rundt 1 prosent. FS ser ut til å ha økt i hyppighet de siste 25 år. Noe kan tilskrives økt kjennskap til syndromet samt etableringen av standardiserte diagnosekriterier, men forklarer neppe

alt. FS ser ut til å være en kronisk, ikke dødelig lidelse med mer eller mindre konstant symptomnivå over år. Med nær 6 nye tilfeller pr. 1000 kvinner pr. år i Norge, kan vi forvente en betydelig økning i antall pasienter som lever med FS i tiden som kommer. Syndromet forekommer i alle aldre. Over 90 prosent av FS-pasientene er kvinner.

### *Forløp og behandling*

Behandlingen for FS ser ut til å lykkes i den grad pasienten får reell medbestemmelse over egen bedring og blir tatt på alvor. Behandlingen bør være tverrfaglig og bredspektret og tilpasset den enkelte. Aktuelle elementer er: grundig informasjon, regelmessig kondisjonstrening, spesifikk behandling av muskelsmerter, kognitiv terapi, søvnbedring, avspenningsteknikker og mestringsstrategier. Forskning viser at gruppebaserte behandlingstilbud der anerkjennelse av pasienten selv inngår som en sentral del, kan styrke kvinnenes evne til å leve et godt liv til tross for plagene. Daglig bruk av smertestillende eller muskelavslappende legemidler frarådes. Legemidler har begrenset virketid og kan føre til avhengighet. Tilleggs lidelser, som depresjoner, må behandles. En del pasienter må resosialiseres. Det kan dessuten se ut som man skal være tilbakeholdende med å innvilge FS-pasienter full uføretrygd. Ellers sammenliknbare pasienter som fikk full trygd viste klar forverring over tid i forhold til pasienter som fortsatte i arbeidslivet. En tilrettelegging på arbeidsplassen kan muligens være et godt alternativ til trygd for disse pasientene.

### *Risikofaktorer*

Høyst sannsynlig er det et samspill mellom flere faktorer som til slutt resulterer i FS, og de utløsende faktorene ser ut til å kunne variere fra person til person. Pasientene selv angir i mer enn 80 prosent av tilfellene at deres FS er utløst av spesielle livserfaringer eller personlig legning. Muskulaturen er trolig en viktig medvirkende årsak til FS, til tross for at man ikke finner forandringer som er spesifikke for denne lidelsen. En forstyrrelse i kroppens smertereguleringssystem er sannsynligvis også en medvirkende årsak. Om psykologiske faktorer kan bidra, er uvisst. Man finner en overvekt av angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser hos FS-pasienter i forhold til andre smertepasienter, men FS kan oppstå også hos psykisk friske personer. Enkelte betrakter FS som en psykosomatisk lidelse der pasienten ubevisst velger sykrollen som en legitim unnskyldning for ikke å innfri dagliglivets, eller sine egne, altfor høye krav. Endelig er det mange som betrakter FS som et resultat av en for belastende livssituasjon, oppstått som et resultat av endrede krav til kvinner i dagens samfunn. Økt fysisk aktivitet blant kvinner kan trolig forebygge tilstanden.

### *Konklusjon*

Man mangler en nasjonal enighet om hva FS er og hvordan det skal håndteres. Ut fra dagens kunnskapsnivå vet vi likevel nok til å kunne hjelpe pasientene i en helt annen grad enn det som gjøres. Ytterligere skolering av helsepersonell må til.

## 9.7 Stoffskiftesykdommer og diabetes

---

### 9.7.1 For høyt og for lavt stoffskifte

*Hormonforstyrrelser i skjoldbruskkjertelen er en relativt hyppig lidelse som særlig rammer kvinner. Lages det for lite hormoner blir forbrenningen lav (lavt stoffskifte, hypothyreose), lages det for mye, blir den for høy (høyt stoffskifte, hyperthyreose). Tilstandene er sjelden livstruende, men varer ofte livet ut og kan gi betydelig redusert livskvalitet. Forstyrrelser i hormonproduksjonen påvises enkelt ved en laboratorietest. Forekomst av sykdommene bør kartlegges bedre, og man bør vurdere screening (masseundersøkelse) i enkelte befolkningsgrupper.*

#### *Forekomst*

Alle former for stoffskiftesykdommer forekommer 5–10 ganger hyppigere blant kvinner enn blant menn. Ca. 5 prosent av norske kvinner har kjent hypothyreose mens 1–2 prosent trolig har udiagnostisert hypothyreose. Hyperthyreose er kjent hos 2–3 prosent av norske kvinner, udiagnostisert trolig hos 0,1–0,5 prosent. Hypothyreose er betydelig hyppigere i land med utilstrekkelig jodtilførsel, blant annet Danmark. Man kan se vekst i skjoldbruskkjertelen både med og uten hormonforstyrrelser. Dette kalles struma. Struma forekommer hos 1–3 prosent av norske kvinner. Innvandrerkvinner fra Asia og Afrika har en høyere forekomst av struma.

Forekomst av hypothyreose og struma øker med økende alder. Hyperthyreose forekommer i alle aldre, men debuterer ofte i 20–40 års alder med en ny økning i 60–70 års alder. En autoimmun betennelsestilstand i skjoldbruskkjertelen (hvor kroppen reagerer mot eget vev) finnes sannsynligvis hos 10–20 prosent av norske kvinner, og forekomsten øker med økende alder. Denne tilstanden kan gi både hypothyreose, hyperthyreose og struma. En lignende tilstand kan opptre etter fødsel. I en undersøkelse i Telemark fant man at noe over 3 prosent av kvinnene hadde denne tilstanden etter fødsel. Den overses ofte.

#### *Forløp og behandling*

Skjoldbruskkjertelhormonene (thyroxin, T4 og trijodothyronin, T3) styrer i første rekke forbrenningen, men hormonene innvirker på mange andre funksjoner også, blant annet den mentale helsen. Hypothyreose er som oftest en livslang sykdom med livslang behandling. Hos enkelte er hyperthyreose også en livslang sykdom, mens andre blir kvitt alle sine plager etter noe tids behandling. Begge tilstandene kan i sjeldne tilfelle bli alvorlige med dødelig utgang (noen få tilfeller per år i Norge). Både for høyt og for lavt stoffskifte kan ubehandlet disponere for hjerte-karsykdommer og dermed gi redusert livslengde. Hyperthyreose gir økt risiko for rytmeforstyrrelser i hjertet og osteoporose (benskjørhet). Mange kvinner opplever også redusert livskvalitet, selv om sykdommene tilsynelatende er adekvat behandlet. Hypothyreose behandles med tilførsel av hormonet thyroxin. Hyperthyreose kan behandles med legemidler, radioaktivt jod eller kirurgi, eller kombinasjoner av disse behandlingsmetodene. Pasientens sykdomsutvikling og tilstand for øvrig vil spille inn i valg av behandling. Mange pasienter trenger også hjelp til sine psykiske plager. I områder med jodmangel er økt jodtilførsel i kosten et viktig forebyggende tiltak. I Norge er jodtilførselen i kosten adekvat, med unntak av enkelte grupper innvandrerkvinner og andre kvinner med et spesielt jodfattig

kosthold. Tidlig igangsetting av behandling er viktig for å forebygge full utvikling av plager og komplikasjoner. Det forutsetter tidlig diagnose. Hormonforstyrrelsene kan ofte foreligge uten at symptomene er så klare at man kan stille en diagnose ut fra dem. Diagnosen stilles ved å måle hormonene med en laboratorietest.

### *Risikofaktorer*

Flere forskjellige tilstander kan føre til forstyrrelser i produksjon av skjoldbruskkjertelhormonene. På verdensbasis er jodmangel den viktigste årsaken til hypothyreose. Hos oss er autoimmune prosesser, hvor vårt immunforsvar rettes mot eget vev, trolig involvert i 50–80 prosent av stoffskifteforstyrrelsene. Siden sykdommene er hyppigere hos kvinner, kan man anta at kjønnshormonene spiller inn. Det finnes en klar arvelig disposisjon, men det må være utløsende faktorer i tillegg. Kjente utløsende faktorer er infeksjoner, økt jodtilførsel, røyking, giftige stoffer og enkelte legemidler. Men fortsatt vet vi for lite om dette.

### *Konklusjon*

Det er behov for forskning omkring sykdomsmekanismer og utløsende faktorer. Videre bør forekomsten i forskjellige befolkningsgrupper kartlegges. Man bør vurdere om enkelte grupper bør screenes (masseundersøkes) med laboratorietester. Det er også viktig å studere sammenhengen mellom stoffskifteforstyrrelser og andre sykdommer, slik som depresjon, fibromyalgi og ubestemte tarmlager.

## **9.7.2 Diabetes**

*Diabetes er en tilstand med økt mengde glukose (sukker) i blod. Man skiller mellom type 1 (insulinavhengig) og type 2 (ikke-insulinavhengig) diabetes («aldersdiabetes»). Totalt er det mer enn 125 000 diabetikere i Norge. Diabetes er en kronisk, livslang tilstand. Ved begge typer diabetes foreligger en arvelig disposisjon, men sykdomsprosessen startes trolig av ulike miljøfaktorer. Forekomsten av diabetes varierer betydelig internasjonalt. I Norge har forekomsten økt siden siste krig. Diabetes gir økt risiko for hjerte-karsykdommer og reduserte leveutsikter. Blant eldre personer er det en viss kvinneovervekt av sykdommen.*

*Type 1 diabetes. Type 1 diabetes skyldes manglende produksjon av hormonet insulin (normale typer)*

### *Forekomst*

I Norge er det 20000 med type 1 diabetes, ca. 1500 er barn og ungdom under 18 år. Halvparten får sykdommen før fylte 30 år. I Norge er det flere med diabetes type 1 i sør enn i nord, og flere i innlandet enn ved kysten. Sykdommen opptrer hyppigere blant menn enn kvinner.

### *Forløp og behandling*

Til tross for behandlingsmessige framskritt er diabetes fortsatt en sykdom som medfører lidelse, livstruende komplikasjoner og reduserte leveutsikter. Type 1 diabetikers leveutsikt er redusert med 5–10 år i gjennomsnitt. 40 prosent får nyreskader, en del av disse trenger nyretransplantasjon for å over-

leve. Nær 100 prosent får øyeskade, men takket være moderne behandling med laser vil bare en mindre andel få sterkt redusert syn eller blindhet. Tidligere var komplikasjoner ved svangerskap hos diabetes-mødre betydelige både for mor og barn. Nå er det ikke lenger forskjell i dødelighet og misdannelser mellom disse svangerskapene og svangerskap hos normale, men det forutsetter god svangerskapskontroll. Det er mulig kvinnelige diabetikere har økt risiko for osteoporose. Kvinner med type 1 diabetes har en overhyppighet av spiseforstyrrelser. Både type 1 og type 2-diabetikere har en betydelig oversykkelighet og en overdødelighet av hjerte-karsykdommer i forhold til normalbefolkningen. Type 1 diabetes behandles uten unntak med insulin. I tillegg kan komplikasjonene kreve behandling.

### *Risikofaktorer*

Arvelige faktorer disponerer for type 1 diabetes. I tillegg er ytre miljøfaktorer nødvendige for å utløse sykdommen. Infeksjoner hos moren i svangerskapet, infeksjoner hos barnet eller visse ernæringskomponenter de første leveår, kan være slike ytre faktorer, men er ikke sikkert påvist. Siden årsakene ikke er kjent, er primærforebygging ikke aktuelt.

### *Konklusjon*

Type 1 diabetes oppstår hyppigere blant menn, men har særlig betydning for kvinner på grunn av den økte risikoen for komplikasjoner ved svangerskap. Dette krever spesiell overvåking. Det er behov for mer kunnskap om årsaksforhold, risiko for osteoporose og spiseforstyrrelser, samt mer optimal behandling.

*Type 2 diabetes* skyldes i utgangspunktet en nedsatt virkning av insulin, men etter hvert vil mange med type 2 diabetes også utvikle en insulinmangel. Sykdommen rammer noe flere kvinner, spesielt i eldre aldersgrupper, og er knyttet til utviklingen av overvekt.

### *Forekomst*

I Norge har 105000 personer type 2 diabetes. Forekomsten varierer betydelig internasjonalt. Forekomst av type 2 diabetes er nært knyttet til forekomst av fedme i befolkningen. Antall nyoppståtte tilfeller falt drastisk under siste krig. Totalt har flere kvinner enn menn type 2 diabetes, selv om kjønnsforskjellen er i ferd med å utviskes. Forekomsten av overvekt og fedme øker sterkt i befolkningen, spesielt hos yngre voksne. Dette gir stor risiko for en betydelig økning av type 2 diabetes framover. Diabetes opptrer hyppigere blant kvinner enn menn i aldersgruppene over 60 år, og følger kjønnsfordelingen av overvekt, men før denne alderen opptrer sykdommen hyppigere blant menn.

### *Forløp og behandling*

Type 2 diabetes gir økt risiko for hjerte-karsykdommer og dermed reduserte leveutsikter. I tillegg er også type 2 -diabetikere utsatt for de samme sen-skadene som type 1-diabetikere får; skade av øyne, nyrer og føtter. Endret kosthold, mosjon og legemidler (tabletter, evt. insulin) er behandlingen ved type 2 diabetes. Egenomsorg er sentralt for en slik kronisk sykdom. Muligheten for å måle blodsukkeret selv gir pasientene i dag større muligheter til å holde sykdommen under kontroll. Det er nå vist også ved type



2 diabetes at god kontroll minsker risikoen for komplikasjoner. Det er derfor viktig å stille diagnosen så tidlig som mulig.

### *Risikofaktorer*

I tillegg til arvelige faktorer gir overvekt og fysisk inaktivitet økt risiko for type 2 diabetes. Høyt blodtrykk og hjerte-karsykdommer kan opptre forut for type 2 diabetes, eller de kan opptre som komplikasjoner til diabetes. Livsstilendringer med fysisk inaktivitet, fedme og «mannlig» fettfordeling (bukfett), gir økt risiko. Lav fødselsvekt disponerer for fedme senere i livet og derfor også for diabetes type 2. Det forventes en økning i diabetesforekomst blant befolkningsgrupper i den tredje verden når disse endrer livsstil i «vestlig» retning.

### *Konklusjon*

Type 2 diabetes rammer noen flere kvinner enn menn. Type 2 diabetes kan i stor grad primærforebygges ved endring av livsstil. Sunnere kosthold og mer mosjon er viktige tiltak. Utfordringen er mer effektive strategier for å nå disse målene. Det bør satses på å utvikle gode pedagogiske virkemidler for å oppnå dette. Det er også viktig å satse på tidlig diagnostikk og bedre kontroll, blant annet gjennom gode handlingsprogrammer og videreutvikling av metoder for egenkontroll og behandling. Som for type 1 diabetes er det behov for mer forskning omkring dette, samt om årsaksforhold og risikofaktorer. (Se også kap. 5.5.1 om diabetes hos innvandrerkvinner)

## **9.8 Tarmsykdommer**

---

### **9.8.1 Ulcerøs colitt og Crohns sykdom**

*Ulcerøs colitt og Crohns sykdom er kroniske betennelsestilstander i tarmen, og har ukjent årsak. Sykdommene har et kronisk, svingende forløp av ulik alvorlighetsgrad. Mange må gjennom gjentatte operasjoner og perioder med intensiv behandling. Enkelte blir svært invalidisert av plagene. Ulcerøs colitt forekommer hyppigere blant menn og Crohns sykdom noe hyppigere blant kvinner. Forekomsten av begge sykdommer er spesielt hyppig i Norge og har økt i etterkrigstiden. Det mangler kunnskap om risikoforhold, sykdomsutvikling og behandling.*

#### *Forekomst*

Det er 8–900 personer i Norge som får enten ulcerøs colitt eller Crohns sykdom hvert år, rundt 500 nye personer får ulcerøs colitt, og 300 personer får Crohns sykdom. Begge sykdommene kan opptre i barnealder, men de fleste blir syke i ung voksen alder (25–35 år for ulcerøs colitt, 15–25 år for Crohns sykdom). Ulcerøs colitt forekommer 1,5 ganger hyppigere blant menn og Crohns sykdom noe hyppigere blant kvinner.

#### *Forløp og behandling*

Ulcerøs colitt opptre bare i tykktarmen, mens Crohns sykdom kan opptre i alle deler av tarmen. Sykdomsforløpet kan variere. Ulcerøs colitt gir en økt risiko for tarmkreft, og det anbefales å fjerne tykktarmen 10–15 år etter sykdomsdebut. Pasienten er da kurert for sykdommen, men må leve med senføl-

gene av det kirurgiske inngrepet. Kirurgiske inngrep kan ikke kurere Crohns sykdom, men man må likevel ofte intervensere kirurgisk. Det finnes forskjellige legemidler som kan dempe symptomene for begge sykdommer, og som kan være tilstrekkelig behandling i perioder. For enkelte får sykdommen et invalidiserende forløp med varig arbeidsuførhet. Fisteldannelser, benskjørhet og ernæringsforstyrrelser kan bli endetilstanden, spesielt ved Crohns sykdom. Begge sykdommer kan være ledsaget av plager fra ledd og øyne og har slektskap med revmatiske tilstander.

### *Risikofaktorer*

Arvelige forhold disponerer for sykdommen. Man antar at miljøfaktorer kan være utløse. Hos angrepne individer synes evnen til å begrense tarmens normale betennelsesreaksjoner. Faktorer man tror kan bidra, er virusinfeksjoner i spedbarnsalder, moderne hygiene og enkelte smertestillende medisiner. Røyking gir økt risiko for Crohns sykdom, men synes å beskytte mot ulcerøs colitt.

### *Konklusjon*

Det er stor mangel på kunnskap om mekanismer bak utvikling av sykdommen, risikofaktorer og muligheter for behandling som kan endre sykdommenes naturlige forløp.

## **9.8.2 Funksjonelle tarmplager: irritabel tarm, matvareintoleranse og ukarakteristiske mageplager**

*Ved disse lidelsene kan man ikke påvise objektive sykdomstegn. Plagene kan likevel være helt eller delvis invalidiserende. Flere kvinner enn menn rammes, spesielt gjelder det matvareintoleranse. Forståelsen av lidelsene er ufullstendig. Tiltak mot psykososial belastning i arbeidslivet og privat kan trolig virke forebyggende.*

### *Forekomst*

Forekomst av irritabel tarm er ikke sikkert kjent, men antas å være mellom 5 og 25 prosent i forskjellige befolkninger. Bare en del av disse blir pasienter gjennom å søke hjelp hos lege. Dobbelt så mange kvinner som menn har irritabel tarm. Noen få prosent av befolkningen har en sikker matvareintoleranse, men et langt høyere antall rapporterer liknende plager, åtte ganger så mange kvinner som menn. Begrepet ukarakteristiske mageplager representerer forskjellige mageplager. Forekomst er lavere enn de to andre plagene. Plagene forekommer omtrent dobbelt så hyppig blant kvinner som hos menn. Pasientene blir ofte gående fra lege til lege uten at deres problemer blir tilstrekkelig avklart. Nær 400 pasienter med ukarakteristiske mageplager blir i Norge årlig henvist fra ett sykehus til et annet.

### *Forløp og behandling*

Dette er kroniske lidelser. Det er ikke påvist noen økt dødelighet av lidelsene, men pasientene er en hardt belastet gruppe som fungerer dårlig i samfunnslivet. De har behov for et bredt tilbud om medisinsk og psykososial støtte. Kostendring, kosttilskudd, endring av livsstil og legemidler i forskjellige kombinasjoner er mulige behandlingsalternativer som ofte må tilpasses

individuelt. Noen trenger også psykoterapi eller kognitiv støtteterapi. Ved matvareintoleranse er målet å identifisere og fjerne den maten som utløser plagene.

### *Risikofaktorer*

Man antar at det foreligger en arvelig og en miljømessig disposisjon for sykdommene. Ved irritabel tarm og matvareintoleranse er det en familiær opphopning. Utover dette finnes det en rekke teorier for faktorer som kan spille inn, uten at noen av dem er påvist å ha en sikker sammenheng med lidelsene.

### *Konklusjon*

Forståelsen av disse sykdommene er ufullstendig. Forebyggende tiltak mot psykososial mistilpasning og psykosomatisk belastning i arbeidsmiljø og privatliv kan trolig være forebyggende tiltak.

## **9.9 Lungelidelser og allergi**

---

### **9.9.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom**

*Kronisk obstruktiv lungesykdom er et samlebegrep for tilstander med økt motstand for luftstrømmingen i lungene, og omfatter emfysem (utblåste lunger), kronisk obstruktiv bronkitt og astma (anfallsvis åndenød). Det typiske forløp er en gradvis forverrelse med tungpust som nedsetter evnen til arbeid og fysisk aktivitet. Sykdommen forekommer omtrent like hyppig hos kvinner og menn, og er en sjelden dødsårsak før 60-årsalder. Dødeligheten pga sykdommen i aldersgruppene under 60 år har imidlertid det siste tiår vært økende for kvinner, samtidig som det har vært en liten nedgang for menn.*

### *Forekomst*

Sykdommen forekommer oftest hos personer over 40 år. For astma og kronisk bronkitt hos voksne er det gjennomført en befolkningsundersøkelse i Hordaland i 1987–88. Det ble ikke funnet noen forskjeller i forekomst av kronisk obstruktiv lungesykdom mellom by (Bergen) og land. 5,2 prosent av kvinnene og 5,6 prosent av mennene hadde en av lidelsene i denne undersøkelsen. Tall fra dødsårsaksregisteret viser at sykdommen er en sjelden dødsårsak før 60-års alder. Det som er viktig er likevel utviklingen i dødeligheten for personer under 60 år. Det er en klart økende dødelighet for kvinner, mens det fra 1984 har vært lavere tall for menn enn tidligere. Dødeligheten er nå like høy for kvinner som for menn. Denne endringen gjelder i alle aldersgrupper mellom 50 og 74 år.

### *Forløp og behandling*

Ved kronisk bronkitt har det gjennom lang tid vært betennelsesforandringer i slimhinnene i luftrørene. En vanlig definisjon er daglige plager med hoste og oppspytt i tre måneder eller mer per år i løpet av de to siste årene. Ved emfysem er lungevevet varig skadet på en slik måte at elastisiteten er helt eller delvis borte. Mange pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom får astma-

diagnose. Det typiske forløp er gradvis forverrelse med tung pust som nedsetter aktivitetsevnen, og som til slutt gir plager med tungpust også i hvile. Ved tilleggsinfeksjoner i lungene blir pasientene dårligere. Det er et normalt fall i lungefunksjonen med alder. Personer med kronisk obstruktiv lungesykdom har også dette fallet. Fortsatt røyking og stadige infeksjoner kan gi raskere utvikling. Lungesvikten kan føre til langsam og pinefull kvelning, og dårlig lungefunksjon kan gi hjertesvikt. Prosessen kan ikke snus med legemidler. I sluttfasen kan kontinuerlig oksygenbehandling være nødvendig. Pasienter med anfallsvis åndenød kan ha glede av legemidler mot astma.

### *Risikofaktorer*

Røyking er den dominerende årsaksfaktor til kronisk obstruktiv lungesykdom i Norge. Det tar mange år før en røyker utvikler sykdommen. Kvinner har tradisjonelt røykt mindre enn menn. Det har de siste tiår vært en nedgang i andelen av menn som har røykt, mens andelen kvinnelige røykere nå er kommet opp på samme nivå som for menn. Økningen i dødelighet hos kvinner fra 1970–80-tallet og framover kan være en konsekvens av dette. At kvinnene allerede er oppe på samme nivå som menn, kan tyde på at kvinner tåler røyking dårligere, kanskje fordi lungevolumet i utgangspunktet er mindre hos kvinner. Det er vist at lungefunksjon henger sammen med kroppshøyde, slik at høye personer har større lungefunksjon enn lave personer. Risikoen for kronisk obstruktiv lungesykdom kan også påvirkes av støv- og gasspåvirkninger i yrkeslivet.

### *Konklusjon*

Å få kvinner til å la være å begynne å røyke er den viktigste utfordringen i det forebyggende arbeid.

## **9.9.2 Astma**

*Astma er en betennelsessykdom i luftveiene som gir pusteproblemer. Sykdommen har et kronisk, svingende forløp og rammer ofte i ung alder. Forekomsten er økende. Råd om livsførsel og individuelt tilpasset behandling gjør at de fleste kan leve nærmest normalt med sykdommen. Astma krever spesiell oppfølging i svangerskapet.*

### *Forekomst*

I Norge har ca. 2 prosent av befolkningen astma. Sykdommen opptrer hyppigere blant unge mennesker (6–11 prosent av befolkningen i alderen 20–44 år). I barnealder har omtrent dobbelt så mange gutter som jenter astma, men etter puberteten jevner forskjellen seg ut med en tendens til økt forekomst hos kvinner.

### *Forløp og behandling*

Astma er en kronisk sykdom med et svingende forløp. Alvorlighetsgrad kan variere betydelig. For enkelte blir anfallene så alvorlige at de fører til hyppige sykehusinnleggelse, mens mange kan leve nærmest normalt med sykdommen. Det forutsetter ofte riktig medisiner og levereregler. «Astmaskoler» er et tilbud helsevesenet har utviklet for at pasientene selv kan lære om sin syk-

dom og hvordan den kan håndteres. Astma er sjelden direkte årsak til død. Minst 1 prosent av gravide kvinner har trolig astma. Ubehandlet gir astma økt risiko for komplikasjoner hos mor og barn. Plagene fra sykdommen forverres hos omtrent en tredel av de gravide kvinnene og forbedres hos en tredel, mens den siste tredelen har omtrent uendrede plager. Kvinner kan også oppleve forverring premenstruelt. Menopause kan virke inn på sykdomsforløpet. P-piller kan også påvirke astma. Astmatikere er ofte allergiske og kan reagere allergisk på latexen i kondomer. For enkelte astmatikere kan økt fysisk aktivitet, også seksuell, utløse sykdommen. Her kan det være behov for spesiell informasjon om hvordan man kan forebygge eller takle anfall.

### *Risikofaktorer*

Allergisk og ikke-allergisk astma oppfattes som to varianter av sykdommen. Arv er en viktig risikofaktor, særlig hvis mor har astma. Røyking i svangerskap gir økt risiko for barnet. Personer med allergiske overfølsomhetsreaksjoner har også hyppigere astma, men om dette skyldes eksposisjon for stoffer som utløser allergi alene, eller om det allerede foreligger en økt følsomhet hos disse individene, er uklart. En teori er at infeksjoner i tidlig barnealder kan beskytte mot astma. Amming kan også kanskje ha en beskyttende virkning. Hvilken rolle luftforurensning spiller for utviklingen av sykdommen er uklart, men for personer som allerede er syke kan dette gi økte plager. Fuktige hus kan gi økt risiko for astma.

### *Konklusjon*

Astma er en hyppig forekommende, kronisk sykdom som rammer mange kvinner tidlig i livet. Sykdommen stiller spesielle krav til rådgivning, individuelt tilpasset behandling og oppfølging fra helsevesenet.

## **9.10 Hudsykdommer**

---

*Hudsykdommer øker i befolkningen og opptrer hyppigere blant kvinner enn menn, dels som følge av en biologisk disposisjon, dels på grunn av yrkesmessige miljøpåvirkninger. Med stadig flere eldre, hvor kvinneandelen er høy, vil vi få en økt forekomst av visse hudsykdommer. Ulike faser i kvinners livssyklus stiller spesielle krav og utfordringer til behandling. Hudsykdommer er ofte kroniske. De mest plagede kan få betydelig redusert funksjonsevne og livskvalitet.*

### *Forekomst*

Helse- og levekårsundersøkelser har vist at hudsykdommer har økt i befolkningen fra 6 prosent til 11 prosent i 1975–91. Blant yngre kvinner er forekomsten i samme tidsrom tredoblet, og er nå dobbelt så hyppig som blant menn i samme alder. I en undersøkelse blant kvinnelige frisører og lærere rapporterte henholdsvis 42 prosent og 23 prosent å ha / ha hatt eksem på hendene. Psoriasis rammer 2–4 prosent av befolkningen med lik forekomst hos begge kjønn, men opptrer tidligere hos kvinner. Enkelte kan få en type leddgikt som kan medføre til dels høy sykkelighet. Antall nye tilfeller føflekk-kreft (malignt melanom) har økt kraftig de siste tiår, utgjør nå 5 prosent av all kreft og er den femte hyppigste kreftformen blant norske kvinner. Tidligere opptrådte sykdommen hyppigere blant kvinner, men kjønnsforskjellen er nå i ferd

med å viskes ut. Man forventer en fortsatt økning, slik at norske kvinner etter år 2 000 vil nærme seg verdenstoppen (Australia). Andre typer hudkreft rammer eldre og opptrer noe hyppigere blant menn. Alle typer hudkreft forekommer hyppigere i de sørlige fylkene av landet. Legg- og fotsår rammer eldre og forekommer hos ca. 1 prosent av befolkningen over 80 år. Bindevevssykdommer er sjeldne sykdommer som også kan affisere huden og som rammer kvinner hyppigere enn menn.

### *Forløp og behandling*

Atopisk eksem (barneeksem) vedvarer sjelden opp i voksen alder, men disponerer for kontakteksem/håndeksem. Dette innebærer at god yrkesveiledning til kvinner med en atopisk disposisjon er viktig i forebygging av kontakteksem knyttet til arbeidet. På arbeidsplassen bør eksponering for spesielt eksemframkallende stoffer begrenses. Psoriasis er en kronisk hudsykdom. Behandlingen er tidkrevende. Lysbehandling står sentralt. Selv om pasienter med føflekk-kreft har bedre framtidsutsikter enn tidligere, har det likevel vært en økning i antall dødsfall som følge av sykdommen. For annen type hudkreft er framtidsutsiktene relativt gode. Behandlingen er i første rekke kirurgisk. Lidelsene kan forebygges gjennom endrede solingsvaner. Legg- og fotsår er ofte kroniske og kan gi betydelige plager. Effektive forebyggende tiltak er vektreduksjon, røykestopp og riktig oppfølging ved åreknuter og blodpropp.

### *Risikofaktorer*

Ved atopisk eksem (barneeksem) er årsaksforholdene uklare. Den arvelige komponenten er viktig. Kvinner med en atopisk disposisjon har økt risiko for andre hudplager, også kontakteksem. Stadige slitasjer på huden skader hudbarrieren, og øker risikoen for en allergisk reaksjon mot stoffer huden kommer i kontakt med. Dette er spesielt knyttet til yrker hvor kvinner er i flertall; frisørfaget, pleie- og omsorgsykker, rengjøringsbransjen. Arbeid i hjemmet gir ofte samme type eksposisjon og plager.

Psoriasis er arvelig betinget. Ut over dette er risikofaktorer og årsaksforhold lite kjent. Uheldige solingsvaner er den viktigste risikofaktor for alle typer hudkreft. Legg- og fotsår opptrer som følge av svikt i blodsirkulasjonen i bena, og kan oppstå som en komplikasjon til hjerte-karsykdommer, åreknuter, blodpropp og diabetes. Overvekt og røyking er kjente risikofaktorer. Hudlidelser knyttet til bindevevssykdommer skyldes kroppens forsvarsreaksjon mot eget vev (autoimmun reaksjon). Årsaksforholdene er lite kjent.

### *Konklusjon*

Det er behov for mer kunnskap om forekomst og årsaker til hudsykdommer. Det har heller ikke vært tilstrekkelig fokusert på hudsykdommenes innvirkning på helse og livskvalitet. Det er nødvendig å utrede kjønnsspesifikke aspekter ved de ulike sykdommer for å kunne forebygge og behandle på best mulig måte. Det er et betydelig forebyggingspotensiale ved flere hudsykdommer, spesielt føflekk-kreft og kontakteksemer.

## 9.11 Infeksjonssykdommer

---

### 9.11.1 Akutt ukomplisert blærekatarr

*Blærekatarr er en plagsom, men ufarlig sykdom som forekommer nesten utelukkende hos kvinner. Behandlingen er enkel, en kort kur med et egnet antibiotikum. Diagnosen er også enkel å stille. En kvinne som har hatt blærekatarr en gang, vil sjelden være i tvil ved senere episoder. Enkelte kvinner får stadig gjentatte infeksjoner, og disse har behov for mer omfattende råd og veiledning om livsførsel og hensiktsmessige leveregler for å forebygge sykdommen, enn det de får i helsevesenet i dag. Lidelsen belaster trykdevesenet og arbeidslivet i meget beskjeden grad, og kvinnene som rammes er oftest tause om sin lidelse. Slik blir disse pasientene en slags «pariakaste». De fortjener mer oppmerksomhet fra helsevesenet.*

#### *Forekomst*

Opp til 20 prosent av alle voksne kvinner rapporterer en eller flere episoder med blærekatarr i løpet av et år. Bare vel halvparten av kvinnene søker lege for plagene sine. Blærekatarr utgjør 1–2 prosent av alle konsultasjoner i norsk allmennpraksis, totalt 200–300000 årlig. Blærekatarr forekommer nesten utelukkende hos kvinner (100:1).

#### *Forløp og behandling*

Bakteriene som forårsaker sykdommen kommer alltid fra kvinnens egen tarm. Behandlingen består av en kort kur vanlige antibiotika mot tarmbakterier. Kvinner med hyppige infeksjoner kan trenge forebyggende behandling, helst i form av forebyggende råd og enkle tiltak. Kun unntaksvis bør langvarig antibiotikabehandling gis. Selv hyppig gjentatte blærekatarrer fører ikke til komplikasjoner. Plagene som følger tilstanden kan variere. Enkelte kvinner er svært plaget. Diagnosen stilles på bakgrunn av kvinnens symptomer. Bakterieundersøkelsen av urinen bør kun være et hjelpemiddel hvis man er i tvil, og kvinnen bør behandles når hun har symptomer, selv uten sikre tegn på infeksjon i urinen. Men norske leger legger fortsatt for stor vekt på bakterieundersøkelse av urinen, og denne blir undersøkt av legens hjelpepersonell. Er prøven positiv, får kvinnen en resept på antibiotika, er den negativ, blir hun sendt hjem. For en enkeltepisode med blærekatarr kan dette være tilstrekkelig behandling, men de kvinnene som stadig får gjentatte infeksjoner får ikke den oppmerksomheten fra helsevesenet de har behov for. De trenger utdypende samtaler og råd om sin lidelse.

#### *Risikofaktorer*

Det finnes for lite kunnskap som kan anvendes praktisk av legen i møte med den enkelte kvinnen med hyppig blærekatarr, og som kan forklare hvorfor akkurat hun er så plaget som hun er.

#### *Konklusjon*

Kvinner med gjentatte episoder med blærekatarr har behov for mer oppmerksomhet rundt sin lidelse fra helsevesenets side. Lidelsen kan egne seg som modell for utviklingen av pasientsentrerte behandlingsprogram.

### 9.11.2 Pneumokokksykdom

*Pneumokokkbakterien kan gi en rekke ulike infeksjoner av forskjellig alvorlighetsgrad. De alvorligste kalles «pneumokokksykdom». Eldre personer av begge kjønn rammes hyppigere av pneumokokksykdom enn yngre, og siden kvinner er tallmessig flere blant de eldste, rammes flest kvinner. Internasjonalt er antibiotikaresistens hos disse bakteriene et problem, men foreløpig ikke i Norge. Vaksinasjon mot influensa og pneumokokker blant eldre kan forebygge sykdom.*

#### *Forekomst*

I 1997 ble det meldt 816 tilfeller av pneumokokksykdom til Folkehelsas meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS), 46 prosent var blant personer over 65 år. Det har vært en økning i meldte sykdommer i 1990-årene, særlig blant eldre. Man antar at pneumokokker forårsaker 20–50 prosent av lungebetennelser. Det er i utgangspunktet små kjønnsforskjeller i risiko, men fordi kvinner utgjør en større andel av eldre, rammes flere kvinner enn menn. Risikoen for å dø var hele 29 prosent for kvinner over 65 år som fikk pneumokokksykdom. Disse tallene omfatter imidlertid bare de tilfellene der bakterien er funnet i laboratorieprøver, hvilket vil si de alvorligste tilfellene. Økningen i meldte tilfeller kan skyldes at leger i større grad nå enn tidligere tar bakterieprøver for å stille diagnose.

#### *Forløp og behandling*

En oppfølging av nær 500 av de meldte sykdomstilfellene i 1992–93 viste at 17 prosent døde. Man vet også at lungebetennelser generelt er en hyppig dødsårsak blant eldre, enten alene eller i kombinasjon med andre kroniske sykdommer som kreft og hjertesykdom. I Norge er penicillin fortsatt en meget god behandling for pneumokokksykdom. Det er viktig at behandlingen settes i gang tidlig nok.

#### *Risikofaktorer*

Pneumokokker finnes ofte i luftveiene uten å gi sykdom. Når sykdom oppstår, kan den arte seg svært forskjellig, både i lokalisasjon og alvorlighetsgrad. Økt forekomst av pneumokokksykdom ses hos personer med svekket infeksjonsforsvar. Høy alder, kronisk sykdom i hjerte, lunger eller lever og manglende miltfunksjon, er kjente risikofaktorer. Vaksine mot influensa vil også beskytte mot pneumokokksykdom. I dag anbefaler Folkehelse influensavaksinen til personer som er fylt 65 år og til yngre personer med visse kroniske sykdommer. Det finnes også en pneumokokkvaksine.

#### *Konklusjon*

Behovet for et vaksinasjonsprogram til eldre som inkluderer influensa og pneumokokker bør utredes. Det er behov for forskning rundt årsaker til utvikling av pneumokokksykdom, ytterligere identifikasjon av risikofaktorer og en kontinuerlig overvåking av antibiotikaresistens hos pneumokokkbakterien.



### 9.11.3 Seksuelt overførte sykdommer

*Med seksuelt overførte sykdommer (SOS) defineres i denne sammenhengen klamydia, gonore, herpes simplex virus (genitalis), human papilloma virus (HPV) og syfilis. Både gonore og syfilis er nærmest utryddet i Norge, og situasjonen for klamydiainfeksjoner er under kontroll.*

#### *Forekomst*

Kunnskapen om forekomst av SOS formidles gjennom meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Klamydia trachomatis er den hyppigst forekommende seksuelt overførte mikrobe i den vestlige verden. Forekomsten er hyppigst rundt 18–22 års alderen. Nær 10000 tilfeller ble diagnostisert i Norge i 1997. Gonoreinfeksjonene er redusert til et minimum i Norge, med ca. 200 nye tilfeller årlig de siste årene. I 1997 ble det diagnostisert omtrent 30 tilfeller blant kvinner. Syfilis er nærmest utryddet i Norge. Human papilloma virus (HPV)-infeksjoner regnes også som seksuelt overførbare. I dag er det identifisert omtrent 80 forskjellige typer av dette viruset. Noen av disse gir kjønnsvorter. HPV-infeksjoner er vanlig utbredt i ung alder. Vi har ikke norske studier av HPV-infeksjoner i ulike aldersgrupper.

#### *Forløp og behandling*

Tidlig påvisning av seksuelt overførte mikrober er viktig for å forebygge akutte infeksjoner som det finnes behandling for, samtidig som det reduserer risikoen for alvorlige komplikasjoner. Klamydia har et mangeartet forløp, fra å være helt uten symptomer til å gi uttalte symptomer i underlivet og nedsatt allmenntilstand. Nær tre firedeler av alle klamydiadiagnostiserte tilfeller i Norge på slutten av 1980-tallet var nærmest symptomfrie. Klamydiadiagnostikken er komplisert.

De vanligste symptomene hos kvinner ved gonore er utflodsplager. Ukomplisert gonore behandles i Norge med antibiotika. Rutineprøver for gonore anbefales ikke lenger. I stedet anbefales grundig smittesporing rundt hvert diagnostisert tilfelle. Alle smittekontaktene bør oppspores, diagnostiseres og behandles. HPV-infeksjoner som kjønnsvorter går som oftest spontant tilbake. Noen velger å pensle vortene eller behandle dem kirurgisk. En infeksjon varer i gjennomsnitt 6–8 måneder, og helbredes spontant hos de aller fleste. Hos noen få utvikles mer kroniske infeksjoner, og det er blant disse kvinnene at man ved celleprøver senere i livet påviser forandringer som gir grunnlag for behandling.

#### *Risikofaktorer*

Kvinner kommer i langt større grad til legekontroller enn menn, og blir i langt større grad rutinetestet for seksuelt overførte sykdommer, og fokus har i for stor grad blitt rettet mot kvinner – i stedet for mot deres smitekilder, mennene. Kvinner har måttet ta en stor del av ansvaret for smittesporing og generell forebygging av SOS. Komplikasjoner til klamydiainfeksjonene er mer alvorlige for kvinner enn menn. Mange kvinner som opplever komplikasjoner som svangerskap utenfor livmoren og/eller infertilitet vet ikke om at de har hatt klamydiainfeksjon, og har ikke fått behandling for en slik infeksjon. Det er først og fremst gjentatte klamydiainfeksjoner eller meget alvorlige infeksjoner med uttalte symptomer som fører til nedsatt fertilitet. Noen undergrupper av

HPV kan gi celleforandringer i livmorhalsen. De aller fleste som utvikler forstadier til livmorhalskreft har gjennomgått en eller flere HPV-infeksjoner i livmorhalsen. I kreftceller fra kvinner med livmorhalskreft påvises HPV i nærmest 100 prosent av tilfellene.

### *Konklusjon*

Rutinetesting for klamydia blant kvinner uten symptomer bør forbeholdes de unge aldersgruppene. Skal man klare å bekjempe klamydia-epidemien på samme måte som gonore i 1970-årene, er aktiv smitteoppsporing det beste våpenet. I et samfunnsperspektiv er det viktig å redusere antallet unødvendige gonoreprøver. HPV-diagnostikk bør utføres med virologiske metoder. Rutineprøver for å påvise HPV-infeksjon er uaktuell politikk i Norge som har et godt organisert screeningprogram mot livmorhalskreft. Norske kvinner mellom 25 og 69 år har siden 1995 blitt invitert til å ta celleprøve fra livmorhalsen hvert tredje år.

### **9.11.4 Hiv og aids**

*Aids er en smittsom sykdom forårsaket av hiv-viruset som ofte har dødelig utgang. På verdensbasis er hiv og aids et betydelig kvinnehelseproblem. Over 12 millioner kvinner er smittet av hiv. I afrikanske land er det i aldersgruppen 15–20 år tre ganger, og i aldersgruppen 20–25 år dobbelt så mange kvinner som menn blant rapporterte aidstilfeller. I vårt land er bildet omvendt: Om lag fem ganger så mange menn som kvinner er til nå døde av aids, om lag tre ganger så mange er hiv-smittet. Å være hiv-smittet er svært fordomsbelastet. For kvinner – som for menn – blir forhold til egen kropp, seksualitet og samliv vanskelige utfordringer, i tillegg til den belastningen det er å leve med en kronisk, uhelbredelig sykdom.*

### *Forekomst*

Det har i Norge vært meldeplikt til Folkehelsa (MSIS) for nydiagnostiserte tilfeller av aids fra 1983, for hiv-infeksjon fra 1986. Nye opplysninger om hvert enkelt tilfelle (f.eks. aids-debut eller dødsfall) meldes også løpende. Den norske overvåkingen er god, og utviklingen i epidemien kan følges nøye. Per 30. juni 1998 var det totalt registrert 1813 hiv-positive personer i Norge; 1350 menn og 463 kvinner. I tillegg er det et mørketall. 93 kvinner har utviklet aids. Årlig får rundt 40 kvinner diagnosen hiv-infeksjon. Antallet som årlig smittes gjennom sprøytedeling har siden 1990 holdt seg stabilt på mellom tre og sju. De aller fleste hiv-positive kvinner i Norge er altså smittet heteroseksuelt, godt over halvparten av disse er kvinner fra afrikanske land som enten var smittet før ankomst til Norge eller i Norge. Folkehelsa anslår at av de totalt 463 registrerte hiv-positive kvinnene, lever rundt regnet 200 i dag i Norge. Dette tallet kommer man fram til ved å trekke fra de som er døde av aids (86), de som har flyttet ut av landet, og de som er døde av andre årsaker. I tillegg kommer en del som ikke er diagnostisert, trolig godt under 100 personer. Et antall av de hiv-positive kvinnene som lever i Norge er innvandrere, de fleste fra afrikanske land.

### *Forløp og behandling*

Forløpet fra smitte til aidsdiagnose kan variere fra 1–3 år til 15–20 år eller mer. Noen hiv-smittede dør av andre årsaker enn aids. Overdose har for eksempel

vært en mer utbredt dødsårsak enn aids blant injiserende stoffmisbrukere i Norge. Resultatene fra den såkalte Oslo hiv-kohortstudien tyder ikke på at det er store forskjeller i forløpet fra hiv til aids hos kvinner og menn. Internasjonalt er det påvist at hiv-positive kvinner er mer disponert for ulike gynekologiske sykdommer, og at enkelte tilstander slår annerledes ut og har et annet forløp. Dette gjelder blant annet en del seksuelt overførte sykdommer i tillegg til livmorhalskreft. Det er derfor viktig at hiv-positive kvinner tilbys regelmessige gynekologiske undersøkelser. De siste årene er det gjort betydelige framskritt i behandlingsmulighetene for hiv-positive. Kombinasjonsbehandling med ulike legemidler ser ut til å undertrykke infeksjonen gjennom påvirkning av virusmengden i kroppen, og har både gitt forlengelse av tiden fra hivsmitte til aidsutbrudd, og lenger overlevelse med aids. Man vet ennå lite om langtidsseffektene eller om langtidsbivirkninger. De nye behandlingsformene virker dessuten ikke like godt for alle. Det er kjent at en del afrikanske kvinner ikke får god nok behandling i Norge. Dette kan være kvinner som ikke kan eller ønsker å gjøre sin hiv-status kjent, som på grunn av omsorgsforpliktelser og andre forhold i familie og nærmiljø har problemer med å komme til avtaler eller som har negative erfaringer med det «offentlige» Norge. Gitt de behandlingsmulighetene og det apparat for oppfølging av hivsmittede som finnes, er det en utfordring for helsetjenesten å nå fram til disse kvinnene.

### *Risikofaktorer*

Hiv-viruset smitter lettere fra mann til kvinne enn omvendt. Heteroseksuelle samleier innebærer med andre ord større risiko for kvinner enn for menn. Av faktorer som kan øke kvinnens smitterisiko, er analsex, sex under menstruasjon og underlivsinfeksjon. Antall seksualpartnere har vært framholdt som en risikofaktor. Det kan imidlertid se ut til at hiv-smittede kvinner i Skandinavia oftest er smittet i faste parforhold. Per juni 1998 var det registrert totalt ni hiv-positive spedbarn i Norge. På grunn av risikoen for smitte mellom mor og barn i svangerskap, under fødsel og gjennom morsmelk, har de fleste hiv-positive kvinner ikke hatt en reell reproduktiv valgmulighet. Med bedre og mer effektiv behandling i svangerskap og nyfødtp periode regnes nå risikoen for smitte fra mor og barn å være redusert til 1 prosent, under ellers optimale forhold. Sammen med utsikten til økt livslengde aktualiserer dette spørsmålet om å få barn.

### *Konklusjoner*

Forebyggingsstrategier overfor kvinner må ta utgangspunkt i at ikke alle kvinner er i stand til å forhandle om sikrere sex. For en såvidt fåtallig gruppe pasienter, bør helsetjenestene i større grad gå ut med tilbudene, for å nå fram til dem som av ulike grunner ikke kommer til undersøkelse og behandling. Gynekologisk oppfølging er viktig, og bør i Norge som i andre land tilbys hos gynekolog med spesialkunnskap om hiv og aids. Når det gjelder mulighet til å ta opp spørsmål rundt seksualitet, samliv og foreldreskap, bør frivillige organisasjoner ha en sentral rolle som supplement til helse- og sosialtjenestene.

## 9.12 Nevrologiske sykdommer

---

### 9.12.1 Hodepine

*De fleste har en gang iblant hodepine, men for noen er dette en plage som har betydning for hverdagsliv og yrkesliv. Hodepine rammer flest kvinner. De to vanligste formene er migrene og spenningshodepine. Migrene gir en liten økt risiko for slag. Det er behov for bedre diagnostikk i primærhelsetjenesten og mer kunnskap om hvilke tiltak som hjelper.*

#### *Forekomst*

Forekomst av spenningshodepine varierer i forskjellige undersøkelser, fra 13 prosent i en norsk undersøkelse til 88 prosent i en dansk etter hvilke kriterier som brukes. Hodepine er omtrent dobbelt så hyppig hos kvinner som hos menn. Det er kvinner i ung og voksen alder som rammes, kvinner midt i den travleste del av livet. Migrene opptrer hos 5–6 prosent av befolkningen, tre ganger så hyppig blant kvinner i middelalder som hos menn. Migrene er også den hyppigste hodepinen hos barn, og rammer da begge kjønn likt. Migrene opptrer like hyppig uansett rase, kultur, nasjonalitet eller sosial status.

#### *Forløp og behandling*

Spenningshodepinen gir smerter i hele hodet, av pressende eller trykkende karakter. Den kan vare fra timer til dager. Bare en seksdel av pasientene søker helsevesenet for plagene. Diagnostikk og behandling kan være vanskelig. Det advares mot vanedannende legemidler, og en del kan få plagene forverret etter mye bruk av vanlige smertestillende midler. Enkelte kan ha hjelp av avspenningsteknikker eller legemidler mot depresjon. En del søker «alternativ behandling». Hva slags effekt dette har, er ikke dokumentert. Men det etablerte helsevesenet har heller ikke mye å tilby disse pasientene. Migrene er en karakteristisk anfallsvis, halvsidig, pulserende hodepine, ofte ledsaget av kvalme, brekninger og lysskyhet. Smertene kan forverres av fysisk aktivitet. Noen personer med migrene har en forutgående «aura» (syn- eller hørselsinntrykk eller en spesiell «følelse»). For mange kvinner gir menstruasjonsstiden flere anfall, og noen blir verre av p-pille eller østrogenbehandling ved overgangsalderen. Under graviditet blir de fleste bedre. I årene fram mot overgangsalderen blir hodepinen ofte verre for så å avta etterpå. Migrene kan behandles dels med legemidler som forebygger og dels med legemidler som behandler anfallene.

#### *Risikofaktorer*

Spenninger i kraniets muskulatur kan gi smerter og dette har vært oppfattet som årsaken til spenningshodepine; men man kan ikke alltid påvise muskelspenninger. Spenningshodepinen influeres trolig av psykososiale faktorer. Hva som setter migreneprosessen i gang er ukjent. Sannsynligvis finnes en indre «migrenegenerator» som sitter i hjernestammen. Det er et samspill mellom forskjellige signalstoffer, nerver og blodkar som fører til migrene. Østrogen virker inn på dette samspillet. Kvinner med migrene har oftere psykiske tilleggslidelser enn menn med migrene har.

### *Konklusjon*

Det er behov for økt kunnskap om diagnostikk av forskjellige typer hodepine i primærhelsetjenesten, som møter de fleste med slike plager, og økt kunnskap om hva slags behandling som virker.

### **9.12.2 Multippel sklerose (MS)**

*Multippel sklerose er en kronisk sykdom som angriper nervene og cellene som omgir dem. Sykdommen gir lammelser som gradvis blir verre, men tempoet dette skjer i kan variere sterkt. For dem som er hardest angrepet kan alvorlige lammelser og mental svikt bli resultatet. Sykdommen rammer i første omgang unge og middelaldrende mennesker og kvinner dobbelt så hyppig som menn. Det finnes ingen helbredende behandling, men støttende tiltak er viktige. Det er behov for forskning rundt årsaksforhold og behandling.*

### *Forekomst*

I Norge er forekomsten av MS 80–100 pr. 100000, og antallet nye tilfeller per år er 3–5 per 100000. I de senere år har det vært en økning i forekomst av sykdommen på vestlandet. Det er stor geografisk variasjon i forekomst, men vanligst er sykdommen på den nordlige halvkule. Nesten dobbelt så mange kvinner som menn får sykdommen.

### *Forløp og behandling*

Sykdommen kjennetegnes av forbigående eller kroniske, lette eller alvorlige lammelser i armer og ben, ustøhet og synsforstyrrelser. Noen plages av tretthet, slapphet og dårlig appetitt. For de fleste (85–90 prosent) har sykdommen en sprangvis karakter med akutte lammelser som så går helt eller delvis tilbake. Om lag halvparten av disse vil etter en tiårsperiode gå over i en fase hvor lammelsene gradvis forverres. For 10–15 prosent av MS-pasientene vil sykdomsforløpet gi en jevn forverring fra starten av. Livsforløpet og levealder varierer sterkt. MS oppstått i barnealder synes å ha et mindre aggressivt forløp enn ved debut i voksen alder. Selvmord forekommer hyppigere enn i normalbefolkningen. En undersøkelse viser at etter 6–10 år med sykdommen var 50 prosent i arbeid, 50 prosent var uføre og 1 prosent døde. Etter 16–20 år var 30 prosent i arbeid, 57 prosent uføre og 13 prosent døde. Sykdommen påvirker ikke evnen til å få barn. Under graviditet kan symptomene reduseres eller forsvinne, men etter fødselen kan det komme en forverring. En del opplever forverring i plagene etter overgangsalderen. Det er mulig østrogenbehandling etter overgangsalderen kan bedre plagene, men dette må undersøkes nærmere. Det finnes ikke helbredende behandling for sykdommen, men stoffet interferon kan bremse sykdomsutviklingen. Etter hvert som sykdommen skrider fram er det behov for et tverrfaglig team for å etablere støttetiltak for pasienten.

### *Risikofaktorer*

MS oppfattes som en autoimmun sykdom. Kroppens forsvarssystem rettes mot eget vev i stedet for fremmed vev, og angriper nerveskjedene i sentralnervesystemet slik at nervesignalene ikke lenger ledes normalt. Det er dette som gir lammelsene. Det foreligger en arvelig disposisjon for sykdommen

som trolig spiller sammen med ytre faktorer. Hvilke faktorer som forårsaker sykdommen, er ikke kjent. Man tror kroppens hormonsystem kan være involvert, og at det kanskje er årsaken til kvinneovervekten.

### *Konklusjon*

Det er behov for spesifikk kunnskap om hva sykdommen skyldes. Støtteapparatet rundt MS-pasienter bør styrkes.

### **9.12.3 Nakkeslengskade**

*Med nakkeslengskade eller whip lash menes en plutselig og kraftig bevegelse av nakken når hodet slenges bakover, deretter forover. Den mest klassisk skademekanismen er påkjørsel bakfra. Nakkeslengskade er hyppigst blant unge voksne, og hyppigere hos kvinner enn menn. De fleste tilfeller oppstår etter trafikkskader og involverer derfor forsikringselskapene. En mer enhetlig diagnostikk og behandling av skadene er viktig for personer med slike skader.*

### *Forekomst*

Forekomst varierer internasjonalt. De diagnostiske kriterier og fokus på sykdommen er ulike. I en undersøkelse fra Quebec fant man 70 nyoppståtte tilfeller pr. 100000 innbyggere, 1,5 ganger hyppigere blant kvinner. Tilstanden har vært økende i alle industrialiserte land. I land med liten oppmerksomhet rundt tilstanden og få erstatningsmuligheter er omfanget mindre – iallfall tilsynelatende.

### *Forløp og behandling*

Det kan opptre skader på bløtdelene (muskulatur, sener, leddbånd) eller skjelettet i nakken. Mellomvirvelskiver, nerverøtter eller ryggmargen kan også skades. Symptomene utvikler seg vanligvis innen 72 timer. Mange skader er lette og tilheles innen kort tid. Uenigheten i fagmiljøet gjelder særlig langtidsskadene. For mange er plagene irritabilitet, smerter i hodet eller nakken, svimmelhet, angst, depresjon og søvnvansker. En norsk undersøkelse viste at den skadelidtes psykologiske stressreaksjon i forbindelse med ulykken var den beste indikator på forløpet videre. Posttraumatiske stresssymptomer kan ramme den som har gjennomgått en ulykke. Det vil si at ulykken gjenoppleves og skaper angst. Skadene er ofte trafikkskader og kan få etterspill i forhold til forsikringselskapene. Den store uenigheten i det medisinske fagmiljøet fører til store sprik i vurderingen av disse sakene. Kvinner som har vært utsatt for nakkeslengskader og mener de har vedvarende plager føler seg ofte dårlig ivaretatt av helsevesenet. Enhetlig diagnostikk og behandling av disse skadene bør tilstrebes.

### *Risikofaktorer*

Behandlere av nakkeslengskadede må være bevisste på ikke å lede pasienten inn i en vedvarende syke- eller offerrolle. Det er viktig å forsikre pasienten om at problemene er forbigående og å oppfordre til å fortsette med vanlige aktiviteter. Injeksjonsbehandling, manipulasjonsbehandling, fysioterapi og medikasjon med smertestillende eller betennelsesdempende midler kan i

spesielle tilfeller anbefales, og undersøkelse hos spesialist kan være nødvendig.

### *Konklusjon*

Enhetlig diagnostikk og behandling av disse skadene vil være en fordel for dem som blir rammet. For å få bedre kjennskap til omfanget av senskader ved nakkesleng, er det nødvendig med forskning. På den måten kan man også skape kunnskap om hvordan risikoen for senskader kan reduseres.

## **9.13 Psykiske lidelser**

---

### **9.13.1 Angst, depresjon og psykososer – forekomst og behandling**

*Etter muskel-skjelettsykdommer er psykiske lidelser nest viktigste årsak til sykemelding lenger enn 14 dager. Depresjon er den hyppigste diagnosen. Kvinner rammes dobbelt så hyppig som menn, og det er de yngre kvinnene som i første rekke rammes. Det er viktig å erkjenne problemene så tidlig som mulig og komme tidlig til med behandling. Om behandlingen bør være forskjellig for kvinner og menn vet vi for lite om, men det bør undersøkes.*

#### *Forekomst*

15 prosent av den norske befolkning har til enhver tid psykiske plager som depresjon, angst, fobier og psykosomatiske sykdommer. Det gjelder 20 prosent av kvinnene og 10 prosent av mennene. Forekomsten har vært nokså stabil siden 1950-årene. 30 prosent av alle har en eller annen gang i livet en psykisk lidelse, 40 prosent av kvinnene og 20 prosent av mennene. Menn har lengre sykefravær for disse psykiske lidelsene enn kvinner. Trolig søker kvinner hjelp raskere og blir forttere friske igjen. Det er en tendens til at depresjon rammer yngre aldersklasser nå enn tidligere. Ca. 1 prosent av befolkningen har schizofreni og 1 prosent har manisk depressiv lidelse. Lidelsene forekommer like hyppig hos begge kjønn. Kun 10 prosent av sykehusplassene for farlige og vanskelige psykiatriske pasienter er belagt av kvinner. Det finnes ikke sikre tall for forekomst av spiseforstyrrelser.

#### *Forløp og behandling*

Behandlingen av psykiske lidelser som depresjon, angst, fobier og psykosomatiske sykdommer er i første rekke samtalerterapi, både psykodynamisk orienterte terapier og kognitive terapier, samt opplysning og legemidler. Å øke selvtilliten, bygge et mer positivt selvilde og oppleve innflytelse over egen situasjon virker positivt. Behandlingen gis først og fremst av allmennpraktiserende leger. Det er mulig at kvinner og menn trenger forskjellig behandling, men dette vet vi foreløpig for lite om. Man burde kunne ta hensyn til menns og kvinners forskjellige biologi ved bruk av legemidler, men så langt er utviklingen ikke kommet. Det er viktig å komme tidlig til med behandling for å hindre plagene i å bli kroniske. Personer med schizofreni trenger ofte langvarig behandling av kvalifiserte fagfolk, og en kombinasjon av dag/døgnmiljø, samtalebehandling, medikasjon, familiearbeid og støttetiltak i aktivitet og sosialt liv. Størsteparten bør behandles utenfor institusjon. For en del blir plagene

kroniske. Personer med manisk depressiv sinnslidelse har nytte av medikamentell behandling, gjerne i kombinasjon med samtaleterapi.

### *Risikofaktorer*

Det finnes en indre, individuell sårbarhet dels basert på arvelige forhold, og dels tilegnet på grunn av omstendigheter i oppvekst og voksenlivet, som kan medvirke til å utløse psykiske lidelser. Kvinner rammes mer av problemer eller konflikter med nære personer, og takler konflikter eller atskillelse fra viktige personer tyngre. På arbeidsplassen blir kvinner mer fysisk slitne og føler i mindre grad at de får utnyttet sine evner og bestemme over sitt arbeid. De synes oftere enn menn at det er vanskelig å klage på forhold ved arbeidet, ønsker oftere de skulle ha tatt en annen utdanning og oppgir oftere at de har vanskelig for å skifte arbeid på grunn av barna. Personer som har en kroppslig sykdom har oftere enn ikke-syke en mental lidelse. Sosial støtte kan ofte beskytte der hvor belastning og / eller sårbarhet foreligger.

### *Konklusjon*

Det er behov for satsning og åpenhet rundt psykiske lidelser. Gode oppvekstkår er den beste forebygging. Miljø på skole og arbeidsplass er sentrale. Det er viktig med tidlig erkjennelse av plagene og å starte raskt med behandling for å korte ned på sykdomsperioden og hindre plagene i å bli kroniske. Siden årsaksforhold kan være forskjellige for menn og kvinner bør både risikofaktorer og behandling studeres kjønns spesifikt. Det er videre behov for å evaluere ulike behandlingsformer og utvikle bedre diagnostiske kriterier for å finne fram til personer som har behov for legemiddelbehandling, og ikke overbehandle personer som er bedre tjent med annen intervensjon (se også avsnittet om bruk av psykofarmaka).

### **9.13.2 Depresjon etter fødsel**

*For de fleste kvinner er svangerskap og fødsel en kilde til fornyelse og vekst, men perioden etter fødselen kan også være en risikofase for utvikling av depresjon og andre psykiske lidelser. Disse livshendelsene kan være årsaken til at kvinner oftere rammes av depresjon enn menn. Ofte blir ikke depresjon etter fødsel oppdaget. Det kan føre til et langvarig forløp hos kvinnen og gi økt risiko for psykiske forstyrrelser hos barnet.*

### *Forekomst*

Særlig tre typer psykiske lidelser kan opptre etter fødsel, «barseltårer», depresjon og psykose. Internasjonalt regner man med at 10–20 prosent rammes av depresjon innen 3–4 måneder etter fødsel. Forekomsten i Norge er ikke undersøkt. Psykose opptrer sjelden, hos 0,1 prosent av de fødende. «Barseltårer» er gråtetokter, tristhet og emosjonell labilitet de første 3–10 dager etter fødsel. Dette er så vanlig (kanskje hos over halvparten) at det må regnes som normalt.

### *Forløp og behandling*

De fleste depresjoner glir over etter de første 3 måneder, men hos noen kan tilstanden bli langvarig. Barn av deprimerte mødre har økt risiko for psykiske



forstyrrelser i oppveksten. Det er derfor viktig å fange opp disse kvinnene og tilby dem behandling. Helsepersonell som har med barselkvinner å gjøre, kanskje særlig jordmødre og helsesøstre, men også leger, bør bevisstgjøres på dette. Vanligvis er behandlingstilbudet psykoterapi og psykososial støtte.

### *Risikofaktorer*

Tidligere depresjon eller andre psykiske lidelser, førstegangsfødsel, alder under 20 år, å være alenemor og dårlig forhold til ektefellen er risikofaktorer for utvikling av depresjon etter fødsel. Genetiske forhold har muligens også betydning. En del kvinner utvikler hypothyreose etter fødsel og dette følges ofte av depresjon. Andre hormoner, som mangel på østrogen, prolaktin, oxytocin og kortisol har også vært i søkelyset, men er ufullstendig undersøkt. «Barseltårer» er noe mer vanlig etter at en kvinne har født en gutt enn en jente, kanskje fordi kvinnens hormonbalanse kan variere etter hvilket kjønn barnet har.

### *Konklusjon*

Det er behov for å kartlegge forekomsten av psykisk lidelse etter fødsel i Norge, bevisstgjøre helsepersonell på lidelsen og evaluere effekten av forskjellige behandlingstiltak.

### **9.13.3 Småbarnsmødres psykiske helse**

*De aller fleste småbarnsmødre har det bra. Men flere undersøkelser, både norske og internasjonale, finner at mødre har høyere nivå av angst og depresjon enn voksne kvinner uten barn. Mødres mentale helse har betydning både for kvinnene selv og deres barn. Nettverksbygging blant småbarnsfamilier med utgangspunkt i helsestasjonen er et forsøk på å forebygge psykososiale problemer.*

### *Forekomst*

Omfanget av mentale helseproblemer blant småbarnsmødre varierer mellom ulike studier, avhengig av både hvilke mål som benyttes på mental helse, utvalget av befolkningen som undersøkes og hvilke metoder som anvendes. I en norsk undersøkelse rapporterte 21 prosent av mødre med barn i alle aldre at de hadde betydelige mentale plager, mens 11 prosent av kvinner uten barn hadde slike plager. I en internasjonal undersøkelse oppga hele 42 prosent av mødre til barn mellom 15 og 24 måneder at de hadde depressive symptomer. I en annen undersøkelse oppga 27 prosent av mødre til fire-åringer at de var deprimerte. I Finnmarksundersøkelsen fant man at 22 prosent av kvinner med barn under 10 år var deprimerte. I motsetning til dette fant en norsk undersøkelse at gifte kvinner med hjemmeboende barn hadde bedre mental helse enn gifte kvinner uten hjemmeboende barn.

### *Forløp og behandling*

Det er sammenheng mellom mødrenes mentale helse og barns utvikling. Mødre med mentale helseproblemer i barnets første leveår har en økt risiko for lignende problemer også gjennom barnets oppvekst.

### *Risikofaktorer*

Mødre med omsorg for førskolebarn har større risiko for å bli deprimerte enn dem som har ansvar for eldre barn. Mødrenes forsøk på å imøtekomme barnas behov i denne fasen kan svekke deres fysiske og mentale helsetilstand og øke sårbarheten for å utvikle psykiske plager. Perioden mellom ett og to år er beskrevet som den mest krevende for mødrene. Stress og mangel på sosial støtte har betydning for utvikling av depresjon. Yrkesaktive kvinner har en bedre subjektiv helse enn husmødre uavhengig av om de er småbarnsmødre eller ikke. Konkrete, miljørettede tiltak i lokalsamfunnet kan bidra til å bedre kontakten mellom småbarnsfamilier. Det kan muligens forebygge psykososiale problemer. Det er naturlig å knytte slike tiltak til helsestasjonen.

### *Konklusjon.*

Nettverksbygging blant småbarnsfamilier kan bidra til å forebygge psykososiale problemer. Her kan konkrete, miljørettede tiltak med utgangspunkt i for eksempel helsestasjonen være et bidrag.

#### **9.13.4 Spiseforstyrrelser**

*Anoreksi, bulimi og BED (binge eating disorders, «tvangsspising») er lidelser sterkt knyttet til vår kulturs skjønnhetsideal og krav til kontroll. De rammer fortrinnsvis kvinner. Medieoppmerksomhet bidrar til økt synlighet, men kan også forandre problemene. Hos behandlerne er det brist på kunnskap og kompetanse, noe som fører både til en underbehandling av mange og en overbehandling av enkelte. Kunnskapsheving i førstelinjetjenesten er et viktig tiltak.*

### *Forekomst*

Samlet tall for anoreksi og bulimi i den kvinnelige befolkningen er om lag 2 prosent. Forekomsten av anoreksi alene er 0,2–0,5 prosent, ifølge undersøkelser i utlandet. I Norge vil dette tilsvare 25–35000 kvinner mellom 15 og 25 år. Halvparten debutterer med sin spiseforstyrrelse før fylte 18 år. I en norsk spørreundersøkelse rapporterte 8–9 prosent av jentene mellom 13 og 18 år symptomer som kunne tyde på spiseforstyrrelser. Det er økt forekomst i miljøer der fokus på kroppens estetikk og kroppen som mestring er høy, for eksempel blant norske eliteidrettsutøvere (20 prosent). 90 prosent av pasientene med disse lidelsene er kvinner, 10 prosent er menn. Det har vært en betydelig økning av lidelsene i vår kulturkrets de siste 50 år.

### *Forløp og behandling*

Halvparten av pasientene blir friske hvis de får behandling, mens den andre halvparten utvikler en form for kronisitet. Anoreksi er den psykiatriske lidelsen som har høyest dødelighet, med en syv ganger økt dødelighet i forhold til standard dødelighet. Spesielt ved bulimi har man vist at betydelig bedring kan oppnås ved relativt begrenset psykiatrisk behandling i form av psykoterapi. Ved bulimi og tvangsspising er det dokumentert effekt av antidepressive midler. Kombinasjon av legemidler og psykoterapi gir best effekt.

### *Risikofaktorer.*

Forekomsten av spiseforstyrrelser i en befolkning er nært knyttet til forekomst av slankeatferd i samme befolkning. Høyere forekomst er forbundet med vestlig markedsøkonomi og idealer om tynnheten som skjønnhet og symbol for mestring og kontroll. Det er beskrevet økende forekomst i innvandremiljøer, Øst-Europa og den tredje verden, samtidig med økende utbredelse av «vestlige verdier». Å slanke seg ved normalvekt øker risikoen for å utvikle spiseforstyrrelser. Det psykologiske grunnlag for å utvikle spiseforstyrrelser er lav selvfølelse og lav grad av opplevd selvkontroll. I tillegg kan man identifisere utløsende faktorer (tap og konflikt, mobbing og erting, tidlig pubertet, skader, endrete livsvilkår) og vedlikeholdende faktorer. Primærforebygging er kompleks. Det er vanskelig å dokumentere at for eksempel informasjon om lidelsene begrenser forekomst, kanskje med unntak av i mer spesielle miljøer (idrettsmiljøer). Men informasjon kan ha sekundærforebyggende effekt gjennom tidligere diagnostikk. Samtidig er det et stort behov for økt tilgang på behandling og kompetanseheving, særlig blant primærleger.

### *Konklusjon*

Det er behov for økt kunnskap om disse lidelsene, både for å forebygge, oppnå tidligere diagnostikk og bedre behandling.

### **9.13.5 Selvmord og selvpåførte skader**

*Tre ganger så mange menn som kvinner tar sitt eget liv, mens selvmordsforsøk er nesten dobbelt så hyppig blant kvinner. Samme forholdstall finnes i andre land selv om forekomsten kan variere. Psykososiale problemer gir økt risiko. Både forebyggende arbeid og behandlingstilbud bør styrkes.*

### *Forekomst*

I 1994 tok 152 kvinner og 379 menn sitt eget liv i Norge. Hyppigheten av selvmord ble mer enn fordoblet mellom 1960 og 1988, men har i de senere årene sunket noe igjen. Årlig innlegges 8–9000 personer på grunn av selvmordsforsøk, hvorav 1800–1900 kvinner og omtrent 1100 menn i aldersgruppen under 30 år. Forekomsten av selvmordsforsøk rapporteres betydelig oftere enn dette i spørreundersøkelser. I en undersøkelse rapporterte om lag 10 prosent av jentene og 6 prosent av guttene mellom 12 og 20 år at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv. De samme forholdstallene mellom kjønnene for selvmord og selvmordsforsøk er gjennomgående over tid og på tvers av kulturer.

### *Forløp og behandling*

Kvinner tar oftest livet av seg ved egenforgiftning med legemidler, gass eller andre gifter mens menn henger eller skyter seg. Ved selvmordsforsøk er egenforgiftning hyppigere for begge kjønn (90 prosent for kvinner og 75 prosent for menn). I Oslo blir mindre enn 10 prosent overflyttet psykiatrisk avdeling etter selvmordsforsøk. I en spørreundersøkelse blant norske ungdommer, framkom det at 20 prosent hadde fått behandling i helsetjenesten etter selvmordsforsøk, hyppigere jenter enn gutter. En tredel hadde fått hjelp hos venner mens halvparten oppga at de ikke hadde fått hjelp eller behandling etterpå overhodet. Ved Bærum sykehus har man utviklet en modell for

oppfølging av pasienter etter selvmordsforsøk, der et tverrfaglig team tilrettelegger og koordinerer ulike hjelpetilbud for pasienten og familien. Erfaringene med denne modellen er gode.

### *Risikofaktorer*

Depresjon, håpløshetsfølelse, rusmiddelmissbruk, svakt sosialt nettverk og arbeidsløshet er risikofaktorer for både selvmord og selvmordsforsøk. Blant ungdom med selvmordsforsøk er det en overhyppighet av hjem med oppløste ekteskap/parforhold, rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, selvmordsatferd i familien og seksuelle eller voldelige overgrep. Tidligere selvmordsforsøk er en sterk risikofaktor for senere selvmord.

### *Konklusjon*

Det er behov for bedre oppfølging og behandling av selvmordsforsøk etter Bærum-modellen flere steder i landet. Bedre diagnostikk og behandling av depresjon og psykiske lidelser generelt og en styrking av det psykiatriske behandlingstilbudet kan også forebygge selvmord. Skolens rolle i det forebyggende arbeidet bør styrkes.

## **9.14 Sykdom og lidelser knyttet til overgangsalder og aldring**

---

### **9.14.1 Plager i forbindelse med overgangsalder**

Mange kvinner opplever humørsvingninger, hetetokter og uregelmessige blødninger i overgangsfasen før blødningene stopper helt opp. Tidligere ble livmor og eggstokker ofte fjernet kirurgisk hvis slike plager ble uttalte. Når er man betydelig mer tilbakeholden. De fleste kvinner ønsker å beholde livmor og eggstokker selv etter overgangsalder, og man vil ofte kunne lindre plagene på andre måter.

Urinveislekkasje og nedfall eller fremfall av skjedevegger og livmor er andre plager som henger sammen med overgangsalderen. Dette er lidelser som i betydelig grad reduserer kvinners fysiske, seksuelle og sosiale livskvalitet, men som mange kvinner holder skjult. En aktiv kartlegging av problemene og bedre kunnskap om behandlingsalternativene fra helsevesenets side er nødvendig.

### **9.14.2 Eldre kvinners helse**

*Blant de eldste er det flest kvinner. Tendensen vil trolig forsterkes de kommende årene. Gamle menneskers helseproblemer er følgelig i stor grad gamle kvinners helseproblemer. Mange av de tilstandene som omtales i det følgende rammer isolert sett kvinner og menn likt, men har likevel spesiell betydning for kvinner, fordi de utgjør flesteparten blant de aller eldste.*

#### **9.14.2.1 Spesielle forhold ved sykdom hos gamle**

*Forekomsten av mange sykdommer øker med økende alder*

Andelen av befolkningen som har flere kroniske sykdommer er derfor høyere hos de eldste, særlig de over 80 år. Når flere sykdommer foreligger samtidig, vil de som regel forsterke hverandres symptomer, diagnostikken blir mer

usikker, og behandlingen mer komplisert. Situasjonen blir ytterligere forverret når den gamle med flere kroniske sykdommer får en akutt tilstand i tillegg. Et eksempel kan være en 85 år gammel kvinne med hjertesvikt, slitasjegikt i hoftene, diabetes og lett aldersdemens som legges inn på grunn av lungebetennelse. De kroniske sykdommene gjør forløpet av lungebetennelsen mer alvorlig, den blir vanskeligere å diagnostisere og behandle – og lungebetennelsen fører til en forverring av de kroniske sykdommene.

#### *Gamles symptomer er ofte uspesifikke*

Når gamle blir akutt syke, vil de gjerne få andre symptomer enn yngre. Uansett sykdom, vil den gamles symptomer ofte være preget av sviktende funksjon; akutt forvirring, urinlekkasje eller falltendens.

- Akutt forvirring (delir) er en plutselig svikt i de mentale funksjoner. Tilstanden feiltolkes ofte som demens. Et delir utvikler seg imidlertid i løpet av timer til dager i motsetning til demens, som utvikles over måneder. Delir forekommer hos anslagsvis én av fire pasienter over 75 år som innlegges akutt, men erkjennes ofte ikke. Tilstanden er en viktig indikator på underliggende akutt sykdom som trenger behandling.
- Akutt oppstått urinlekkasje (inkontinens). Inkontinens hos gamle har mange ulike årsaker. Når den oppstår plutselig hos en person som tidligere ikke har hatt slike problemer, er det ofte symptom på en akutt sykdom – som ikke nødvendigvis sitter i urinveiene.
- Falltendens. Når et gammelt menneske faller flere ganger på kort tid, eventuelt plutselig får vansker med å reise seg fra liggende eller sittende stilling, vil det som regel skyldes en akutt kroppslig sykdom.

De tre nevnte formene for funksjonssvikt vil altså ofte være uttrykk for at pasienten er akutt syk, men gir ingen holdepunkter for hva slags sykdom som foreligger. Opptreden av slike symptomer bør avstedkomme rask og kvalifisert utredning, da dette medfører bedret overlevelse, reduserte plager, og raskere og bedre funksjonell restitusjon. Det er imidlertid grunn til å tro at akutt syke gamle ofte ikke får hensiktsmessig helsehjelp. Dette skyldes både mangelfull kunnskap og uhensiktsmessig organisering.

#### *Det kan være vanskelig å skille mellom sykdom og aldersforandringer*

Vansker med å skille mellom sykdom og aldersforandringer kan medføre både over- og underbehandling. Det er f.eks. grunn til å tro at mange gamle har en feilaktig hjertesviktdiagnose, bl.a. fordi mange med alderen får fremmedlyder over lungene som kan feiltolkes som tegn på hjertesvikt. På den annen side finnes det trolig gamle med uoppdaget hjertesvikt, fordi kroppslig slitenhet – et viktig symptom på hjertesvikt – feiltolkes som uttrykk for normal aldring. Andre tilstander som trolig overbehandles er høyt blodtrykk og små hjerneslagtilfeller, mens depresjon og Parkinsons sykdom trolig underbehandles.

#### *Gamle bruker ofte mange legemidler, og er utsatt for bivirkninger*

Siden mange gamle har flere sykdommer, bruker de gjerne flere legemidler samtidig. De ulike legemidlene kan påvirke hverandres effekter. Mange legemidler elimineres langsommere fra kroppen hos gamle. Biologiske aldersforandringer i kombinasjon med ulike sykdommer kan føre til at

legemidlenes effekt blir annerledes hos gamle enn hos yngre. Samlet fører disse forholdene til at bivirkninger av legemidler sees hyppig hos gamle, og de er viktig årsak til funksjonssvikt og plager i eldre år.

*Den sosiale situasjonen har særskilt betydning for følgene av sykdom i høy alder*  
Sykdom hos gamle fører ofte til vansker med å ta vare på seg selv. Det sosiale nettverket får derfor stor betydning. Er nettverket svakt, vil sykdom hos gamle utløse behov for profesjonelle omsorgstjenester. I norske byer lever nær 80 prosent av kvinnene over 80 år alene. Behov for profesjonelle omsorgstjenester som følge av sykdom er derfor et uttalt kvinnehelseproblem.

#### **9.14.2.2 Typiske aldersrelaterte sykdommer og plager**

Demens og hjerneslag viser svær overhyppighet hos gamle. Andre sykdommer av særlig betydning er hjertesykdommer, hoftebrudd, slitasjegikt (artrose), benskjørhet (osteoporose), urinlekkasje (inkontinens), depresjon og diabetes. For alle gjelder at diagnostikk og behandling vanskeliggjøres av de forholdene som er nevnt i det foregående. Eksempelvis kan symptomene ved akutt hjerteinfarkt hos gamle være annerledes enn hos middelaldrende, og smerter kan være fraværende. Denne tendensen er muligens mest uttalt hos kvinner. Diabetes forblir ofte uoppdaget hos gamle. Samtidig er det usikkerhet omkring diagnostikken av diabetes hos de eldste, fordi blodsukker nivået øker med alderen. Benskjørhet, hoftebrudd, urinlekkasje og depresjon er tilstander som er vanligere hos kvinner enn hos menn. Andre tilstander med særskilt betydning for eldre kvinners helse er:

##### *Sansesvikt*

De fleste svaksynte er gamle. De viktigste årsakene til nedsatt syn er grå stær, grønn stær og aldersbetingede netthinneforkalkninger. Grå stær skyldes at øyets linse blir uklar, og forekommer hos halvparten av alle 75-åringene, hyppigst hos kvinner. Sykdommen behandles kirurgisk med godt resultat. Grønn stær skyldes økt trykk i øyet, og behandles effektivt med øyedråper hvis diagnosen stilles tidlig. Ved sen diagnose kan det skje uopprettelig skade på synet. Grønn stær forekommer hos om lag 3 prosent av alle over 70 år. Aldersbetingede netthinneforkalkninger forekommer hos om lag 40 prosent av alle 70-åringene, hyppigst hos kvinner. Det finnes vanligvis ikke effektiv behandling, og denne sykdommen er den viktigste enkeltårsak til redusert syn hos gamle. Redusert hørsel er vanlig hos eldre, og aldersbetinget hørselstap uten kjent årsak er omtrent like vanlig hos begge kjønn. Høreapparat gir aldri fullstendig normalisering av hørselen. En del eldre gir opp bruken av høreapparat, fordi de ikke klarer å betjene det, fordi det er defekt, eller fordi de ikke synes det hjelper. De fleste gamle som har høreapparat har likevel glede av det.

##### *Hjertesvikt*

Om lag 10 prosent av gamle over 75 år har hjertesvikt. Akutt forverring av kronisk hjertesvikt er en meget vanlig årsak til akuttinnleggelse av gamle i sykehus. Vanligste bakenforliggende årsak er hjerteinfarkt, angina pectoris eller høyt blodtrykk. Hjertesvikt er vanskelig å diagnostisere, især hos eldre. Både

under- og overdiagnostikk må antas å forekomme. Prognosen er alvorlig; 50 prosent av pasientene med betydelig hjertesvikt er døde i løpet av ett år.

### *Parkinsonisme*

Parkinsonisme er et symptomkompleks bestående av skjelving, stivhet i kroppen og langsomme bevegelser. Dette kan skyldes Parkinsons sykdom eller andre forhold, ofte legemiddelbruk. Tilstanden er vanlig hos gamle, og jevnt fordelt mellom kjønnene, men diagnosen blir ofte ikke stilt. Dette er uheldig fordi tilstanden kan behandles effektivt med legemidler (ved Parkinsons sykdom) eller ved å endre eksisterende medikasjon (ved legemiddelindusert parkinsonisme).

### *Lavt blodtrykk ved oppreising (ortostatisk hypotensjon)*

Ortostatisk hypotensjon forekommer hos hver tredje til hver fjerde av alle over 65 år, likt for menn og kvinner. Tilstanden kan føre til besvimelser og fall, i verste fall med alvorlige skader til følge. Viktigste forebyggende tiltak er å unngå legemidler som senker blodtrykket, samt å gi råd om relevante forsiktighetsregler.

### *Lavt stoffskifte (hypothyreose)*

Hypothyreose er vanligere hos kvinner enn hos menn. Forekomsten øker med alderen, og økningen er sterkest hos kvinner. Hos kvinner over 70 år angis forekomsten til rundt 4 prosent. Hypothyreose hos gamle kan være umulig å skille fra «normale» aldersforandringer, og er ofte preget av lett mental svikt, depresjon og en viss generell funksjonssvikt. Behandling med hormonet thyroxin i tablettform kan ha god effekt. Det er derfor av stor betydning å stille diagnosen, hvilket rettfærdiggjør en liberal bruk av stoffskifteprøver hos eldre, især kvinner.

## **9.14.3 Demens**

*Demens er svikt i tankemessige funksjoner, emosjonell kontroll og funksjonsevne i forhold til dagliglivets aktiviteter. 50–60 prosent skyldes Alzheimers sykdom og 25 prosent forsnevring av hjernens blodårer. Hyppigheten øker med stigende alder. Siden det er flest kvinner blant de eldre, er dette en utpreget kvinnesykdom. Symptomer og alvorlighetsgrad kan variere sterkt. Demente personer trenger derfor et individuelt tilpasset omsorgstilbud. Mange vil trenge stor grad av offentlig omsorg og pleie. Samtidig representerer demens en belastning for kvinnelige pårørende.*

### *Forekomst*

Forekomsten av demens er omkring 1 prosent hos 60-åringene og øker jevnt til over 30 prosent hos 90-åringene. Forekomsten er noe høyere hos kvinner enn hos menn.

### *Forløp og behandling*

Gjennomsnittlig lever en Alzheimerpasient i 9–10 år etter at diagnosen er stilt (variasjon 2–20 år), mens pasienter med vaskulær demens oftest lever kortere. Av mannlige demenspasienter bor omtrent 80 prosent hjemme og 20

prosent i sykehjem, mens kvinnelige demenspasienter fordeler seg med 50 prosent på hvert sted. Ca. 70 prosent av permanente sykehjemsplasser er belagt av pasienter med demens. En liten andel av demenstilfellene skyldes underliggende sykdom (vitamin B12-mangel, lavt stoffskifte etc.). Her kan behandling ha en viss effekt på sykdommen. For demens som skyldes Alzheimer og forkalkning i blodårene, finnes ingen helbredende behandling. Men det finnes legemidler som kan redusere symptomene noe, blant annet bedre hukommelsen hos en del av pasientene i et begrenset tidsrom. Demens ledsages ofte av psykiatriske sykdommer, særlig depresjon. Mange demente får et bedre liv med målrettet behandling av disse symptomene. Symptomene kan variere svært i type og omfang, og demente trenger derfor differensierte og fleksible omsorgstilbud tilpasset den enkeltes behov. Men de fleste vil etter hvert utvikle seg til fullstendig pleietrengende. Det er viktig med spesiell oppmerksomhet mot dementes pårørende. De har ofte omsorgsoppgaver som er tunge både fysisk og emosjonelt. Dementes pårørende har høy forekomst av depresjon. Dette gjelder særlig kvinnelige omsorgsgivere.

### *Risikofaktorer*

For visse undergrupper av Alzheimers sykdom foreligger det en klar arvelig komponent. Hjerte-karsykdommer og diabetes er risikofaktorer for demens som skyldes forsnævring i hjernens blodårer.

### *Konklusjon*

Alle pasienter med mistanke om demens må tilbys en rask og kvalifisert diagnostisk utredning. Utbygging av et differensiert behandlingstilbud til demente er nødvendig, særlig i lys av de stadig flere eldre i vårt samfunn. Det er også viktig å utvikle spesifikke tiltak som kan være til hjelp for de pårørende. Blant annet er det nødvendig med bedre informasjon til pårørende om demens. Effekten av østrogenbehandling, vitamin E og betennelsesdempende legemidler som forebygging mot demens må undersøkes nærmere.

## **9.15 Kvinner og legemidler**

---

### **9.15.1 Kvinnens forbruk av legemidler**

*Kvinner og menn har ulikt forbruk av legemidler. Kvinner har et høyere forbruk enn menn av de fleste legemiddelgrupper. Dels skyldes dette biologiske forskjeller mellom kjønnene og forskjeller i sykkelighet som følge av dette. Men holdninger blant dem som søker helsevesenet spiller trolig også en rolle – holdninger til egne helseplager, til bruk av legemidler og til helsevesenet. Dessuten varierer trolig forskrivningspraksis blant leger både med deres eget og pasientens kjønn. Menn og kvinner tilhører på mange måter forskjellige helsekulturer, med forskjellige typer behov, forskjellige måter å formidle behovene sine på og kanskje også forskjellige preferanser for valg av løsninger. Det er helsevesenets utfordring å forholde seg til denne kjønnsspesifikke virkeligheten, og samtidig balansere dette opp mot begge kjønnsselvlagte krav til korrekt og likeverdig behandling.*



### *Normale livssituasjoner*

Det er et faktum at kvinner bruker mer legemidler, og til dels andre legemidler enn menn. I mye større grad enn menn bruker kvinner legemidler på grunn av helt normale livssituasjoner, et forbruk som til dels oppfordres fra helsevesenets og helsemyndighetenes side. Unge kvinner konfronteres med tablettbruk ved første menstruasjon for å lindre eventuelle plager. I en undersøkelse fra 1989 fant man at 30 prosent av alle kvinner hadde brukt legemidler mot menstruasjonsplager, hyppigst i alderen 15–19 år. Kvinner oppfordres til å bruke p-piller som prevensjonsmiddel, og 30 prosent av kvinner i aldersgruppen 15–45 år bruker denne typen prevensjon. I overgangsalderen begynner stadig flere med hormonbehandling med østrogen. Riktignok ligger Norge fortsatt lavt når det gjelder østrogenbruk i forhold til andre nordiske land, men siden 1990 har forbruket blitt firedoblet, og omtrent 45 prosent av kvinner i alderen 46–65 år bruker nå denne typen behandling. Våren 1998 ble det satt i gang en stor kampanje for å få kvinner som planlegger graviditet til å bruke folsyre for å hindre skader hos barnet.

### *Sykdom*

Men kvinner bruker også mer legemidler enn menn ved sykdom. Kvinner bruker 70 prosent av alle legemidler mot psykiske lidelser og smerter. Kvinner søker helsevesenet oftere for psykiske plager. Men andre faktorer kan også spille inn. En teori er at menn bruker alkohol i situasjoner der kvinner bruker legemidler mot angst og depresjon. 80 prosent av brukerne av de nye legemidlene mot depresjon (SSRI, «lykkepillen») er kvinner. Årsaken til dette legemidlets popularitet er trolig flere. Legemidlet har fått mye positiv medieomtale, og bivirkninger har hittil kanskje blitt undervurdert. Toleransen for ubehag og «normale» livsvansker har sannsynligvis blitt lavere i befolkningen som helhet, også blant kvinner. Samtidig er det klart at depresjon har vært en underdiagnostisert lidelse, kanskje særlig hos kvinner. SSRI-midlene har en mer gunstig bivirkningsprofil enn de tidligere brukte legemidlene mot depresjon. Men samtidig er det dyrere, og så lenge samfunnet finansierer dette via «blå resept», betyr den økte bruken av legemidlet en betydelig økning i samfunnets utgifter. Fra mange hold har det vært uttrykt bekymring for den økte bruken av SSRI-midlene. Argumentasjonen er dels faglig, dels økonomisk, og dels begrunnet i et verdisyn der legemiddelbruk representerer en mindreverdige løsning på livsproblemer som tidligere ikke ble gjenstand for behandling. Menn har høyere forbruk enn kvinner bare av magesårmedler, midler mot diabetes, midler som senker fettstoffene i blodet og de nye hjertemidlene, ifølge svensk statistikk. I Norge er det flest kvinner som bruker blodtrykksmedisiner – hele 23 prosent av befolkningen over 70 år. Selv om kvinner totalt sett bruker mer legemidler enn menn, blir ikke alltid kostnaden større. I en svensk undersøkelse fant man at i 80 prosent av tilfellene kostet legemidler til menn mye mer enn til kvinner.

### *Legens kjønn*

Kvinnelige leger har en tendens til å velge mer tradisjonelle og billigere behandlingsalternativer for enkelte typer behandling, for eksempel mot urinveisinfeksjoner og forhøyet blodtrykk. Dette er undersøkt i forsøkssituasjoner i Sverige, der legene presenteres for en standardisert sykehistorie. Det er desuten velkjent at pasientgruppene som søker til den enkelte lege er forskjell-

lige. Kvinnelige leger blir særlig foretrukket ved gynekologiske og psykiatriske problemer. Kanskje er presentasjonen av problemene også forskjellige avhengig av legens kjønn.

### *Konklusjon*

Bruk av legemidler er sterkt kjønnsforskjellig. Kunnskap om årsakene til dette er mangelfull. Samtidig har legemiddelbruk åpenbare konsekvenser, for samfunnsøkonomien og den enkelte kvinnes liv. Valg av legemidler som behandlingsalternativ, spesielt i forhold til enkelte lidelser, er verdiladet og kontroversielt i den medisinsk-farmasøytiske profesjon. I søken etter økt kunnskap bør kvinnenes egne valg av løsninger synliggjøres.

### **9.15.2 Effekt av legemidler – er det forskjell på kvinner og menn?**

*Kjønn kan ha betydning for legemiddeleffekt. Kjønnforskjeller i legemiddeleffekt må vurderes for å gi optimal behandling til både kvinner og menn. De fleste undersøkelser av legemidler er gjort blant menn. Spesifikk kunnskap om legemidlers virkning i kvinnekroppen savnes. Dette bør undersøkes både i den delen av kvinners liv hvor de er menstruerende, under svangerskap og etter overgangsalderen. Det må samtidig tas hensyn til alder, alkoholkonsum, røyking og bruk av p-piller. Fordi kvinner som oftest veier mindre enn menn vil de generelt få større dose per kg. Forekomst av bivirkninger er også antakelig forskjellig hos kvinner og menn.*

### *Kroppens omsetning av legemidler*

Kvinnens kroppssammensetning og en økt mengde fett i forhold til menn, har også betydning. Legemidler som løser seg i fett, for eksempel diazepam (Vival, Valium), vil i første omgang gi lavere konsentrasjon i blodet, men det vil bygge seg opp et lager i fettvevet som kan gi høyere konsentrasjoner senere. De fleste legemidler brytes ned i leveren. Menn har generelt en høyere nedbrytningshastighet enn kvinner. Kvinner kan få større virkning av noen legemidler. Utskillelse av legemidlet gjennom nyre, lever eller lunge kan også være forskjellig for de to kjønn. Slik kan strukturelle og funksjonelle forskjeller i kvinners og menns kropp gi opphav til forskjellig virkning av legemidler. Hos ammende kvinner vil en del legemidler kunne skilles ut i morsmelken.

### *Hormoner*

Kvinnens nivå av kjønnshormoner varierer gjennom menstruasjonssyklus. Dette kan virke inn på konsentrasjoner og effekter av enkelte legemidler, men ikke alle. Det finnes lite kunnskap på dette området. Forskning på legemidler har nesten utelukkende foregått på menn. Kvinner har man ansett som problematiske å forske på, nettopp på grunn av blant annet menstruasjonssyklusens hormonsvingninger. Samtidig bruk av p-piller kan påvirke effekt av legemidler, særlig ved å endre nedbrytningen i leveren. Et eksempel på dette er bruk av p-piller og anti-epileptika, hvor effekt av p-pillen nedsettes. Effekt av noen legemidler mot depresjoner kan øke.

### *Svangerskap*

Svangerskap er en helt spesiell periode i kvinners liv. Generelt er man tilbakeholdende med bruk av legemidler i denne perioden fordi man i mange tilfeller ikke har full oversikt over mulige skadevirkninger på fosteret. Men likevel bruker ca. 80 prosent av alle gravide ett eller flere legemidler i løpet av svangerskapet. Kvinnens nytte av legemidlet må vurderes mot mulige skadevirkninger på barnet. Noen sykdommer representerer større risiko for barnet enn hva legemidlet gjør. I visse tilfeller underdoseres legemidlet av frykt for å skade fosteret.

### *Overgangsalderen*

Det skjer mange endringer i kvinnekroppen ved overgangsalderen. Hvordan dette virker inn på omsetningen og virkningen av legemidler er lite kjent.

### *Bivirkninger*

Bivirkninger er enhver skadelig, utilsiktet eller uønsket effekt av et legemiddel gitt i normale doser. Enkelte bivirkninger er rapportert hyppigere hos kvinner enn menn, blant annet bivirkninger av legemidler brukt ved psykiske lidelser. Årsaker til dette kan være at kvinner får større dose/per kg av legemidlet, høyere forbruk av legemidler og/eller hyppigere rapportering av bivirkninger.

### *Konklusjon*

I USA er det krav om at legemiddeleffekt undersøkes hos kvinner i tillegg til hos menn før de kan godkjennes til bruk i befolkningen. Dette er et tiltak også norske myndigheter bør iverksette. Det bør også gjøre studier på individnivå om forekomst av bivirkninger blant kvinner og menn i ulike aldersgrupper.

### **9.15.3 Bruk av legemidler ved psykiske lidelser (psykofarmaka)**

*Dobbelt så mange kvinner som menn bruker legemidler mot psykiske lidelser. Det gjelder både sovemidler, beroligende midler og midler mot depresjon. Eldre kvinner utgjør den største brukergruppen. I Finland er kjønnsforskjellen mindre enn i de andre nordiske land, og på 90-tallet er forskjellen utvisket der. Langtidsbruk av beroligende legemidler (benzodiazepiner, Vival, Valium) er vanlig, særlig blant eldre kvinner, til tross for at det ikke er dokumentert effekt ut over 3–4 måneder. Disse legemidlene har et stort potensial for avhengighet.*

#### *Forbruk av antidepressive midler øker*

Forbruket av sovemidler var høyest i 1988–89, men er nå redusert. Salget i 1996 tilsvarte et daglig forbruk av sovemedisin hos 2,7 prosent av befolkningen. Salg av beroligende midler har hatt en jevn nedgang siden tidlig på 70-tallet. I 1996 svarte mengden til at 1,8 prosent av befolkningen brukte beroligende midler daglig. Forbruket av antidepressive midler har steget gradvis i 30 år, men har hatt en kraftig økning siden 1992. Mengden brukt i 1996 lå litt i overkant av sovemedisinbruken samme år, og dette var en 250 prosent økning fra 1992. Dette skyldes den nye typen antidepressive legemidler (SSRI, selektive serotoninopptaks-hemmere, misvisende kalt «lykkepillen»), som nå

utgjør to tredeler av forbruket. Seroxat, det mest solgte av disse midlene, var det mest solgte legemidlet totalt i Norge i 1996 og solgte for 300 millioner kroner. Legemidler mot psykoser (sinnsykdom) ligger stabilt, og mengden tilsvarer at under 1 prosent kan bruke legemidlet.

#### *Geografiske forskjeller*

Det er store forskjeller fylkene imellom i legemiddelbruk mot psykiske lidelser. Finnmark ligger på laveste nivå, mens Østfold og agderfylkene ligger høyest. Eldre mennesker bruker mer av slike legemidler enn yngre. Noe av fylkesforskjellene skyldes derfor forskjeller i alderssammensetning mellom fylkene. Men det er antagelig også forskjeller i behandlingstradisjoner og holdninger i befolkningen til bruk av legemidler. Sammenliknet med andre nordiske land har Norge et lavt forbruk av disse legemidlene.

#### *Hva mangler av kunnskap?*

Kjønns spesifikke forskjeller i effekt bør undersøkes før lansering av et nytt legemiddel. Det er også nødvendig med bedret registrering av effekter og bivirkninger etter at legemidlet er kommet i bruk. I Norge er det i dag ingen slik systematisk registrering av legemiddeleffekt. I Sosial- og helsedepartementet arbeides det med å lage en nasjonal reseptbasert legemiddeldatabase. Et slikt register bør snart opprettes, og det bør avsettes ressurser til å bearbeide informasjon fra dette registeret. Dette vil være et framskritt for å få bedre alders- og kjønns spesifikke informasjon om legemidler i dette landet.

#### **9.15.4 Bruk av smertestillende midler**

Kvinner bruker mer smertestillende legemidler enn menn, både når det gjelder svake (paracet, acetylsalicylsyre, ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID), fenazon) og sterke (morfinliknende) legemidler. I en norsk undersøkelse fra 1995 svarte nesten 37 prosent av kvinner i alderen 20–79 år at de hadde brukt reseptfrie (svake) midler de siste 14 dagene, mot 20 prosent av mennene. Det var flest brukere blant de unge, og antall kvinnelige brukere i forhold til mannlige økte med alderen. For de reseptpliktige legemidlene var bruken høyest hos de eldre. Vel 13 prosent av kvinner mellom 20–79 år og 7,7 prosent av mennene hadde brukt disse legemidlene de siste 14 dagene. Kjønnsforskjellen i bruk av smertestillende legemidler skyldtes bare delvis bruk på grunn av menstruasjonssplager.

#### **9.15.5 Østrogenbehandling etter overgangsalderen**

*Østrogenbehandling etter overgangsalderen (hormonbehandling) brukes for å erstatte kroppens eget østrogen når nivåene synker naturlig ved overgangsalder. Hormonbehandling kan brukes for å lindre plager knyttet til denne perioden. Da er behandlingstiden kort, fra noen måneder opp til fem år. Plagene lindres effektivt. Som sykdomsforebyggende behandling må hormonbehandling brukes i flere år for å ha effekt. Resultatene har vært lovende. Undersøkelser har vist 20–50 prosent reduksjon i dødelighet, opp til 3 1/2 års økt levetid og opp til 50 prosent reduksjon i risiko for hjertesykdom og osteoporotiske brudd. Men dårlig kvalitet på mange undersøkelser har ført til ambivalens til østrogenbruk både blant kvinner og leger.*

### *Helseeffekten av hormonbehandling med østrogen*

Det er funnet gunstige helseeffekter av langtids hormonbehandling. Det er en liten økning i risiko for brystkreft og kanskje også for blodpropp i venene. Problemet med undersøkelsene som er gjort er imidlertid at man ikke kan utelukke at forskjellene man finner, skyldes at de kvinnene som bruker hormonbehandling skiller seg fra ikke-brukere på vesentlige punkter. Vi mangler en stor *eksperimentell* studie som kan vise østrogens betydning for hjerteinfarkt, lårhalsbrudd osv. Økt risiko for brystkreft og verdspørsmål knyttet til bruk av østrogen, er trolig årsaken til den ambivalens vi finner i befolkningen generelt og blant leger.

### *Variasjon i bruk av østrogen*

Tall for bruk av hormonbehandling varierer fra 3 prosent i Italia til 47 prosent i USA. I 1981 oppga 9 prosent av Oslokvinner (45–55 år) at de brukte østrogen. Tall fra fylkesundersøkelsene (Oppland, Sogn og Fjordane, Finnmark) i perioden 1985–88 viste at 4 prosent i samme aldersgruppe brukte østrogen. Undersøkelser av representative utvalg av den norske befolkning viste at bruken i den mest aktuelle aldersgruppen (45–59 år) økte fra 20,8 prosent i 1994 til 22,8 prosent i 1998. Andelen var høyest på Østlandet og lavest i Trøndelag/Nord-Norge. Mens det i de fleste andre land er kvinner med lang utdanning som i størst grad bruker østrogen, var det ingen forskjell i bruk mellom utdanningsgruppene i de norske undersøkelsene. Det er mange årsaker til de variasjoner i østrogenbruk vi ser landene imellom. Det kan skyldes kulturelle forskjeller i oppfatningen av overgangsalderen og dens plager, ulik tradisjon når det gjelder bruk av p-piller, ulik forskrivningspraksis hos gynekolog eller primærlege, og forskjellige holdninger i legestanden og blant kvinnene selv.

### *Norske kvinner ambivalente*

Flere undersøkelser har vist at kvinnene selv ønsker mer informasjon om østrogen. Nesten 70 prosent av kvinnene i en norsk undersøkelse fra 1994 mente at vitenskapen vet for lite, og vel 50 prosent sa seg helt eller delvis enig i at hormonbehandling har mange bivirkninger. På den annen side mente nesten 65 prosent av kvinnene at hormonbehandling øker livskvaliteten. Nær 75 prosent av kvinnene sa seg villige til å bruke hormonbehandling mot plager i overgangsalderen, mens en noe lavere andel var villige til å bruke østrogen for å forebygge hjerteinfarkt (68,1 prosent) og benskjørhet (65,0 prosent) etter anbefaling fra lege. De som hadde fått informasjon fra lege hadde i større grad korrekt kunnskap, positive holdninger og var mer villige til å bruke østrogen. Men det er også stor variasjon i legers holdninger til bruk av hormonbehandling. Det er den enkelte kvinne selv som må avgjøre om hun ønsker å bruke hormonbehandling eller ikke. Utfordringen for leger er å gi så korrekt og nøktern informasjon som mulig og la sine egne holdninger farge informasjonen i minst mulig grad.

## Kapittel 10

**Tilgang på og møter med helsetjenester****10.1 Innledning**

---

De fleste kvinner vil ha erfart å gå til lege med en klar og udramatisk «bestilling» eller forventning, det kan være prevensjonsråd, fornyelse av en resept, sykemelding fordi feberen sitter i kroppen på fjerde døgnet, eller mistanke om bruddskade etter fall på isen. Mange har også vært hos fysioterapeut en eller annen gang i løpet av livet, vært innlagt på sykehus, og enten som barn eller som mor vært i kontakt med helsestasjonen.

Men andre ganger kommer pasienten til møtet med en beretning om plager hun ikke finner ut av, ikke finner seg i å ha lenger, som ødelegger arbeidsevnen, som gir undring eller bekymring. Pasienter forteller sin historie – legen lytter etter det som kan skrives om til «sykehistorien». I selve møtet foregår med andre ord en fortolkningsprosess – ofte fulgt av fysisk undersøkelse og prøvetaking for å få objektive manifestasjoner av det fortalte – med det formål å gi plagene et navn og en (be)handlingsanvisning – en diagnose. Noen ganger er diagnosen enkel å stille, andre ganger trengs mange møter hos mange leger. Iblant blir feil diagnose stilt, iblant ingen – og heller ingen hjelp.

Møtene med leger har både et klinisk (medisinsk) og et menneskelig aspekt, Ofte går disse over i hverandre, men ikke alltid. «Dyktige bøller» og «hyggelige, men udugelige leger» finnes.

---

Utgiftene til helsetjenesten i Norge utgjør om lag 8 prosent av brutto nasjonalprodukt, og det utgjør om lag 80 milliarder kroner per år (trygdeutgifter ikke medtatt). Av dette går i overkant av 20 milliarder til sykehussektoren, og om lag 30 milliarder til pleie og omsorgstjenestene i kommunene.

---

Helsetjenestens oppgave er å ta hånd om befolkningens helse- og sykdomsproblemer. Vi gir i kapittel 9 en framstilling av systematiske kjønnsforskjeller i levetid, sykkelighet, forekomst og forløp av sykdommer. For spørsmål i tilknytning til kjønnsforskjeller i behandling av spesifikke sykdommer og lidelser henvises dit. Til en viss grad er det der også beskrevet hva som er anbefalt behandling, og tilgang til aktuelle behandlingsformer er vurdert.

Kvinnens helsetjenestebruk, interaksjon med helsepersonell og tilgang på og resultater av behandling må vurderes – og kan langt på vei forklares – i lys av helse- og sykdomsforholdene. En rekke kjønnskjevheter er påvist som resultat av lik behandling i den internasjonale litteraturen. Fra Norge finnes noen eksempler, blant annet Emblem og Stray Pedersens (1998) undersøkelse av resultatene etter fjerning av endetarm. Kvinnene fikk andre og flere plager etter operasjonen enn menn, og plagene kunne vært unngått dersom operasjonsteknikken hadde vært bedre tilpasset kvinnens anatomi. Grå stæroperasjoner hos kvinner har gitt flere komplikasjoner som kan skyldes

kvinnens kortere øyne. Liv Storstein (1994) har vist at kvinner fikk flere komplikasjoner enn menn av legemidler mot blodpropp. En sentral forutsetning for god behandling er derfor å utvikle og integrere kjønns spesifikk kunnskap.

Men også andre strukturelle forhold virker inn på bruk av helsetjenesten: De livssammenhenger og sosiale og materielle levekår som påvirker kvinnens helsetilstand, slik dette er beskrevet i kapitlene 5 og 6, virker også inn på helsetjenestebruk, tilgjengelighet til spesifikke behandlingsformer, samhandling med helsepersonell – og på behandlingsresultatene. Endelig kan helsetjenestebruk forstås ut fra tjenestenes tilbud og organisering, og de forståelsesmåtene og kommunikasjonsmønstrene som finnes der.

### 10.1.1 Helsetjenestebruk – både tilbud og etterspørsel

Mange av kontaktene mellom befolkningen og helsetjenesten skjer fordi leger er døråpnere til noen rettigheter – uten at det nødvendigvis er egentlig legeråd som etterspørres (som sykemelding ved ikke-behandlingstrengende influensa). Helsetjenesten er også i økende grad mottaker av et stort spekter av befolkningens eksistensielle problemer. Men kontakt kommer også i stand på helsetjenestens initiativ og invitasjon til friske mennesker i forebyggende øyemed. Sterke normative føringer formidles overfor kvinner i forbindelse med svangerskap, prevensjon og rutinekontroller for livmorhalskreft (celleprøver) og brystundersøkelser. Kvinner oppfordres til å bruke helsetjenesten, og kvinnene kommer. Det er mulig at mange kvinner gjennom dette blir bedre kjent med helsetjenesten enn hva menn gjør. Forholdet mellom behov for helsehjelp, etterspørsel, tilbud og kontakter med helsetjenesten er altså ikke entydig eller enkelt. Det er ikke nødvendigvis slik at «etterspørsel» er behovsstyrt ut fra grad av sykdom/helsetilstand, eller for den del fører til kontakt. Det er mange og ulike grunner til kontakt.

På den annen side blir de pasienter som tas inn og behandlet silt og selektert, blant annet på grunnlag av helsepolitiske prioriteringer, faglig skjønn, kompetanse og behandlingsskapitet. Seleksjon og prioritering skjer i alle deler av helsetjenesten, men er sterkere jo mer spesialiserte tjenester det dreier seg om. Det er altså i betydelig grad helsepersonell som regulerer forbruket av tjenester. Primærleger skriver rekvisisjoner til spesialister, fysioterapeuter m.v., bestiller time til røntgenundersøkelse, søker om innleggelse i sykehus for utredning og behandling, og om opphold på alders- og sykehjem. Høyspesialiserte tjenester vil i større grad være tilbudsstyrt enn primærhelsetjenester – hvor den enkelte pasients artikulering av behov har større sjanse for å gi tilgang og sette premisser for tilbudet som gis.

Helsetjenesten kan med andre ord beskrives ut fra dens egen oppbygging, hva den tilbyr – men også ut fra brukerens behov, initiativ til kontakt og bevegelser gjennom systemet.

### 10.1.2 Forutsetninger i tilbudet

#### 10.1.2.1 Et spesialisert organisasjonskart

«Organisasjonskartet» for helsetjenesten, med allmennhelsetjenester og en sterkt spesialisert annenlinje og sykehusstruktur, kan minne om et kart for produksjonsbedrifter. Det fins retningslinjer og prosedyrer for hvordan prosessene gjennom systemet skal skje – i form av henvisninger, journaler og epikriser. Men for mange av pasientene kan prosessen bli langt mindre strømlinjeformet enn forventet. Helsevesenet arbeider etter de samme skillelinjene

som medisinen – der kroppen er dekonstruert til organer og deres delfunksjoner. Vi har avdelinger for øre-nese-hals, og for hjerte- og karsykdommer. Vi har avdelinger som reparerer syke kroppar med kniv og tråd (kirurgi) og avdelinger som reparerer med medisiner. Vi har tradisjonelt hatt egne kvinneklinikker, men de har, til tross for navnet, ikke beskjeftiget seg med syke kvinner, men bare med fødselshjelp. Selv omsorg etter fødsel gis et annet sted. Kropp og sjel behandles ofte atskilt, ved at psykiatrien er tatt ut av den generelle medisinen, og det er laget egne strukturer for dem som lider av psykiske sykdommer. Resultatet er at helsevesenet er funksjonelt for noen tilstander, mindre for andre, og aller minst for menneske med alvorlege og sammensatte plager.

Disse systemene er så vel innarbeidede at de fleste aksepterer at det «må vel være slik». Likevel er det mange som ser at denne formen for organisering ikke klarer å fange opp og behandle pasientene som heile menneske – ikke engang som heile kropp. Den enkelte spesialavdeling ser pasientene sine som ferdigbehandlet når det ikke er mer de kan gjøre. Dersom et brukket ben er naglet, er pasienten utskrivbar fra ortopedisk avdeling, selv om hun enda ikke klarer å gå særleg bra. Derfor er det mange syke menneske som utskrives til sykehus, eller som ikke har noen klar plass i systemet. Jo mer ubestemt og omfattende en sykdom er, jo flere samsykdommer, desto vanskeligere er det å finne riktig plass for pasienten. Pasienter kan bli kasteballer mellom avdelinger, poliklinikk og primærlege. Ventetider på epikriser, prøvesvar og ny innleggelse kan bli lang. I prinsippet er det derfor allmenmedisinen som skal ha det helhetlege grepet, og som skal kanalisere pasienten via de rette kanaler. Selv om han eller hun skal forholde seg til «heile pasienten» viser nyere forskning at det bare er et fåtall som virkelig kjenner pasientens sosiale kontekst.

Det er også geografiske variasjoner når det gjelder innhold i behandling og tilgjengelighet til ulike behandlingstilbud. Det gjelder både høyt teknologiske og lavteknologiske behandlingsformer og er ofte et spørsmål om hvordan kompetanse er fordelt og tjenestene organisert. Operasjoner for inkontinens og sterilisering er noen eksempler på tilstander der det er store regionale forskjeller og lang ventetid. Noen regioner har gode tilbud for den typen sykdommer og plager kvinner ofte har, andre steder er tilbudene best utviklet overfor helseplager som oftere rammer menn. Derfor vil også kjønnsforskjeller kunne variere geografisk.

Kjønnsforskjeller når det gjelder tilgang til ulike behandlingsformer, for eksempel strålebehandling og visse former for avansert behandling er i liten grad undersøkt i Norge. Det har heller ikke vært anledning til å undersøke disse forholdene spesielt innenfor rammen av denne utredningen. Internasjonale studier gir imidlertid grunn til å reise en rekke spørsmål, og etterlyse slik kunnskap også om norske forhold.

### **10.1.2.2 Kjønnsstrukturen blant ansatte i helsevesenet**

De fleste som arbeider med klienter i helsesektoren er kvinner utdannet i sykepleie, hjelpepleie og vernepleie. Kjønnsfordelingen er litt jevnere innen fysioterapi, farmasi, laboratoriefag og psykologi, og i de spesialiserte etterutdanningene. At det er et stort antall kvinner innenfor en profesjon, behøver ikke uten videre bety at det er anlagt et kjønnsperspektiv i utdannelsen. Selv om det er en rekke ulike faggrupper og profesjonsutøvere som har sitt arbeid i helsesektoren, er det likevel i medisinstudiet og på de medisinske



fakultetene mange av de faglige premissene for virksomheten legges. Det er et mindretall menn som søker seg til sykepleieryrket, og pleie og behandlingssektoren er feminisert. Dette betyr ikke at kvinner uten videre kommer inn i makt- og beslutningsposisjoner, der sitter det fremdeles flest menn. Dette kan være en av forklaringene på at meget få av utdanningsinstitusjonene har noen eksplisitt likestillingspolitikk, strategi for forskning i et kjønnsperspektiv, eller undervisning om kjønn og helse. De fagplanene som har et kjønnsperspektiv innebygget, har det på grunn av ildsjeler som har tatt fatt på dette i kraft av at de har hatt interesse for det, ikke fordi det er en eksplisitt del av stillingsinstruks eller fagplan.

Den skjeve kjønnsfordelingen bidrar til at menn står for de viktigste beslutningene i helsevesenet. Disse beslutningene kan dreie seg om alt fra rammene for virksomhetens budsjett, tilbud om prosjektilknytning, lederopplæring eller anbefalinger om terapivalg. Det betyr også at det er vanskelig for kvinnelige fagpersoner å komme inn i beslutningsprosessene med sine premisser. En del av profesjonskampen mellom sykepleiere og leger kan også sees som konflikter der kjønn spiller en stor rolle. Kvinner og menn fordeler seg også ulikt mellom offentlig og privat helsevesen. Kvinnene dominerer i offentlig sektor, der lønnen er lavere. Der kan de også få lederstillinger. I privat sektor er det nesten bare menn i lederposisjoner. Dette kan på sikt bety at vi får et høystatus og et lavstatus helsevesen som også er kjønnsdelt.

Fagstrukturen i helsevesenet er delt mellom kvinner og menn, slik at det tradisjonelt har vært flest mannlige leger, og flest kvinnelige sykepleiere. For en del av de andre behandlings-, støtte- og pleiefunksjonene i helsevesenet er også arbeidet preget av at det er kvinner som er sekretærer, arbeider som hjelpepleiere, vaskehjelper og bioingeniører, mens menn ofte er medisinske ingeniører, teknikere, portører, ambulansesjåfører, administrative ledere og direktører.

---

### Hvor mange kvinner har makt?

På Statens Institutt for Folkehelse er toppsjefen mann, og det er kun en kvinnelig avdelingsleder, og ingen kvinnelige seksjonsledere. I Statens helsetilsyn er toppsjefen kvinne, 7 av 11 fagsjefer er kvinner, og 3 av 6 avdelingsdirektører er kvinner. I fylkeslegeetaten er 5 av 19 fylkesleger kvinner, og 11 av 35 assisterende fylkesleger likeså. Man har noen kvinnelige sykehusdirektører, og noen flere kvinnelige kommunehelsesjefer. I Sosial- og helsedepartementet er en av sju ekspedisjonssjefer kvinner. Der man har kvinnelige sjefer, i Helsetilsynet og Kreftregisteret, ser man at institusjonene faktisk prioriterer kvinnehelse spørsmål høyt. Helsetilsynet har en egen satsning på kvinnehelse, og Kreftregisteret organiserer store kvinnehelseundersøkelser (screening) for livmorhals- og brystkreft.

---

I og med at ledelse i helsevesenet ofte har vært lagt til stillingskategorien lege, har lederens kjønn – mann – kommet automatisk. Kampen om å få delt ledelse på sykehus, mellom leger og sykepleiere, kan også sees ut fra en kjønnssynsvinkel. De viktigste beslutninger i helsevesenet tas i institusjonene, i budsjett- og prioriteringsdiskusjoner, i fagmiljøer og i kommunene. I stillinger med makt og innflytelse i helsevesenet sitter det flest menn. Det er mange flere mannlige enn kvinnelige leger som er ledere. Mannlige ledere

har ofte doktorgrad og spesialistkompetanse, det vil si at de har faglig spisskompetanse som en viktig forutsetning for lederskapet. Det kan være grunn til å tro at mannlige ledere fattet andre typer beslutninger og gjør andre prioriteringer enn kvinner ville gjort. Mangelen på kvinner i ledende stillinger i institusjoner med stor innflytelse på beslutninger om hva helsevesenet skal drive med eller prioritere, kan være en faktor å forklare på hvorfor det er så vanskelig å finne noe gjennomgripende kjønnsperspektiv i helsevesenet.

Flest menn sitter i posisjoner der det skal besluttes hva som er viktig kunnskap. Der hvor kvinner tas med i beslutningene, kan dette ofte være kvinner som har «seiret» i den maskuline karrieremodellen, og som er lite opptatte av å bringe inn et kjønnsperspektiv. Den etablerte karrieremodellen har stor betydning for opplæring av nye kandidater i helsefagene, og i valg av forskningsfelt og problemstillinger innen akademisk medisin.

### **10.1.2.3 Karriereveier for menn og kvinner i medisinen**

På alle de medisinske fakultetene har andelen kvinnelige søkere og opptatte studenter økt dramatisk. I framtiden kan man regne med at halvparten av de nyutdannede legene vil være kvinner. Det er derfor av betydning å se hvordan kvinner og menn innenfor medisinske fag velger spesialitet, kommer i beslutningsposisjoner, blir ledere eller bringer kvinne- eller kjønnsperspektivet inn i faget sitt.

Det er få kvinnelige medisinere sammenlignet med menn som oppnår lederposisjoner, og mannlige sykepleiere blir oftere ledere til tross for sitt kvantitative mindretall. Slik sett har man fått et kjønnsdelt hierarki i helsevesenet, der menn er ledere og kvinner utfører det daglige arbeidet. Både menn og kvinner preges av at ledere oftest er menn, og det er skjulte og åpne mekanismer som hindrer kvinner som vil bli ledere å oppnå slike verv. For kvinnelige leger er det lettere å bli ledere i offentlig primærhelsetjeneste, fordi kravene til kvalifikasjoner her er mer formalstyrt (ansiennitet og utdanning) enn i det private helsevesenet. Vanskeligst er det å bli leder på universitetsnivå (se ramme).

Kvinner og menn i medisinen velger dessuten ulike spesialiteter. Kvinner er å finne i barnepsykiatri (53 prosent), i gynekologi (29 prosent), i pediatri (21 prosent), i allmennmedisin (20 prosent) og til dels i psykiatri, radiologi og patologi. Det er få kvinner i kirurgi (4 prosent), i øre-nese-hals spesialiteten (5 prosent) og i hjertesykdommer (6 prosent). Det er en viss tendens til utjevning med økende andel kvinnelige leger, og det er nå (1998) kvinner i flere spesialiteter enn for noen tiår tilbake, da det var mange spesialområder som overhodet ikke hadde kvinner i noen av sine stillinger. Det kan være mange forklaringer på dette mønsteret; både at visse spesialiteter er vanskelige å kombinere med familieliv, og at noen miljøer er så mannsdominerte at de virker ekskluderende på kvinner. Noen mener også at menn foretrekker tekniske tilnærminger mens kvinner er mer opptatt av omsorgsverdier, også i medisinen. Endringene kommer, men sakte. Det er vanskelig for unge kvinner å velge utradisjonelt dersom det ikke finnes gode rollemodeller. Enkelte fag vil trolig av den grunn mangle kjønnsperspektiver i lang tid framover.

---

Av fast akademisk personale i overordnet stilling (amanuensis og professor) er det både i Tromsø, Bergen, Trondheim og Oslo en meget stor overvekt av menn. Vi viser her en tabell over hvor stor andel av seniorenene på de medisinske fakultetene (vi har også tatt med de odontologiske og idrettsfaglige fakultetene i fagområdet medisin) ved de fire universitetene som er kvinner (NIFU 1998)

**Tabell 10.1: Andel kvinner blant professorer og førsteamanuenser ved de medisinske fakultetene 1997.**

|                   | Oslo   | Bergen | Trondheim | Tromsø |
|-------------------|--------|--------|-----------|--------|
| Professor 1       |        |        |           |        |
| Antall            | 26/180 | 13/100 | 1(2)/32   | 4/47   |
| Prosent           | 14     | 13     | 3(6)      | 9      |
| Første-amanuensis |        |        |           |        |
| Antall            | 27/58  | 13/63  | 9/26      | 15/36  |
| Prosent           | 46     | 20     | 35        | 42     |

Kilde: NIFU

Det medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo har i flere år finansiert en deltidsstilling (professor 2) i medisinsk kvinneforskning. Professoratet har vært knyttet til Senter for kvinneforskning

De fleste kvinnene har stillinger som førsteamanuensis i odontologi eller samfunnsmedisin. I basalmedisin og klinisk medisin, og på professornivå er kvinneandelen lavere. Det er litt mer kjønnslikhet i farmasi, der 2 av 5 professor I er kvinner. Blant stipendiatene, som er de akademisk ansatte som er lavest på rangstigen, er det tilnærmet like mange kvinner som menn. Det er uttrykt stor bekymring omkring rekrutteringen til akademisk medisin i framtiden. Foreløpig er det ikke mye som tyder på at dette er en oppnåelig karrierevei for det store antallet kvinnelige medisinerstudenter. Mange kvinner faller av en akademisk karriere etter oppnådd doktorgrad.

### 10.1.3 Etterspørsel og kommunikasjon – mulige kjønnsforskjeller

Ved siden av å forstå helsetjenesten ut fra medisinske kategorier og skjemaer (sykdommer og behandlingsmåter) og ut fra tjenestenes oppbygging, kan vi også reise spørsmål om hva kjønn betyr ut fra brukerens perspektiv, og hennes gang gjennom de ulike leddene i behandlingsskjeden. Brukerens kjønn kan tenkes å ha betydning for:

- Hvordan kvinner og menn oppfatter og tolker kroppens signaler. I avsnittet om arbeidshelse (5.3) så vi at ved like målinger for forhøyet stressnivå, oppfattet mennene seg selv som sinte, mens kvinnene oppga at de var lei seg.
- Hvordan kvinner og menn vurderer behovet for å oppsøke helsetjenester. Dette kan for eksempel preges av hvordan symptomer og plager forstyrrer de forpliktelsene en har – som jo er systematisk forskjellige for menn og kvinner (med hensyn til omsorgsforpliktelser, tungt arbeid, deltidsarbeid). Vurderingen av om en trenger å oppsøke helsevesenet kan også preges av hvilke forventninger en har til å føle seg vel eller være frisk og

- sterk, og av at kvinner synes å være mer opptatte av egen kropp, helse og velvære.
- Hvordan en presenterer problemer og behov når en oppsøker helsetjenesten. Det er vist store systematiske ulikheter i måten kvinner og menn kommuniserer på, og kvinner har en tendens til å ta større ansvar for den andres følelser og «den gode stemningen». Kanskje har kvinner større barrierer mot å belemre legen eller andre med sine plager, eller formulere tydelige behov.
  - Hvordan en blir fortolket, utredet, diagnostisert, viderehenvist, behandlet eller gitt råd og veiledning. Det er vist på en rekke områder at den andre personens kjønn har betydning for hvilke egenskaper vi tillegger vedkommende, og hvordan vi tolker det han eller hun sier (se også 3.1.2.3). Slike mønstre kan også gjenfinnes i helsevesenet.

For en rekke av disse punktene vil også helsepersonellens kjønn ha betydning. Alle momenter knyttet til hvordan problemer presenteres og fortolkes vil få større betydning når pasienten oppsøker helsevesenet med plager som ikke passer greit inn i det medisinske skjemaet; for eksempel sammensatte, ubestemte eller psykiske plager.

Kunnskapen om de spørsmålene som er reist ovenfor, er mangelfull. Det finnes internasjonale studier som bekrefter at det er på sin plass å stille slike spørsmål, men dokumentasjon for norske forhold er ytterst sparsom. Momentene drøftes noe nærmere under avsnitt 10.3.7.

#### 10.1.4 Data

Det er altså mange faktorer som påvirker bruken av helsetjenester: tilbudsstyring og initiativ til friske mennesker, fysisk tilgjengelighet til tjenestene, kunnskap om tjenestene, pasientenes holdninger, legenes diagnostiserings- og henvisningspraksis. Statistikkene gjenspeiler summen av effektene av alle disse faktorene.

Det finnes mye statistikk om innskrivninger og utskrivninger til og fra sykehus, fordelt på diagnose. Det finnes også tall for omfang av helsetjenestekontakt hos ulike grupper av befolkningen. Noe blir rapportert rutinemessig for begge kjønn, annet ikke. Kompleksiteten i prosessene i helsetjenesten fanges ikke opp av denne statistikken. Det trengs først og fremst mer kunnskap om helsetjenestebehov og helsetjenestetilbud i forløpet av kroniske sykdommer, dessuten om gangen gjennom helsetjenesten – og endelig om behandlingsresultater – basert på longitudinelle individdata.

Fra befolkningsundersøkelser og praksisundersøkelser har vi tall for allmennlegekontakter. Disse tallene muliggjør sammenlikning mellom kvinner og menn i ulike aldersgrupper. De viser først og fremst at kvinneinnslaget hos allmennlegene er stort, særlig i aldersgruppen mellom 16 og 66 år. Vi har dårlig grunnlag for å beskrive andre kjennetegn ved brukerne. Grunnene og hensiktene til kvinner som oppsøker lege er ofte dårlig beskrevet ved de diagnosene som registreres. De som ikke kommer, finnes det også lite kunnskap om. Om oppsøking av annet helsepersonell enn legene er opplysningene sparsomme.

Både utvalgsundersøkelser og kvalitative studier kaster lys over ulike sider ved kvinnens forhold til leger, mens det for andre personellgrupper finnes knapt med kunnskap (se også 10.3.1). De konfliktfylte møtene har vært omfattet med interesse fra forskerhold. Internasjonalt finnes det flere studier

både om kjønnsforskjeller i kommunikasjon mellom pasient og lege, og om behandling og henvisningspraksis. Vi trenger flere studier i Norge om slike forhold.

### 10.1.5 Framstillingen videre

To trekk framstår særlig tydelig i beskrivelser av kvinners helsetjenestebruk. For det første har kvinner mer kontakt med helsevesenet enn menn. For det andre beskrives ofte kvinners møter med helsevesenet som problematiske, konfliktfylte eller lite konstruktive. I neste seksjon vil vi derfor presentere en kvantitativ beskrivelse av kvinners kontaktflate med helsetjenestens ulike deler, sammenliknet med menns (10.2). Dernest beskriver vi ulike aspekter ved kvinners «problem- eller konfliktfylte møter» (10.3). Avslutningsvis skisserer og drøfter vi noen eksempler på og kriterier for hva som er gode tilbud og møter for kvinner (10.4). Deler av framstillingen bygger på Mia Vasø's rapport «Kvinnens møte med helsetjenesten. En kunnskapsoversikt» (Vabø 1998).

## 10.2 Kvinners kontaktflate til helsetjenesten – sammenliknet med menns

---

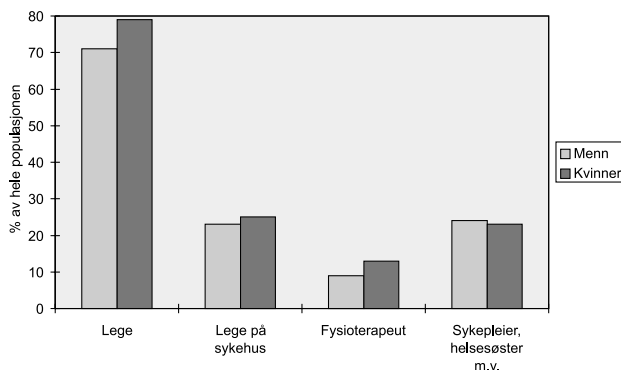
«Helsetjenester» omfatter både offentlige – kommunale, fylkeskommunale og statlige – og private helsetjenester utført av offentlig godkjent personell. Av helsetjenestens ulike funksjoner vil hovedfokus i dette kapitlet rettes mot de offentlige kurative (behandlende) tjenestene i regi av primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og sykehusene. I tillegg vil det bli presentert en diskusjon av masseundersøkelser (screening).

Rehabiliterings-, pleie- og omsorgstjenester vil bli omtalt, mens de forebyggende tjenestene i kommunene, som for eksempel helsestasjoner, skolehelsetjeneste og miljørettet helsevern ikke blir tatt opp. En rekke forebyggingsstiltak drøftes imidlertid i andre deler av utredningen (for eksempel vedrørende utdanning og arbeidsliv i kapittel 5, omsorgsarbeid, likestilling, helseatferd og vold i kapittel 6). Når det gjelder svangerskapsomsorg og jordmørtjenester, som er blant kjerneoppgavene for kommunal helsestasjonsvirksomhet, vil vi henvise til avsnittet om kvinners reproduktive helse i kapittel 8. At fokuset er rettet mot de kurative helsetjenestene, er også fordi vi her har det største kunnskapstilfanget – både kvantitative oversikter som gjør det mulig å sammenlikne kvinner og menns kontaktmønster, og studier av innholdet i kvinners møter.

### 10.2.1 Kommunale helsetjenester

#### 10.2.1.1 Allmennlegetjenester

Det er kommuneleger, allmennleger i kommunehelsetjenesten med driftstilskudd og privatpraktiserende allmennleger uten kommunalt driftstilskudd som i hovedsak utfører allmennlegetjenester. En ny organisering av denne tjenesten vil bli introdusert med fastlegeordningen fra 1. januar år 2000. Dette er den delen av helsetjenesten som har bredest kontaktflate til befolkningen, som det fremgår av figur 10.1. I Helseundersøkelsen 1995 oppgir nesten 77 prosent av alle kvinnene at de har vært hos allmennlege i løpet av siste 12 måneder, og 70 prosent av mennene.



Figur 10.1 Kontakthypighet og fordeling på tjenestetyper

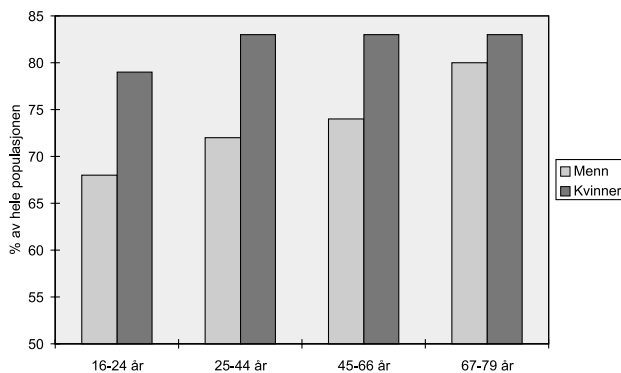
Kilde: SSB/Helseundersøkelsen 1995

Dette bildet; at kvinner er hos allmennleger hyppigere enn menn, understøttes av praksisregistreringer og mindre utvalgsundersøkelser, som gir tall for gjennomsnittlig antall kontakter med allmennleger per år. Resultatene varierer noe fra undersøkelse til undersøkelse, men undersøkelsene tyder grovt sett på at kvinner i gjennomsnitt har to-tre legekontakter i året, mens menn har mellom en og to. Dette mønsteret finner man også med visse variasjoner i de andre skandinaviske land, og det er rapportert i internasjonal litteratur for øvrig. Den tettere tilknytningen mellom allmennlegetjenesten og kvinnene i Norge framgår også av oversikter over hvor mange som har en «fast» allmennlege eller et «fast» allmennlegesenter de er knyttet til. I Helseundersøkelsen 1995 oppga hele 87 prosent av kvinnene at de hadde en slik fast tilknytning, mot 78 prosent av mennene. Dette har endret seg lite siden den forrige Helseundersøkelsen i 1985. Også flere kvinner enn menn har såkalt «frikort».

Kontakthypigheten varierer imidlertid betydelig blant kvinner og menn innbyrdes. Mens det store flertall kvinner har tre eller færre kontakter per år, er det en mindre del av den kvinnelige befolkningen, mellom 5 og 8 prosent, som har flere enn 11 legebesøk per år. Det er også vist at kvinner har flere gjenbesøk (flere konsultasjoner i forbindelse med samme tilstand) enn menn.

Fordi kvinnene gjennomsnittlig har flere legebesøk i løpet av ett år enn menn, vil tre av fem konsultasjoner i allmennpraksis dreie seg om kvinner. Hver tredje kvinnelige pasient en allmennlege ser, vil være en kvinne med hyppige besøk.

Det er først og fremst kvinner mellom 16 og 66 år som oftere enn menn oppsøker lege; blant yngre og eldre er det liten forskjell, se også figur 10.2. Innslaget av eldre kvinner hos allmennlegene er likevel større enn innslaget av eldre menn, fordi det er flere kvinner blant de eldre (60 prosent av befolkningen over 67 år).

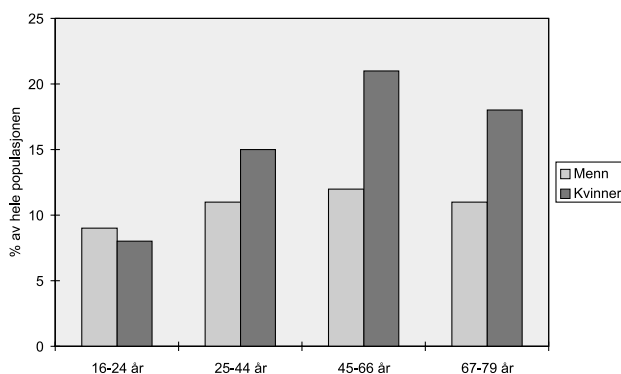


Figur 10.2 Kjønnforskjeller i legekontakter i ulike aldersgrupper

Kilde: SSB/Helseundersøkelsen 1995

### 10.2.1.2 Fysioterapitjenester – brukt av noen flere kvinner enn menn

Helseundersøkelsen 1995 viser at totalt 17 prosent av kvinnene og 14 prosent av mennene har vært i kontakt med fysioterapeut eller kiropraktor i løpet av ett år. Ser man på fysioterapitjenester alene, er forskjellene noe større; 13 prosent av kvinnene og 9 prosent av mennene har oppsøkt fysioterapeut.



Figur 10.3 Kjønnforskjeller i fysioterapikontakter i ulike aldersgrupper

Kilde: SSB/Helseundersøkelsen 1995

Antallet menn som har hatt kontakt med fysioterapeut holder seg relativt konstant i de ulike aldersgruppene, mens det er store variasjoner blant kvinnene.

I aldersgruppen 45–66 rapporterer hele 21 prosent av kvinnene at de har vært hos fysioterapeut i løpet av et år, og det er følgelig i denne aldersgruppen at kjønnforskjellen er størst.

### 10.2.1.3 Pleie- og omsorgstjenester

Kostnadene til institusjoner for eldre (sykehjem og aldershjem) alene utgjør nesten 2/3 av kostnadene til hele sykehussektoren. Likevel gir den offentlige

rutinestatistikken om bruk av institusjoner for eldre ikke god nok informasjon om beboernes kjønn og alder. Sosial- og helsedepartementet arbeider nå med å utvikle et nytt registreringssystem for eldreomsorgen, der slike opplysninger, og også opplysninger om helsetilstand, vil bli registrert på en tilfredsstillende måte både i institusjonsomsorgen og i åpen omsorg.

Om beboerne i aldersinstitusjonene, vet vi likevel at de blir stadig eldre. Gjennomsnittsalderen er nå rundt 85 år, og kvinnene er i overvekt. I aldersgruppen 75 år og over er om lag 7 av 10 kvinner, i aldersgruppen 90 år og over er 8 av 10 kvinner. Dette reflekterer kvinne dominansen i de eldste aldersgrupper, men sannsynligvis også at de eldste kvinnene er mer skrøpelige og har større hjelpebehov enn mennene.

Vi vet lite eksakt om såkalte liggetider i institusjoner for eldre, men det er store variasjoner. Bak en anslått gjennomsnittlig liggetid på 2 år i sykehjem vil det være mange pasienter som har korte opphold, samtidig som noen har opphold så lenge som 10 år. Bruken av avlastningsopphold har gått ned siden 1980-tallet. Hovedårsaken er at beboerne er blitt eldre og skrøpeligere. Kvinnene er i majoritet også som mottakere av hjemmetjenester. Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene har altså et sterkt kvinnepreg – som forsterkes ytterligere gjennom at det i hovedsak er kvinner som er arbeidstakere. Det er derfor overraskende at for eksempel Stortingsmelding nr 50 1996–97 Handlingsplan for eldreomsorgen, helt mangler et kjønnsperspektiv; enda den langt på vei handler om kvinner som pasienter og brukere – og om kvinner som arbeidstakere.

Når menn mottar færre hjemmetjenester, er det ikke først og fremst fordi menn er mindre syke, men fordi de mottar mer uformell og ubetalt omsorg enn hva kvinnene gjør. Hjemmehjelp er det stort sett de enslige eldre som mottar, og det er blant kvinnene det er flest enslige. Satt på spissen kan en kanskje si at når menn får hjemmehjelp, er det oftere som erstatning for den hjelp de ikke får i familien, og fordi det ikke forventes at de skal mestre vanlig husarbeid, mens kvinnene får tjenesten som støtte ved påtakelig skrøpelighet og uhelse. Og de gamle kvinnene er oftere enker når de blir syke og har færre pårørende og andre som kan ta seg av dem. De blir derfor henvist til den offentlige omsorgen.

## **10.2.2 Sykehus og andre spesialisthelsetjenester**

### **10.2.2.1 Somatiske sykehustjenester – innleggelser og polikliniktjenester**

Sykehusstatistikker og pasienttelling gir informasjon om pasientene i norske sykehus gjennom registrering av innleggelser og utskrivinger, på grunnlag av opplysninger fra de enkelte sykehusene. Disse publiseres (årlig) av Samdata (SINTEF/NIS). Selv om det registreres alder, kjønn og diagnose for alle pasienter, blir disse dataene ikke analysert eller publisert slik at vi får rutinemessige rapporter om kjønnsforskjeller i sykehusbruk. I motsetning til utvalgsundersøkelser som gir informasjon om personer, er det her pasienter som telles. Hvor mange personer som faktisk går ut og inn av sykehussystemet hvert år, blir med andre ord ikke dokumentert gjennom dette systemet. Mange pasienter har flere innleggelser i løpet av et år, enten i samme avdeling, i ulike avdelinger, eller også i flere sykehus.



**Tabell 10.2: Somatiske sykehusopphold pr. 1000 innbyggere etter alder, 1992 og 1996, menn og kvinner (fødepasienter utelatt).**

| Alder   | 0–15 | 16–49 | 50–66 | 67–79 | 80+ |
|---------|------|-------|-------|-------|-----|
| 1996    |      |       |       |       |     |
| Kvinner | 72   | 92    | 153   | 286   | 408 |
| Menn    | 92   | 69    | 170   | 371   | 520 |
| 1992    |      |       |       |       |     |
| Kvinner | 74   | 94    | 145   | 264   | 353 |
| Menn    | 96   | 68    | 175   | 345   | 462 |

Kilde: Samdata/Helsetilsynet 1998

Tallet på behandlede pasienter ved norske sykehus økte fra 578 pasienter i 1973 til 726 000 i 1988. Men andelen av befolkningen som var innlagt økte likevel ikke. Dette kan skyldes befolkningsøkningen og endring i alderssammensetningen av befolkningen. I 1997 ble det registrert 667000 sykehusinnleggelser. Hovedgrunnen til reduksjonen i forhold til 1988, er den endring som har skjedd i sykehussektoren de siste år, i retning av økt bruk av dagkirurgi og annen dagbehandling. Liggetidene er også kraftig redusert, og det er blitt færre sengeplasser.

Kvinnene utgjør flertallet av pasienter ved somatiske sykehus. Dette skyldes dels at flertallet av eldre er kvinner, dels at kvinner føder på sykehus. I Helseundersøkelsen 1995 rapporterer om lag 13 prosent av kvinnene og 9 prosent av mennene om innleggelse på sykehus siste 12 måneder. I 1996 hadde kvinnene ifølge Samdata 165 sykehusopphold i somatiske institusjoner per 1 000 innbyggere, mens menn hadde 131. Fødsler sto for om lag 34 av kvinnenes sykehusopphold per 1000. Om en holder fødsler utenfor, er altså innleggelsesraten omtrent den samme for kvinner og menn (Jørgenvåg 1998).

Det er imidlertid kjønnsforskjeller innen de ulike aldersgruppene. Der som en holder fødsler utenfor, hadde kvinnene 92 og menn 69 opphold per 1 000 innbyggere i aldersgruppen 16–49 år. I alle andre aldersgrupper var innleggelsesratene høyere for menn enn kvinner. Bruk av sykehustjenester er altså ulikt aldersfordelt mellom kjønnene: høyere for menn blant yngre (0–15 år) og eldre (over 50 år), høyere for yngre voksne og godt voksne kvinner (16–49 år). Her er fødsler holdt utenfor. Selv om antallet opphold er høyere blant eldre menn enn blant eldre kvinner, er likevel majoriteten av eldre sykehuspasienter kvinner, siden de utgjør omtrent 60 prosent av befolkningen over 67 år. Dette mønsteret finner man også internasjonalt.

Nærmere en firedel av hele befolkningen har ifølge utvalgsundersøkelser besøkt en sykehuspoliklinikk siste år, og kjønnsforskjellene er små om en ser på alle aldersgrupper under ett (Helseundersøkelsen 1995).

Både Helseundersøkelsen og Samdatas registreringer viser samme mønster: Kvinner har flere polikliniske konsultasjoner per år i aldersgruppene 16–66 år, mens mennene har flere blant de yngre og de eldre.

### 10.2.2.2 Spesialisthelsetjenester utenfor institusjon

Sannsynligheten for å bli henvist til spesialist eller poliklinikk er noe mindre for kvinner enn for menn, og menn blir oftere henvist til alle typer spesialister bortsett fra til gynekolog og psykiater (Rutle 1983). Likevel er det markant flere kvinner hos spesialister og i poliklinikker enn menn. Ifølge Helseundersøkelsen 1995 hadde 20 prosent av kvinnene vært hos privatpraktiserende legespesialist siste år, mot 14 prosent av mennene. Som for allmennlegetjenester, er kjønnsforskjellen liten blant barn og blant de eldste. Det er i voksenalderen kvinnene har hyppigere kontakt.

### 10.2.2.3 Psykiatriske helsetjenester

Langt flere kvinner enn menn presenterer psykiske og mellommenneskelige problemer hos allmennlegene, og langt flere kvinner enn menn henvises til psykiater. Dersom man ser på alle behandlingsformer under ett (døgnpasienter i institusjon, privat pleie, dagpasienter, offentlige poliklinikker, privatpraktiserende psykiatere og psykologer), er kvinnene klart overrepresentert, og utgjør om lag 59 prosent av pasientene. Mens det i døgnavdelingene er like mange kvinner som menn, er det i privat pleie flere menn enn kvinner. I dagbehandling, offentlige poliklinikker og hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer er det imidlertid en klar kvinneovervekt. I de barnepsykiatriske institusjonene er flere gutter enn jenter pasienter (Hagen 1997). Det samme bildet gjelder bruk av skolepsykolog og pedagogisk psykologisk tjeneste.

**Tabell 10.3: Andeler som har vært hos legespesialist i og utenfor sykehus, samt sykehuskontakter uten innleggelse, siste 12 måneder. Kvinner og menn, ulike aldersgrupper. Prosent. Helseundersøkelsen 1995.**

| Alder                          | 0–15 | 16–66 | 67+  | Alle |
|--------------------------------|------|-------|------|------|
| Privatpraktiserende spesialist |      |       |      |      |
| Kvinner                        | 12,3 | 22,3  | 25,2 | 20,6 |
| Menn                           | 14,0 | 12,9  | 21,9 | 14,3 |
| Legespesialist poliklinikk     |      |       |      |      |
| Kvinner                        | 19,1 | 25,7  | 29,1 | 24,9 |
| Menn                           | 21,8 | 21,9  | 31,2 | 23,1 |
| Sykehuskontakt ellers          |      |       |      |      |
| Kvinner                        | 5,5  | 12    | 10   | 10,3 |
| Menn                           | 4,9  | 9,5   | 12   | 8,8  |

SSB/Helseundersøkelsen 1995. I Vabø (1998).

Det har de siste 5–10 år skjedd en markant endring i det psykiatriske tjenestetilbudet, med en bevisst nedbygging av institusjonene til fordel for dagbehandling og poliklinisk behandling. Det var i 1970 over 8000 heldøgns-plasser ved psykiatriske sykehus, på midten av 1990-tallet under 3000. Innleggelser i psykiatriske sykehus er i dag stort sett øyeblikkelig-hjelp-innleggelser, og innleggelser fordi annen tilnærming ikke hjelper. De gruppene som går til behandling i poliklinikk og de som behandles i sengeposter er bare delvis overlappende.

Det finnes tilbud på det private markedet, men disse er kostbare. Private psykologtjenester er lite anvendt: Siste år har knappe tre prosent av kvinnene vært hos psykolog, noe færre blant mennene. En takstundersøkelse blant 140 privatpraktiserende psykologer (Mathisen 1987) viste at 69,4 prosent av pasientene var kvinner, og nesten ni av ti pasienter var fra 20 til 49 år. Få unge og eldre er pasienter hos denne behandlergruppen. Det er også en stor økonomisk belastning å gå til langvarig, selvfinansiert behandling.

Et såkalt lavterskeltilbud som Mental helses hjelpetelefon benyttes av mange kvinner, men av relativt få over 50 år, ifølge en evaluering foretatt etter de første tre månedenes prøveperiode.

### 10.2.3 Kjønnforskjeller i diagnoser

#### 10.2.3.1 Diagnoser i allmennlegetjenesten

Det er spesielt kvinner i aldersgruppen 16–66 år allmennlegene ser oftere enn de ser menn. Den viktigste delen av omsorgen for kvinners reproduktive helse tas hånd om av allmennlegetjenesten. Prevensjon og svangerskap, besvær i forbindelse med menstruasjon og menopause, sammen med de regelmessige celleprøvene og andre kontrollene kvinner oppfordres til å få gjort, fører til mange legekonsultasjoner i denne aldersgruppen. Dette kan delvis forklare kvinners relativt hyppigere legebekker. Men kvinnene har noe hyppigere konsultasjoner og høyere kontaktrater også for forhold som ikke er relatert til deres reproduktive funksjoner.

Kvinnens møte med allmennlegetjenesten resulterer i en noe annen diagnosefordeling enn menns. I en praksisundersøkelse som Brage og Tellnes gjennomførte, fikk menn i om lag 71 prosent av tilfellene en såkalt konklusiv sykdomsdiagnose med kjente behandlingsmuligheter, mens tilsvarende tall for kvinnene var rundt 57 prosent. Kvinnene fikk noe oftere, i om lag 23 prosent av tilfellene, deskriptive symptomdiagnoser, mens det tilsvarende tallet for menn var 17 prosent. Dette betyr at det er mindre sikkert hvilken medisinsk tilstand symptomene representerer, og at det kan være vanskelig å finne tiltak. Eksempler er symptomer på belastning og slitasje i muskler og skjelett, kronisk slapphet, depresjoner, konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, diffuse revmatiske lidelser, stadig tilbakevendende infeksjoner, underlivssmerter osv. I noen tilfeller har legen en betegnelse på plagen (fibromyalgi, candidasyndrom, bekkenløsning), men dette betyr ikke i seg selv at årsaks-mekanismene bak lidelsen er kjent, eller at det finnes en virksom behandling.

Forskjellige praksisundersøkelser finner at de største forskjeller mellom kvinner og menn i konsultasjonsgrunner (diagnoser) skyldes sykdommer i urinveiene og kjønnsorganer som rammer kvinner oftere enn menn. Kvinner registreres også hyppigere for godartede svulster enn menn, og dobbelt så ofte som menn for psykiske plager, stoffskiftesykdommer og sykdommer i hormonsystemet. Muskel-skjelettsykdommer og hjerte-karsykdommer er store diagnosegrupper for begge kjønn. Både menn og kvinner går til lege med muskel-skjelettsykdommer – kvinner noe oftere enn menn. Men mens menn hyppigere registreres med ryggplager, får kvinner oftere diagnoser som muskelsmerter (myalgi), smerter i nakke, skuldre og armer (cervicobrachialgi), leddgikt (polyartritt) og slitasjegikt (artroser). Det er flere kvinner enn menn som kommer med hjerte-karsykdommer. Dette er typiske alderdomssykdommer, og det er flere kvinner enn menn i de høyeste aldersgruppene (Rutle 1983).

Undersøkelser av kjønnsforskjeller i diagnoser kommer ofte til ulike resultater, og til vanskelig sammenlignbare funn. Det legges ulike definisjoner til grunn, og ikke alltid like klare kriterier for diagnosene.

### **10.2.3.2 Diagnoser i spesialisthelsetjenesten**

Diagnoser i poliklinikkene er spredt over et vidt spekter. Sykdommer i nervesystemet og sanseorganer (her inngår øre- og øyesykdommer) utgjør imidlertid en forholdsvis stor del av grunnene til polikliniske kontaktene både for menn og kvinner. Flere kvinner enn menn er på poliklinikk med sykdommer i urin- og kjønnsorganer, mens skader og forgiftninger forekommer hyppigere blant menn.

I sykehus er svulster hyppigere hos kvinner enn hos menn, dersom en ser bort fra diagnoser knyttet til svangerskap, fødsel og barselseng. Hele 20 sykehusopphold per 1 000 kvinner skyldtes svulster i 1996, mens det tilsvarende tallet for menn var 16. Sykdommer i muskel- skjelettsystemet er likeledes en hyppigere diagnose hos kvinner (11 prosent) enn hos menn (8 prosent), og dessuten sykdommer i urinveis/kjønnsorganer (nær 9 prosent hos kvinner mot nær 7 prosent hos menn). Den hyppigste hoveddiagnose for innleggelse blant menn er sirkulasjonssykdommer (25,1 prosent mot 18,5 prosent) og åndedrettssykdommer (12,5 prosent mot 10,3 prosent).

I aldersgruppen 50–66 år har det vært en økning fra 1992 til 1996 i kvinnens bruk av sykehus tjenester, og en tilsvarende nedgang blant menn. Den største økningen i bruk for kvinner gjelder diagnosegruppene svulster samt «symptomer og ubestemte tilstander». For menn i samme aldersgruppe er nedgangen størst for pasienter med sykdommer i sirkulasjonsorganene i den samme perioden (Kalseth, upublisert).

I psykiatriske institusjoner er fordelingen av diagnoser forskjellige for kvinner og menn; schizofrenier er hyppigere blant menn, mens affektive psykoser, nevroser og personlighetsforstyrrelser er hyppigere blant kvinner (Hagen 1997).

## **10.2.4 Andre helsetilbud**

### **10.2.4.1 Rehabiliteringstjenester**

God offentlig statistikk om rehabiliteringstjenester mangler, blant annet som følge av manglende kode- og klassifikasjonsverk. I Stortingsmelding 21 (1998–99) «Ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk», tas det således til orde for en økt satsing på rehabiliteringsstatistikk. Forutsatt at det legges opp til registrering også på kjønn, vil dette etter hvert gjøre det mulig å få en bedret forståelse av kjønns spesifikke behov og variasjoner i tilbudet.

Som en følge av manglende statistikk, er det altså svært lite tilgjengelig kunnskap om eventuelle kjønnsforskjeller i tilgang på rehabiliteringstjenester. Det har imidlertid vært sett nærmere på situasjonen ved de såkalte opptreningsinstitusjonene, det vil si rekonvalesenthjem og kurbad som yter kortvarig opphold med aktiv behandling og opptrening av pasienter. Opphold i offentlig godkjente opptreningsinstitusjoner blir etter fastsatte kriterier dekket over folketrygden. Det er en forutsetning at formålet er medisinsk, fysikalsk eller annen opptrening og behandling, og det er nokså strenge diagnosekriterier for refusjoner. Ifølge en rapport Statskonsults representerer muskel-skjelettlidelser snaut halvparten (290 444 av 638 089) av

liggedøgnene, og 13025 av 27868 av antallet pasienter (Statskonsult 1997). Statistikken sier ikke noe om kjønnsfordelingen av pasientene med muskel-skjelettdiagnoser, men kvinneandelen ved opptreningsinstitusjoner er på 71 prosent, ifølge den samme rapporten. Dette er altså et tilbud som i stor utstrekning betjener kvinner.

Det er imidlertid liten tvil om at kvinner uten anerkjent diagnose, men med «ubestemte plager» og smerter i muskel-skjelettsystemet, ofte har kommet til kort i forhold til å få utløst enkelttiltak, så vel som rehabilitering.

Behandlingsreiser til utlandet er også et viktig rehabiliteringstilbud, der sol og varme sammen med aktiv trening utgjør kjernen i behandlingen. I 1997 fikk om lag 1600 pasienter dette tilbudet, fordelt på i overkant av 70000 pasientdøgn. Tilbudet retter seg mot pasienter med revmatiske sykdommer, pasienter med psoriasis og barn og unge med astma eller kronisk lungesykdom. For revmatiske sykdommer er tilbudet sidestilt med innleggelse i norsk revmatismesykehus. I veiledning til leger som skal søke opphold på vegne av sine pasienter, opplyses det om kriterier for å få tilbudet og om hvilke pasientgrupper som blir prioritert. Dette er pasienter med sikre diagnoser, og Bechterew, kronisk leddgikt og psoriasis nevnes som eksempler. Hva som er relativt oppsiktsvekkende, er at fibromyalgi som eneste diagnose nevnt, er eksplisitt utelukket fra ordningen. Det fastslås at fysikalsk behandling, som er en viktig del av et slikt behandlingsopplegg, virker dårlig ved fibromyalgi.

Det er besluttet at klassifikasjonssystemet ICD-10 skal innføres fra 1. januar 1999 i rehabiliteringstjenesten, såvel som i norske sykehus og spesialisthelsetjenesten for øvrig (og som der erstatter ICD-9). Prinsippet er at pasienter skal ha en klar hoveddiagnose. Såkalte symptomdiagnoser anbefales gitt som sekundær- eller bidiagnose.

Samtidig legger stortingsmeldingen om rehabilitering (St.meld. nr. 21 1998–99) opp til at man skal gå bort fra at utløsning av rehabiliteringsinnsats skal avhenge av distinkte – gjerne somatiske – hoveddiagnoser. Det som skal være tellende, er at den enkelte har såpass sammensatte bistandsbehov, at det er behov for individuelt tilpassede og samordnede hjelpetiltak. At tiltakene skal tilpasses den enkelte og samordnes, innebærer at det legges opp til aktiv brukermidvirkning. Fokus skal være på egeninnsats i kombinasjon med faglig ansvarstaking for enkelttjenester – trygd, arbeid, helse, sosial, skole m.v. – så vel som samordning av de ulike enkelttiltakene. Dette representerer en utpreget vilje til å se livssituasjonen som sammensatt av langt mer enn det som er knyttet til yrkeslivet, og til trygderettigheter i en overgangsperiode. En fordel med å legge funksjon og samlede bistandsbehov til grunn, er at man i mindre utstrekning enn i dag systematisk kan utelukke personer det er vanskelig å gi distinkte diagnoser, som for eksempel den kvinneorienterte brukergruppen med «ubestemte» symptomtilstander.

Innføringen av ICD-10 på den ene siden og stortingsmeldingens forslag på den andre, signaliserer to motsatte prinsipper. Det trengs her en avklaring. Utvalget slutter seg til stortingsmeldingens grunntanke om å legge funksjon og samlede bistandsbehov til grunn for rehabiliteringsinnsats.

#### **10.2.4.2 Masseundersøkelser (screening)**

Screening er undersøkelser av personer for å identifisere tegn på sykdom eller tidlige stadier av sykdom, og er oftest ledd i offentlige forebyggende helseprogrammer. Pirquet-prøven var for eksempel en screening for tuberkulosesmitte. 40-års undersøkelsene som er mest rettet inn mot risiko for hjerte-

karsykdommer og kreft for begge kjønn, gjentas med jevne mellomrom. Kvinner tilbys spesifikke screeningprogrammer, og benytter dem i ulik grad.

*Brystkreftundersøkelser /mammografiscreening* i offentlig regi har foregått som et forsøksprosjekt i Rogaland, Hordaland, Oslo og Akerhus siden november 1995. Kvinner mellom 50 og 69 år får i disse fylkene tilbud om undersøkelse hvert annet år. Stortinget ga i 1998 tilslutning til at tilbudet skal utvides til ytterligere 5 fylker. Det er viktig å få avklart om slik masseundersøkelse i Norge faktisk reduserer risiko for å dø hos de som oppdages, og ikke bare oppdager kvinner som ellers ville levd lykkelig uvitende med en relativt ufarlig variant av brystkreft. Hyppigheten av brystkreft er økende, særlig blant kvinner under 50 år. I denne gruppen er også dødeligheten økende. Det er planer om at norske kvinner mellom 40 og 49 år skal være med i en europeisk studie av screeningeffekt. Det finnes foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentasjon internasjonalt for at mammografiscreening kan forebygge død av brystkreft i denne aldersgruppen.

*Livmorhalskreftundersøkelser*. Massetesting for celleforandringer i livmorhalsen er innført i Norge for kvinner mellom 25 og 69 år hvert tredje år. Celleforandringer er forstadier til livmorhalskreft (cervixcancer). Kreftregisteret er nå i gang med evaluering av massetestingen.

*Tarmkreftundersøkelser*. I januar 1999 starter NORCCAP (Norwegian Colorectal Cancer Prevention)-prosjektet. Dette prosjektet vil studere om forebyggende tiltak kan bidra til å redusere dødeligheten av tarmkreft. Årlig er det omtrent 3 000 personer som får enten tykktarms- eller endetarmskreft. Dette er den hyppigste kreftformen i Norge, og omtrent like mange kvinner som menn får sykdommen. Risikoen for å dø i de første fem årene etter diagnosen er over 50 prosent.

Bare noen sykdommer er egnet for screening. For å oppnå ønsket effekt, og unngå uønskede konsekvenser, er det flere forutsetninger som bør være innfridd, blant annet: Sykdommen må utgjøre et alvorlig helseproblem og den må ha en rimelig lang symptomfri fase. Testen for sykdommen må være tilstrekkelig pålitelig, lite belastende, og medføre liten risiko. Det må finnes effektiv behandling for sykdommen, og nok ressurser for behandling av pasientene. Prognosen skal være vesentlig bedre for dem som diagnostiseres tidlig enn for dem som diagnostiseres sent. Selve screeningprogrammet må være økonomisk forsvarlig, kunne aksepteres av befolkningen, og bør helst innpasses i annen helsetjeneste (bearbeidet etter Verdens helseorganisasjons kriterier fra 1968).

Mange screeningprogrammer blir satt i gang uten at de tilfredsstillende disse forutsetningene. Screeningstester er ikke alltid pålitelige. Det vil ofte være noen som får feilaktig beskjed om at de har risikofaktoren (falske positive). De får altså påført en «sykdomsbelastning» og angst for sykdom, uten at de er syke eller i risiko for å bli det. Andre får beskjed om at man ikke finner noe, mens de egentlig burde vært fanget opp (falske negative). Disse har fått en falsk trygghet, og tror at de er friske. I svangerskapsperioden har det vært gjort mange screeningundersøkelser av kvinner (blodtrykk, syfilis, hiv-test, blodprosent, vekt, proteiner i urinen, ultralyd). De fleste tror at disse undersøkelsene er en nødvendig del av svangerskapsomsorgen, mens det egentlig er vist at bare noen av prøvene har en demonstrert nytteeffekt. Nå er også osteoporose diskutert som en sykdom det bør innføres screening for, gjennom måling av bentetthet. Det finnes en statistisk sammenheng med risiko for brudd, og det finnes et legemiddel på blå resept som kan redusere benmasset-

apet. Men betydningen av benmassemåling og behandling med tanke på redusert bruddrisiko for den enkelte er ikke kjent.

#### **10.2.4.3 Kvinner og helsemarkedet**

Norge er et interessant marked for produsenter av diagnostiske tester og legemidler, selv om det norske markedet og markedsføringen ikke er så synlig fordi store deler av tjenesteformidlingen skjer gjennom et offentlig finansiert helsevesen. Disse produsentene har interesse i så stor omsetning som mulig; med andre ord, at vi i så stor grad som mulig blir definert med sykdom eller risiko for sykdom. Kvinner er en viktig målgruppe for mange av disse produsentene. Eksempler er målinger av blodtrykk, kolesterol, bentetthet, blodsirkulasjon, depresjon osv. Jo flere tester man tar, desto større er sjansen for at man finner noe unormalt, på grunn av usikkerheten ved målingene. Men selv om det faktisk er noe unormalt ved prøvene, er det ikke gitt at det har betydning for den enkeltes risiko for å utvikle sykdom. Både helsevesenet og enkeltindivider tar initiativ til undersøkelser av faktorer som kan tenkes å ha betydning for å utvikle sykdom. Påviser man et unormalt nivå av en faktor (for eksempel blodtrykk, kolesterol), finnes det også et legemiddel for å regulere nivået. Straks er man pasient, uten å være syk, men med økt statistisk risiko for å utvikle sykdom. Viktige mål må derfor være å skape kunnskap om hvilke konsekvenser det har for livskvalitet å få vite om mulig økt risiko for sykdom, og å skape kunnskap som kan brukes til bedre å identifisere dem som reelt sett har økt sykdomsrisiko og som kan dra nytte av forebyggende behandling.

Sikkert er det at det koster penger. Utgifter til legemidler mot hjertekarsykdommer, hvorav det meste er blodtrykksmedisin, var på over en milliard kroner i 1997. Kvinner bruker omtrent dobbelt så mye som menn, og mange blir gjort til pasienter uten at de kanskje er tjent med det. Fra folketrygdens side er det svært få incitament for å redusere bruk av undersøkelser eller behandling som ikke har klart dokumentert effekt i befolkningen. Det kan synes som om grensene er flytende for hva som bør være det offentliges ansvar, dvs. offentlig finansiert, og hva som ikke bør være det. Utvalget etterlyser en utredning av dette spørsmålet.

#### **10.2.4.4 Kroppspleie og kroppskirurgi**

Vi har ikke gode tall for norske kvinners forbruk av kroppspleieprodukter, helsestudioer, slankemidler og plastisk kirurgi. Det er et voksende marked for disse tilbudene. Dette skjer i hovedsak utenfor det offentlige helsevesen, som i prinsippet skal utføre det som er medisinsk begrunnet. Om grensene for det offentlige helsevesens aktiviteter flytter seg, vet vi ikke. Men det er gråsoner. Blant annet er offentlig ansatt helsepersonell også aktører i det private markedet, både gjennom eierskap og andre kommersielle interesser i ulike produkter, og gjennom bierverv i privat praksis som tilbyr for eksempel kosmetisk kirurgi. Mellom 40 000 og 60 000 norske kvinner har fått operert inn silikon i brystene. Hvert år er det 2–3 000 nye kvinner som ønsker silikonproteser. Mange blir operert i Norge, en del i utlandet. Størrelsen på innleggene vokser også. Markedsføringen toner ned mulige problemer med silikonproteser. Også fettsuging er stadig mer etterspurt. Det bekreftes fra de private klinikkene som utfører slik «kroppskorrigering» at det spesielt er økt pågang fra unge jenter i 20-årene. Selv om populariteten til det kjente slankemidlet Nutri-

lett har vært dalende, var det i 1997 en omsetning på mellom 15 og 20 millioner kroner, og andre slankemidler lanseres stadig.

#### **10.2.4.5 Alternativ medisin**

Tilbudene om alternativ behandling finnes mest i store byer. Opplysningene i Helseundersøkelsen 1995 om kontakter med ikke-medisinske behandlere viser at omtrent 14 prosent av kvinnene og 10 prosent av mennene har vært hos slike siste år. Bare et lite mindretall har vært hos to eller flere alternative behandlere. Kiropraktorer er den eneste behandlergruppe der det synes som om menn litt oftere er pasienter. Den såkalte Aarbakke-undersøkelsen, gjennomført, i tilknytning til «NOU 1998:00 Alternativ medisin», kommer til et noe lavere tall (11 prosent), men det kan forklares med forskjeller i utvalgenes alderssammensetning og ulike spørsmålsstillinger i undersøkelsene. Det er i Aarbakke-undersøkelsen også spurt hvor mange som noen gang har oppsøkt alternativ behandler, og 35 prosent av kvinnene og 33 prosent av mennene rapporterer at de har vært hos alternativ behandler. Det er en vanlig forestilling at kvinners bruk av alternativ medisin har økt mye de siste årene. Det er imidlertid ikke noe som tyder på at det har vært noen stor økning.

Det kan synes som alternative behandlere snarere er supplerende enn egentlig «alternative». Et generelt bilde er at jo større bruk av skolemedisinske tilbud, jo oftere har hun (eller han) også vært hos alternative behandlere. Folk som bruker alternativmedisinske tilbud har også i større grad enn befolkningen for øvrig kontakt med fast lege eller legesenter, som de også benytter hyppigere enn andre pasienter. I Aarbakke-undersøkelsen oppgir nesten halvparten at de anser alternativ behandling som et nyttig supplement, og dette oppgis av flere kvinner enn menn. Bare drøyt en tidel oppgir at de har større tiltro til alternativ enn til konvensjonell behandling.

Det er sannsynligvis flere forhold som gjør alternative behandlere attraktive. Pasienter opplever her å bli tatt mer på alvor og gitt mer tid enn hva som er vanlig i det ordinære helsevesen. Pasientene opplever å bli sett på som hele mennesker, og at de forskjellige plagene og sykdommene vurderes i en slik helhet der også pasientens sosiale kontekst trekkes inn. Ved at pasientene selv velger terapiform, øker også egen delaktighet og ansvar for behandlingen. Flere ting peker i retning av at mange kvinner med kroniske lidelser oppsøker alternative behandlere, og opplever å få god hjelp, f.eks. i form av smertelindrende massasje og akupunktur, eller kostholdsråd.

#### **10.2.5 Oppsummering – hovedmomenter**

Kvinner har mer kontakt med helsetjenesten enn menn. Det mønsteret som tegner seg er at mens kvinner har betydelig flere konsultasjoner hos allmennlege enn hva menn har, er sannsynligheten for å bli henvist til legespesialist mindre for kvinner enn for menn. Hvorfor en mindre andel av kvinners kontakter fører til spesialisthenvendelser, vet vi ikke. Det bør ses nærmere på kjønnsforskjeller i henvisninger til de ulike spesialiteter. Ser man videre på konsultasjoner ved sykehuspoliklinikkene, er kjønnsforskjellen nesten utvisket, og det samme gjelder sykehusinnleggelse, dersom man trekker fra innleggelse i forbindelse med fødsler og svangerskap. I eldreinstitusjonene og i oppføringsinstitusjonene er kvinneovervekten igjen meget markant.



**Tabell 10.4: Andeler som har vært hos alternative behandlere, etter antall skolemedisinske tilbud brukt siste år. Kvinner og menn, alder 16+.**

| Antall skolemedisinske tilbud brukt siste år | Brukt alternativ behandlet |      |
|--|----------------------------|------|
|  | Kvinner                    | Menn |
| Ingen  | 8,9                        | 4,8  |
| Ett  | 10,9                       | 10,1 |
| To   | 14,9                       | 11,5 |
| Tre  | 23,5                       | 18,1 |
| Fire   | 27,8                       | 25   |

SSB/Helseundersøkelsen 1995. I Vabø (1998).

Om lag 60 prosent av pasientkontaktene i allmennpraksis er kvinner. Konsultasjoner knyttet til kvinners reproduktive funksjoner forklarer noe av denne overvekten. De fleste internasjonale studier bekrefter overensstemmelse mellom selvrapportert sykdom og helsetjenestebruk, selv om dette ikke er fullgod forklaring på forskjellene. Hypoteser om at kvinnene har lavere terskel for å søke lege har også vært diskutert. Noen færre av kvinners konsultasjoner resulterer i henvisning til spesialist, men det tas oftere laboratorieprøver av kvinner. Rutle konkluderer med at det ikke finnes holdepunkt for at kvinner oftere enn menn går til lege med bagateller (Rutle 1983:198).

De fleste kvinner har få årlige besøk hos allmennlege, mens et lite mindretall har mange. Vi vet ikke noe systematisk om den lille gruppen kvinner (5–8 prosent) som rapporterer mer enn 11 legekontakter. Den omfatter sannsynligvis mange gravide, men også mange kvinner det er vanskelig å utrede og hjelpe – fordi man ikke finner ut av hva som feiler dem. Gruppen kan dels bestå av kvinner med en kronisk sykdom som trenger tett og målrettet oppfølging. Avtalt legekontakt med hyppige konsultasjoner har erfaringsmessig god effekt for mennesker med kroniske smertetilstander.

Kvinner og menn er omtrent like ofte på sykehus, men legges inn av forskjellige grunner. Også i psykiatriske døgninstitusjoner er kjønnsfordelingen lik, men også her med ulik diagnosefordeling. Det er vist ulike behandlingsresultater av samme type behandling for kvinner og menn, men også ulik tilgjengelighet til ulike behandlingsformer er påvist, både mht. kjønn og klasse. Fordi det er i sykehus avansert kirurgisk, medisinsk og annen spesialisert behandling skjer eller initieres, er sannsynligvis det aller viktigste her grundigere studier av behandlingsresultater. Det henvises til kap. 9 om sykdommer for noe mer om disse spørsmålene. Å utvikle og anvende kjønns spesifikk viten om behandling er en stor utfordring. I tillegg bør man gå nøyere inn på ulikheter i tilgjengelighet til ulike behandlingsformer – både i allmenn- og spesialisthelsetjenesten.

Mange av de kroniske og sammensatte lidelsene som store grupper eldre kvinner har, befinner seg på bunnen i statushierarkiet for sykdommer. Det gjelder muskel-skjelettlidelser, psykiske lidelser og eldre helse (geriatri). Disse områdene sliter både med rekruttering av fagfolk og med å få tilført tilstrekkelig med andre ressurser. Mange enkeltindivider og grupper av kvinner

(såvel som menn), har sannsynligvis et relativt «underforbruk» av helsetjenester. Dette er et problem som trenger egne strategier og løsninger.

Det finnes ingen «objektive» standarder for optimal helsetjenestekontakt eller behandling. En kvantitativ beskrivelse av helsetjenestekontakter kan verken brukes til å evaluere tilgjengelighet til tjenester eller om tjenestene er godt tilpasset. Vi har med andre ord ikke et godt nok kunnskapsgrunnlag for å vurdere i hvilken grad forskjellene i bruk er forbundet med ulikheter i sykdomsmønstre, med preferanser når det gjelder tjenester, med helsepersonells holdninger eller med andre faktorer. Men den kunnskap vi har om kvinners relative oversykkelighet og om kvinners sykdommer må sammenstilles med kunnskapen om helsetjenestebruk- og tilgang. Til det trengs mer eksakt viten på individnivå.

Menns og kvinners helsetjenestebehov og -tilgang bør med andre ord defineres og undersøkes nærmere i lys av helsestatus, preferanser og dokumentert effekt av behandlingen som gis. Kvinner lever lenger enn menn, men den lengre levetiden er forbundet med større livstidsrisiko for funksjonell funksjonshemming og kronisk sykdom, inklusive kreft, hjerte-karsykdom og demens, og større behov for langtidspleie.

Det er utvalgets oppfatning at ressursene bør fordeles slik at kvinner og menn oppnår like gode resultater. Det er et spørsmål om kvinner, vurdert ut fra helsestatus, burde lagt beslag på en større del av tjenestene, spesielt i eldre alder. Heller ikke dette spørsmålet kan belyses uten data på individnivå om gangen gjennom tjenestenivåene, på vurderingene som gjøres, og på hvor det er propper. For å bedre helsetjenestene, trenger vi mer kjønns spesifikk kunnskap om kroppens funksjoner, og om sykdommer og behandlingsmuligheter. Kunnskaps mangelen her er nærmere utredet i sykdomskapitlet (kapittel 9). Det trengs også mer viten om brukernes tolkning av egne symptomer og av behov for helsetjenester og om kommunikasjon, henvisnings- og behandlingspraksis i alle ledd. En viktig innfallsvinkel til kunnskap om de to siste punktene er studier av vanskelige møter mellom kvinner og helsetjenestene, som tas opp i neste avsnitt.

### **10.3 Konfliktfylte møter – psykologisering, bagatellisering og medikalisering?**

---

#### **10.3.1 Kunnskapsgrunnlag**

Kunnskap om kvinners vurderinger, valg og preferanser overfor helsetjenestene bygger i hovedsak på spørreskjemaundersøkelser, fortrinnsvis basert på rene kvinnevalg. Vi vet en del om kvinners vurderinger av allmennleger gjennom undersøkelser om kvinners tilbøyelighet til å skifte lege, om preferanser når det gjelder legens kjønn, om kvinners definisjoner av hva en god legekonsultasjon er, og om hvor mange og hvilke kvinner som har opplevd møtet med legen som konfliktfylt og vanskelig.

Enkelte brukerundersøkelser som kartlegger pasienters tilfredshet med ulike deler av helsevesenet, gir også anledning til å sammenligne kvinners og menns vurderinger. Her blir imidlertid tolkningsproblemene store. En kan ikke gå ut fra at lik misnøyerregistrering for kvinner og menn betyr at kvinner og menn opplever tjenesten likt. Selv om vurderinger baseres på ulike forventninger, og pluser og minuser knyttes til ulike forhold, kan totalvurderinger måles som like. Slike tilfredshetsundersøkelser har også vært utsatt for mer generell metodekritikk.

Dreier vi oppmerksomheten mot den innholdsmessige siden ved tjenestemøtene, og ser nærmere på hvordan pasienter og ansatte handler og reagerer overfor hverandre, er forskningsterrenget mer fragmentert og sammensatt. Her finnes en rekke mindre undersøkelser med et ensidig kvinnefokus. Bidragene fokuserer i hovedsak på problemfylte tilstander og på diagnoser som anses å være knyttet til kvinner og som kan gi «konfliktfylte møter». Eksempler er infertilitetsbehandling, fibromyalgi og ubestemte muskelskjelettplager, psykiske lidelser og seksuelle relasjoner mellom pasient og behandler. I tillegg finnes et lite antall kvalitative studier som ser på kvinners og menns utforming av «pasientrollen».

En mulig kilde til kunnskap om (manglende) opplevd kvalitet i møter med helsetjenesten, kunne vært klagesaker. Men vi vet lite om hvem som klager, bortsett fra at det er noen flere kvinner enn menn. Klagesaker har heller ikke vært gjennomgått og analysert systematisk slik at det er mulig å si noe om hva det klages på. Klagesakene kan muligens vise seg å være en kilde til nyttig kunnskap, og bør undersøkes næyere i et kjønnsperspektiv.

### 10.3.2 Hovedmønster

Spørreskjemaundersøkelser om pasienters tilfredshet med allmennpraktiserende leger, finner at de fleste mennesker er rimelig godt fornøyde. Ni av ti mener at de greit oppfatter hva legen sier og at de får stille de spørsmålene de har på hjertet. Det er ingen betydelige forskjeller mellom menn og kvinner (Thorsen m.fl. 1988, Berg og Hjortdal 1994, Elstad 1987). Flere påpeker at tilfredshet øker med alderen. Kjønn slår bare ut i liten grad, og da i retning av at kvinner er mer fornøyde enn menn. Undersøkelser om oppfatninger av sykehustjenester viser også at det er liten forskjell på kvinners og menns vurderinger, og at de fleste – åtte av ti i Finnmarksundersøkelsen – er godt fornøyd med sykehustjenesten (Olsen et al. 1993). Men det er vanskelig å tolke denne typen resultater. Hva er egentlig målt? Slike undersøkelser forteller trolig mye om folks ulike forventninger og krav til tjenestene, og kanskje også om en generell positiv eller negativ orientering.

En utvalgsundersøkelse blant kvinner i fire geografiske områder i Norge finner at de fleste har ingen eller svært få konfliktopplevelser i forhold til sine leger. Et mindretall på mellom 5 og 10 prosent hadde hatt omfattende konflikterfaringer med allmennlegetjenesten. Disse kvinnenes diagnoseprofil skilte seg fra resten av utvalgets, med overhyppighet av nervøse lidelser, angst, fibromyalgi og samlivsproblemer. Fravær av konflikt var forbundet med klart definerte lidelser som høyt blodtrykk og kreft (Elstad 1993).

Å skifte lege kan være et uttrykk for misnøye eller mistillit – selv om det også kan ha andre grunner. Det framgår av Helseundersøkelsen 1995 at noen flere kvinner enn menn har fast lege, mens en mindre gruppe kvinner skifter lege relativt ofte. Det er en tendens til at kvinner med såkalte «ubestemte» lidelser, som har lav prestisje hos legene, oftere enn andre skifter lege. Det samme gjelder kvinner med alvorlige sykdommer som av ulike grunner har mistet tillit til legens kompetanse. Det er blant annet vist at brystkreftpasienter foretrekker oppfølging av spesialist etter operasjon i stedet for å gå tilbake til primærlegen, og at tillitsbruddet i flere tilfeller skyldtes diagnoseforsinkelse. I allmennlegetjenesten er det en mindre gruppe kvinner som skifter lege flere ganger fordi de ikke møter forståelse hos legen, eller fordi de ikke har fått den sykemelding, viderehenvisning eller resept de har trengt. Denne gruppen har høyere egenrapportert sykkelighet, dobbelt så hyppige legebesøk og oftere

lidelser som nervøsitet, migrene og fibromyalgi/fibrositt enn hva som er tilfellet for resten av utvalget (Elstad 1992).

Hovedmønsteret er altså i korthet at de fleste kvinner, og noen flere kvinner enn menn, stort sett fornøyde med og lojale overfor leger og sykehustjenester. En mindre gruppe, mellom 5 og 10 prosent, opplever møtet med leger som konfliktfylt og vanskelig, eller har liten tillit. Dette er ofte kvinner med langvarige og ubestemte plager.

### 10.3.3 Preferanse for kvinnelig lege

Mange kvinner foretrekker kvinnelige leger, og kvinnelige leger har gjerne en stor kvinneovervekt blant pasientene. Kvinnens preferanser for kvinnelige leger antas å henge sammen med tillit til at de kvinnelige legene er bedre i stand til å forstå deres situasjon. En større undersøkelse i 1992 (Elstad 1992), viste at legens kjønn ikke er like avgjørende for alle kvinner eller for alle forhold det søkes hjelp for. 35 prosent av kvinnene foretrakk kvinnelig lege, 19 prosent foretrakk mannlig, mens hele 47 prosent stilte seg likegyldige. Preferansen for kvinnelig lege var mest uttalt hos de kvinnene som var høyt utdannet, mens dårlig helse og mange legerfaringer økte sannsynligheten for å helle mot det nøytrale standpunktet. Samtidig var kvinnelig lege oftest foretrukket når det gjaldt gynekologiske tilstander eller andre personlige forhold. Dette er en sentral problemstilling å drøfte i forbindelse med det foreliggende høringsutkastet til fastlegeordning, og vil bli berørt nærmere under punkt 10.4.5.

---

#### Eksempel: Berit 48 år (Omskrevet etter Thornquist 1998)

Berit er en middelaldrende kvinne med diagnosen fibromyalgi, og legen har mistanke om Sjögrens syndrom. Hun har mange og omfattende symptomer og plager, og har gjennomgått mange undersøkelser og behandlinger. Fagutøverne som er involvert, er en allmennpraktiker, flere spesialister i revmatologi, indremedisin og øyemedisin, en psykolog og en fysioterapeut. Pasienten selv forteller om en rekke forskjellige plager – om murring i hele kroppen, urolig «puls» og «dunking» i kroppen, søvnproblemer med mye mareritt, smerte i magen, sure oppstøt, oppblåsthetsfølelse (magesår er diagnostisert noen år tidligere), smerter og nummenhet i seteregion og hofter, underlivssmerter, inkontinens for urin, periodevis tørr skjede, svelgproblemer, tørre og sviende øyne og problemer med ørene. Dessuten er hun ofte kvalm, og hun er gjennomgående trett og deprimert. Hun har vært hos lege gang på gang og har gjennomført flere serier med fysioterapi.

I pasientens journal ligger rapporter fra revmatolog, indremedisiner, primærlege, psykolog og fysioterapeut. Det framgår at denne kvinnen har gått i langvarig behandling hos fysioterapeut og psykolog, hun har vært til flere og ulike undersøkelser og kontroller hos både indremedisiner og revmatolog, i tillegg til å ha fått ulike legemidler. Primærlege tar dessuten prøver, henviser til mammografi osv. Dette er altså en pasient som er inne i en sammensatt behandlingssituasjon med mange og skiftende aktører som hver på sin måte forholder seg til sitt speciale. Primærlegen koordinerer ikke behandlingen og undersøkelsene slik en skulle forvente. Hva gjør dette med denne kvinnen? Hva tenker behandlerne? Forfatteren som presenterer eksemplet bemerker at

ingen av de involverte fagutøverne i sine notater uttrykker tvil, avveininger eller dilemmaer. Betyr dette at de ikke undrer seg? (Thornquist 1998).

---

Internasjonalt har det vært fokusert mye på betydningen av legens kjønn. Vi har sett at en del kvinner foretrekker kvinnelige leger, og at kvinnelige leger ser forholdsvis flere kvinnelige pasienter enn mannlige. Det er også vist ulikheter i kommunikativ stil mellom kvinnelige og mannlige leger. Et nyere norsk doktorgradarbeid viser at mannlige leger avbryter pasienten raskere enn kvinnelige gjør, og i den internasjonale litteraturen er det også vist systematiske forskjeller i hvordan samtalene mellom lege og pasient arter seg, avhengig av legens og pasientens kjønn. Når man måler tid brukt i konsultasjonen, viser ulike internasjonale undersøkelser til forskjellige resultater. En gjennomgående tendens er at kvinnelige pasienter har lengre konsultasjoner enn menn, og at kvinnelige leger har lengre konsultasjoner enn mannlige.

#### 10.3.4 Kvinner med kroniske muskelsmerter og ubestemte plager

Til tross for betydelig forskningsinnsats vedrørende kroniske smerter, kan det hevdes at vi fortsatt står relativt avmektige overfor problemene. Den rent medisinske innfallsvinkelen har til nå ikke gitt kunnskap som har gjort det mulig å snu utviklingen. Det har utviklet seg en stadig bredere erkjennelse av at den tradisjonelle biomedisinske tenke- og arbeidsmåte overfor pasienter med kroniske smerter må nyanseres. Usikkerheten og uenigheten innen helsevesenet omkring kroniske smertetilstander er mest sannsynlig årsaken til at man finner diagnosen fibromyalgi på bunnen av det diagnostiske statushierarki (Album 1991). Kvinner med kroniske smerter får ikke tilfredsstillende hjelp i det norske helsevesenet, og mange føler at de blir møtt med manglende forståelse og med avvising.

I en undersøkelse blant kvinner med muskelsmerter fant Lilleaas at en ikke uvanlig erfaring var å bli møtt enten med manglende interesse eller med skepsis (Lilleaas 1993, 1995). Mange blir skuffet over leger som bare skriver ut legemidler, uten å vise interesse for hvordan de opplever plagene. Noen opplever at legen bagatelliserer og psykologiserer plagene, og ikke gir tilstrekkelig somatisk utredning. Resultatet kan bli mistillit til legen, og at mange gir opp. Noen fortsetter å gå til lege kun for å få smertestillende legemidler og sykemelding. Mange gir opp. Isolasjon og depresjon kan bli resultatet. Slike opplevelser er i seg selv et betydelig problem, ettersom det er klart dokumentert at det å føle seg forstått og ikke minst respektert kan være en helt nødvendig forutsetning for effektiv behandling. Anerkjennelse av plagene – det å bli tatt alvorlig og få en diagnose, betyr for mange pasienter et vendepunkt, også selv om virksom behandling ikke gis.

I perioden 1992–97 ble det iverksatt om lag 30 prosjekter i regi av Sosial- og helsedepartementets Trygd og rehabiliteringsprogram. Hensikten var å utprøve alternative rehabiliteringsopplegg og å få pasientene tilbake i arbeid. I en ekstern evalueringsrapport blir 27 av prosjektene gjennomgått (Bruusgaard og Eriksen 1997). Konklusjonen er at tiltak utenfor det etablerte hjelpeapparat kan være svært betydningsfulle for denne pasientgruppen, men at man stadig ikke kan peke på tiltak med dokumentert effekt. Det er sannsynlig at en del av de kvinnene det gjelder har hyppige legekontakter, og kanskje problemer med å finne en lege som de føler kan gi reell støtte og hjelp, men dette vet vi ikke noe sikkert om. Smerter i muskler og skjelett er den viktigste

sykemeldings- og uførhetsgrunn hos kvinner. Disse lidelsene utgjør også en stor andel av konsultasjonene i allmennhelsetjenesten.

Lekfolkskonferansen om muskel- og skjelettlidelser som Kvinnehelseutvalget arrangerte i september 1998 konkluderte med at en helt sentral problemstilling er «å bli tatt på alvor av legen» (se vedlegg 5). Opplevelsen av å få krenket dette elementære ønsket synes å være en felles erfaring for mange av kvinnene med langvarige og sammensatte plager. For enkelte oppleves kanskje det å få en anerkjent diagnose som det viktigste uttrykket for å bli tatt på alvor – fordi både rettigheter og verdighet som pasient er så tett assosiert med diagnoser. Men det finnes mange måter å tilkjennegi respekt for pasientens beretning.

Elstad (1993) tolker sammenhengen mellom de problemfylte møtene med legen og de uklare tilstandene og diagnosene i lys av forventninger til legerollen. Pasienter forventer at leger skal gi en medisinsk overbevisende tolkning av deres plager, det vil si at det framlegges en diagnose, en prognose og adekvat behandling. De kan godta at det finnes dødelige, uhelbredelige sykdommer, men det at legen ikke forstår hva som er i veien støter an mot den rollen legen forventes å ha. Legen på sin side har et selvbilde knyttet til det å være behandler, en som oppnår resultater. Dette krever imidlertid at pasientens symptomer er gjenkjennbare og forståelige fra et medisinsk ståsted og at de er tilgjengelige for terapi. Når symptomene er vanskelige å forklare rent medisinsk, er det lett å trekke pasientens troverdighet i tvil. Enkelte leger kan da reagere på en måte (med bagatellisering, avvisning etc.) som igjen kan oppleves som frustrerende for pasienten: Pasienten mister håpet om en løsning på problemet og begynner å tvile på legens kompetanse og vilje til å hjelpe.

Utgangspunktet må være at kvinner med kroniske smerter gjør sitt beste for å bli kvitt plagene. Allikevel opplever de ofte å bli bebreidet og gitt ansvaret for manglende bedring. Dette er en ond sirkel, som kan utvikle seg til en nedadgående spiral. Nyere feministisk teori om kjønnsroller og sosial samhandling er relevant for å forstå interaksjonen mellom kvinnelige smertepasienter og terapeuter innen helsevesenet. Det er videre et noe tabubelagt, men like fullt utvilsomt et faktum at mange kvinner som ikke blir friske av sine kroniske smerter ofte blir opplevet som, møtt som og beskrevet som sytende og klagende pasienter uten evne og innsikt til å bli friske, eller i det minste til å avfinne seg med sine plager.

Et annet vesentlig spørsmål som ble reist i lekfolkskonferansen, og som knytter an til eksemplet i rammen over, var hvordan man kan sikre koordinering for pasienter som får tjenester fra flere instanser og nivåer. Enkelte pasienter har kapasitet, overskudd og kompetanse til å skape helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet selv. Andre kan det slett ikke. Spørsmålet er om det kan etableres ordninger der det er pasienten eller brukeren selv som peker ut en slik koordinator – og at denne funksjonen ikke behøver å tilligge primærlegen.

### 10.3.5 Kvinner med psykiske plager

Langt flere kvinner enn menn benytter seg av psykolog. (Se også om kvinners psykiske helse kap. 6.4) Det er imidlertid de yngre kvinnene under 50 år som hovedsakelig benytter seg av tilbudet. Dette er i tråd med hva man fant i flere undersøkelser i Oslo på 1980-tallet, som viser at middelaldrende kvinner med «omfattende psykiske symptomer» aldri hadde fått profesjonell behandling for plagene sine. En overveiende del var kvinner med lav utdanning og bolig i

drabantby eller gammel bydel på østkanten. Hva er det som bidrar til denne systematiske skjevheten? Anstorp m.fl. gjorde gjennom en intervjuundersøkelse med 30 kvinner (1984) et forsøk på å finne ut hvorfor de ikke søkte hjelp hos psykiater eller psykolog. De fleste kvinnene hadde fysiske tilleggspilger som hindret deres daglige virksomhet. Den viktigste «proppen» så ut til å være allmennpraktikeren, mener Anstorp. Nesten alle de intervjuede kvinnene hadde vært hos lege med problemene sine. To opplevde at det var en god behandlingsmulighet. De øvrige hadde opplevd ikke å bli forstått. Legen hadde vært travel, snakket et uforståelig språk og ikke informert om andre behandlingsmuligheter. Nesten ingen av informantene kjente til det psykiatriske behandlingsapparatet eller hvordan en kunne komme i kontakt med det. Flere hadde fått resept på beroligende midler. Middelaldrende kvinner med lav utdanning og (for legene) diffuse problemer kan altså se ut til å ha blitt tapere i forhold til å nå fram til det psykiske helsevesen.

Det er ulike forhold som kan begrense kvinners tilgang på psykiatriske tjenester. Ved tilbud om innleggelse eller behov for sykehusbehandling er mange kvinner hemmet av omsorgsoppgaver. Dersom det er hun som har hovedansvaret for barn og hjem, vil en innleggelse ofte by på problemer. En psykiatrisk innleggelse kan oppleves som lang for en omsorgsperson. Fordommer og manglende åpenhet gjør gjerne at omstendighetene rundt en innleggelse i psykiatrisk avdeling ikke blir taklet på samme måte som en innleggelse på somatisk avdeling. Ifølge den nye loven om barnevern har behandlingsapparatet meldeplikt dersom de oppdager bekymringsfulle forhold for barna. Det kan tenkes at enkelte kvinner ikke tør søke hjelp eller bli innlagt av redsel for omsorgsovertakelse av barna. Dette kan være til hinder for at kvinner tør fortelle om sine symptomer og sin sykdom, noe som igjen gjør at de ikke får den hjelp de trenger. Denne problemstillingen er også svært relevant for å forstå at mange kvinner kvier seg for å søke hjelp for rusmisbruk.

Kvinnens psykiske lidelser er blitt sett på med ulike øyne gjennom historien. I den nyere historie har kvinner opplevd at deres beretninger om overgrep og mishandling ikke er blitt trodd. Deres fortellinger er blitt tolket og sett på som overføringsfenomener, som fantasier eller som delvis selvforskyldt. Dette kan gjøre at motivasjon og lyst til å søke hjelp blir lav. Fordommer overfor psykiske lidelser, for dårlig kjennskap til behandlingsmetoder og resultater, og manglende ressurser i den psykiatriske andrelinjetjenesten til å ta imot den stadig økende andel mennesker som kommer med psykiske problemer, hemmer hjelpsøking. På samme måte som det er rapportert om knapphet på heldøgnsplasser, er det også stor knapphet på poliklinikkjenester. Dette gjelder særlig behov for langvarig inngående behandling.

Selv om psykiske plager er en av de hyppigste henvisningsgrunner til spesialist, håndteres de aller fleste psykiske plager av allmennlegene, og sannsynligvis primært medikamentelt. Det har vært etterlyst større psykiatrisk kompetanse i allmennlegetjenesten. Etter omfattende kursing i diagnostikk og behandling av depresjon av allmennleger i et agderfylke fra 1994 til 1996, er det tankevekkende at det har vært en markert økning i salget av antidepressiver i fylket, og det antas at den økte kompetansen er medvirkende årsak til økningen (Mouland et al 1998). Kvinner står sannsynligvis for mer enn to tredeler av det samlede forbruk av antidepressiva (se for øvrig kapittel 9). Mange kan ha nytte av legemidler, også blant dem som i dag ikke får behandling. Samtidig er det åpenbart at mange psykiske plager henger sammen med selvfølelse, mestringsevne og livssituasjon – som påkaller andre behandlingsformer.

Kunnskapen om kvinners erfaring med å gå i, og å komme til, psykologisk / psykiatrisk behandling er mangelfull. De fleste tilbud og behandlingsformer som tilbys i Norge har ikke tatt bevisst hensyn til om det er kvinner eller menn som behandles. I flere land (Canada, Nederland, USA) utprøves kvinnerettede tilbud og terapiformer, og norsk psykiatri og psykologi bør ha mye å lære fra erfaringene der.

### 10.3.6 Kvinner som har vært utsatt for vold

Kvinner som blir mishandlet, vil ofte før eller siden oppsøke helsetjenesten, og det er i mange tilfeller nettopp helsepersonell som er de første som møter kvinnen etter overgrepene. Leger møter voldsproblemet dels som skader, sår og brudd, og behandler disse. Men ofte behandler de uten å gjøre årsaken – volden – til et tema i konsultasjonen. Muligheten for videre psykologisk støtte og oppfølging gripes dermed ikke. Voldsproblemer er imidlertid også kamouflert i plager uten at årsaken avdekkes. For eksempel er mishandlede kvinner oftere innlagt i sykehus, og gjennomgår hyppigere operasjoner enn andre, uten at historien avdekkes. Den voldsutsatte skjuler de virkelige årsakene til helseplagene på grunn av skam, følelse av skyld og ansvar, ære eller lojalitet (Kirkengen 1993). Mishandling kan også virke inn på sykdomsforløp og behandling, og ved alvorlig pågående sykdom er det ekstra vanskelig for kvinnen å søke hjelp. På dette området er kompetansen blant helsepersonell for dårlig. Få pasienter opplever å bli spurt direkte om vold, til tross for at de aller fleste ikke ville ha reagert negativt på å bli spurt (se også 6.5 om vold mot kvinner).

De største problemene er likevel sannsynligvis knyttet til manglende avdekking av hjelpebehov som ikke er så åpenbare som de fysiske skadene. De psykiske følgevirkninger og hjelpebehov blir i for liten grad oppfanget og fulgt opp i primærhelsetjenesten. Faglig sett er voldsofferarbeid lite prestisjefyllt, noe som kan stå i veien for endring av holdninger og arbeidsmåter. Det finnes voldtaksmottak på en del steder i landet, men det er store geografiske forskjeller i tilbudene, og mange steder finnes de ikke. Den tidsbruk som avsettes til ordinære konsultasjoner, vil ofte ikke være tilstrekkelig til å ivareta det samtalebehov offeret har. Helsetjenesten har også en vesentlig rolle i å «sikre bevis», dvs. utrede og dokumentere volds-skader med tanke på rettsprøving. Det er vist at mange saker blir henlagt på grunn av mangelfull medisinsk dokumentasjon (Texmo og Aarvik 1998). Legers kompetanse på rettsmedisinske undersøkelser må bedres, og på en slik måte at undersøkelsen ikke blir et tilleggstraume for offeret. Bedre kunnskap – både blant leger og blant publikum – kan bidra til å avtabuisere dette området.

### 10.3.7 Oppsummering – hovedmomenter

Det er leger som har definisjonsmakten når det gjelder sykdom. Handlinger og væremåte styres av både legens og pasientens kjønn, og pasientens selvforståelse påvirkes av det samme. Gjennom direkte og indirekte kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter formidles budskap som er preget av kjønn. Thornquist eksemplifiserer dette slik: «Når kvinner med hodepine blir spurt om de føler seg anspente, og fagutøveren kjenner på muskulaturen i nakke-skulderregionen, så 'forteller' fagutøveren at ansenthet og hodepine henger sammen. Hvis det så foreslås avspenningsbehandling eller beroligende legemidler, dreier det seg om et gjennomført tradisjonelt løp. Når



helsepersonell drøfter trening med menn som har høyt blodtrykk, men unnlater å nevne – eller ikke engang ser – deres oppstrammede kroppsholdning, bremsede pust o.l., så kommuniserer de samtidig hva disse mennene bør konsentrere seg om. Det som gjøres viktig, er nøyaktig det samme som gjøres uviktig i møtet med de kvinnelige pasientene» (Thornquist 1998).

Kvinnens lidelser gis oftere enn menns emosjonelle forklaringer. Mange kvinner som kommer til lege med smertetilstander i muskel-skjelettsystemet, reagerer negativt, og opplever ikke å bli tatt alvorlig, når legen antyder at lidelsene kan ha en psykologisk forklaring. Det er trolig en psykologisk komponent i de fleste sykdommer. I alle fall gir sykdom psykiske reaksjoner; oppgitthet, fortvilelse, usikkerhet, stress, og i verste fall håpløshet og angst. Begreper som somatiseringssyndrom, psykosomatiske og somatoforme lidelser ser ut til å fungere som restkategorier for plager som er vanskelige å klassifisere i de tradisjonelle diagnoseskjema, og som helsevesenet ikke vet hvordan man skal behandle. Innen gynekologien er for eksempel dette ofte anvendte begreper; sannsynligvis lettere å uttale enn at man ikke vet.

At psykologisk behandling og støtte i mange tilfeller kan gi positiv effekt på kroppslig sykdom, enten via bedre mestring, men også direkte på symptomene, tolkes gjerne som en tilstrekkelig bekreftelse på den psykologiske (årsaks)-forklaring. I mange tilfeller står man faktisk overfor fenomener med både sammensatt og hittil ukjent opphav. Dette peker på to sentrale momenter. For det første at fenomenet er sammensatt; det betyr at helsepersonell ikke kan forholde seg til plagene ut fra klare objektive funn og klart avgrensede diagnose- og behandlingsskjemaer. For det andre at mange av kvinnens plager har hittil ukjent opphav; det betyr at helsepersonell kan komme til å bagatellisere og psykologisere symptomer som det ville vært mulig å klassifisere og behandle dersom medisinsk forskning hadde vært tilstrekkelig utviklet med hensyn til kjønns spesifikk kunnskap.

Tendensen til å mene at kvinner overdriver sine plager går ofte sammen med antakelser om at psykologiske faktorer spiller en hovedrolle i kvinnens sykdommer. Det kan føre til at de symptomene som blir rapportert blir undersøkt mindre grundig enn de samme symptomene hos menn. Antakelsen om at årsakene er psykologiske eller psykosomatiske kan dessuten føre til diagnostiske feil, til mindre korrekt og adekvat behandling og unødig lidelse, og til at mange ikke får nødvendig medisinsk hjelp. Ny forskning og klinisk erfaring er i ferd med å skape kunnskap som gjør disse plagene lettere å forstå.

Det er relativt lett å arbeide med konkrete, velavgrensede sykdommer som kan behandles. Det er tyngre å stå overfor innfløkte sammenhenger mellom smerter, livsvilkår og lidelse som framkommer i ulike dialoger med pasienter om uro, symptomer og angst, egentolkninger av hva som kan være årsaken, og uvilje til å slå seg til ro med det legen ordinerer. Det er mange pasienter som har besværlige liv, og selv om de ikke forventer at legen skal ordne opp i besværet, bærer de dette med seg inn på legekontoret. «Pasienten har i utgangspunkt et problem som er mer eller mindre uoversiktlig. Problemet er ofte intimt forbundet med dette menneskets levde liv, med vedkommendes livsverden. Pasienten har en forventning om at legen kan yte en eller annen form for hjelp. Det å møte den sammensatte problemverdenen krever en etisk forankret intensjon. Intensjonen bygger på bestrebelsen etter å forstå, snarere enn å forklare. Pasienten er ofte såret, fornedret, opplever sin eksistens som truet. Pasienten søker hjelp. Legens problem oppstår når han møter pasienten med intensjonen om å helbrede, forklare og overta ansvaret; når han

i utgangspunktet møter dette levende menneske som et medisinsk tilfelle» (Merok 1998).

Helsepersonells – og spesielt legers – yrkesidentitet er basert på å være initiativtaker og problemløser, å være den som vet og som kan. Å «tåle» å være avventende, eller aktivt søke det som pasienten selv tillegger vekt, er å utfordre den tradisjonelle yrkesidentiteten. Dette er særlig viktig når det gjelder de lidelsene man ikke forstår, der det ikke foreligger «objektive» funn. Når pasienten presenterer symptomer som ikke lar seg klassifisere, og tilsynelatende ikke behandle – er da dette pasientens eller legens ansvar? Er det pasienten eller legen som er vanskelig?

Vi har i dette avsnittet sett nærmere på møter med helsetjenesten når kvinner kommer med ubestemte kroniske plager, psykiske lidelser og skader av overgrep. For samtlige grupper er 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 viderehenvisning.
- 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 kvinnens livssituasjon, ressurser og mestringssevne.
- For dårlig kapasitet og kompetanse i spesialisthelsetjenestene.
- Kvinnene det gjelder utgjør et mindretall av alle kvinner som benytter seg av helsetjenestene i Norge. Samtidig er dette kvinner med alvorlige og langvarige plager, de utfordrer og legger beslag på store ressurser, og de opplever ofte å få lite hjelp. Dette er gode grunner til å utforske og utvikle nye tilnærminger. Noen slike forsøk beskrives i det følgende.

## **10.4 Nye rammer for behandlingstilbud og møter**

---

### **10.4.1 Kvinners egenvurderte helseressurser**

Det helsefremmende arbeidet overfor belastningslidelser har i stor grad vært rettet mot ulike treningsprogrammer bygget på en naturvitenskapelig tenkning om kroppen, og hvor de det gjelder har vært lite involvert. Det er derfor stort behov for å utvikle tiltak og forskning rettet mot kroppsbevissthet, kroppssopplevelse og bevegelsesglede, der den det gjelder selv er aktør. Dette er en tilnærming som favner både den enkeltes hverdag og livssituasjon, og hennes helseressurser. Kanskje er det også en tilnærming som kan gjøre helsevesenet mindre hjelpeløse overfor viktige kvinnelidelser enn det er i dag.

Å ta utgangspunkt i kvinners egenvurderte helseressurser er en måte å gi rom for kvinnen som subjekt i møte møtet med helsevesenet. Et slikt møte gir muligheter til å overskride helsevesenets tendens til å objektgjøre pasienten – noe som kan være særlig lite gunstig overfor kvinner, og særlig kvinner med plager som kan knyttes til objektgjøring av selvet. Hvis kvinner med kroniske smerter opplever kroppen som en ting, et instrument for hardt arbeid eller andres behov, og derfor sjelden greier å ta hensyn til egne hvilebehov, er det trolig en lite tjenlig løsning at legen forteller henne at hun bør hvile mer. Til og med hvile kan bli et utvendig krav, enda noe hun bør være flink til og klare i hverdagen. Og når hun ikke klarer å presse det inn, er det hennes egen skyld

at hun ikke blir bedre. I bl.a. rusomsorgen er det et tilbakevendende tema at kvinnene trenger å utvikle evnen til å lytte og ta hensyn til egne grenser, lyster og behov. Det blir et stort paradoks om kvinnene skal lære seg å ta dette ansvaret for seg selv gjennom at behandlerne bestemmer hva som er best for dem. På denne måten utfordrer de store kvinnehelseplagene viktige trekk ved forholdet mellom pasient og ansatt i helsevesenet.

Den norske professoren i allmenntilleggsmedisin Kirsti Malterud har, i samarbeid med en kollega i Danmark, utviklet metoder for å kartlegge og mobilisere kvinners egenvurderte personlige helseressurser i møte med allmennpraktikeren (Malterud og Hollnagel 1997). Et sterkt fokus på årsaker til og risiko for sykdom, kan føre til at en overser viktige grunner til at folk blir og forblir friske til tross for helsebelastninger. Folks egenvurderte helse har i mange sammenhenger vist seg å være et minst like godt mål for framtidig sykdom og funksjonsnivå som tradisjonelle risikofaktorer. Men folk har også viktige kunnskaper om sine helseressurser, forhold som hos den enkelte bidrar til å motvirke sykdom. Primærlegen har en viktig oppgave i å gjøre seg kjent med og styrke slike krefter hos den enkelte pasienten.

Egenvurderte personlige helseressurser defineres her som individets subjektive opplevelser og oppfatninger av kvaliteter og strategier hun mener ivaretar helsen hennes, uavhengig av empirisk belegg for helseeffekter. Informantene i denne studien, 49 kvinner i forskjellige aldre og med ulike helseplager, fortalte om styrker og strategier som kan ryddes i seks kategorier.

- «Jeg klarer det jeg må.» Kvinnene fortalte om en indre styrke som kan mobiliseres av ytre påkjenninger. Stahet og utholdenhet ble sett som ressurser, men også tilliten til at en vil klare seg og komme gjennom problemene – en tillit som blant annet bygger på at en har klart seg gjennom litt av hvert tidligere. Særlig omsorgsforpliktelser dannet rammen for denne typen helseressurser. Opplevelsen av seg selv som uunnværlig kunne gi styrke til å fortsette.
- «Jeg snakker med andre.» Et vanlig tema var styrken i det å snakke med andre – både familie, venner og kolleger. Samspill med nettverk kunne både brukes til å finne løsninger på konkrete problemer, sette i gang positive endringer eller utløse trøst, omsorg og støtte.
- «Jeg forsøker å ha en sunn livsstil.» En utbredt helseressurs blant kvinnene var kjente helsefremmende livsstilpraksiser, først og fremst knyttet til kosthold og mosjon.
- «Jeg er fornøyd når jeg er aktiv.» Mange omtalte dagligdagse aktiviteter knyttet til hus, hage, venner og familie som helseressurser. Noen følte seg friskere av slike aktiviteter, for andre var de en måte å distrahere seg vekk fra smerter de uansett måtte leve med.
- «Jeg tar den tiden som trengs.» En alminnelig erfaring blant kvinnene var at problemer ofte løser seg selv – med tiden. Denne tilliten til naturen gjorde at de kunne slappe av og la sykdommen gå sin gang uten å foreta seg noe spesielt. Noen få kvinner nevnte også strategier for aktivt å gi seg selv hvile eller lindring, som middagshvil, å krype til køys eller lytte til kroppens signaler.
- «Jeg har en god konstitusjon.» Noen av kvinnene refererte også til konstitusjon som helseressurs; en sterk og frisk familie, bra genetisk utrustning eller personlige egenskaper som fremmer helse, som optimisme, livsglede, godt humør, lojalitet eller styrke.

Forfatterne presiserer at forekomsten og fordelingen av disse bestemte helseressursene ikke kan generaliseres. Studien bekrefter betydningen av å anerkjenne pasientens egenvurderte personlige helseressurser, og viser legenes muligheter til å trekke fram og bygge videre på disse. Noen av de helseressursene kvinnene oppgir er i strid med vanlige legeråd, for eksempel når kvinnene «klarer det de må» eller blir fornøyde av aktivitet, og legen mener hun først og fremst trenger hvile og avlastning for å bli frisk. I stedet for å overse eller forkaste pasientens egen forståelse av helseressurser, kan legen bruke en slik tvetydighet til å få fram nærmere når og hvordan kvinnen opplever forpliktelser som ressurser.

Kartlegging av pasientens egne vurderinger av helseressurser er derfor et redskap legen kan bruke for å gi mer individuelt tilpasset rådgivning. Slik kartlegging vil også anerkjenne og dreie oppmerksomheten mer mot kvinnens styrker og muligheter til å påvirke egen situasjon. Legen bidrar dermed til å styrke kvinnens råderett og makt over eget liv (empowerment), som vi har sett i seg selv kan gi store helsegevinster.

#### 10.4.2 Kommunikasjon i allmennpraksis

Det finnes forskning om metoder for å forbedre kommunikasjonen og forholdet mellom leger og kvinnelige pasienter. For eksempel utvikler Kirsti Malterud i sin doktorgradsavhandling en klinisk metode for å avdekke og bruke kvinnelige pasienters egne kunnskaper (Malterud 1990). Metoden er basert på en spørreteknikk hun har hatt nytte av i egen praksis. Den består av et sett av «nøkkelspørsmål» som styrer legens oppmerksomhet mot pasientens livssammenheng og egen forståelse. Nøkkelspørsmålene er relatert til fire emner: problemdefinering, årsaksoppfatning, tiltaksforventning og til handlingserfaring:

1. Problemdefinering: «Hva skulle du egentlig aller helst ønske at jeg kunne hjelpe deg med i dag?»
2. Årsaksoppfatning: «Hva tror du egentlig selv at \*\*\* kommer av?» (\*\*\*) er kvinnens egen beskrivelse av plagen)
3. Tiltaksforventning: «Hva har du tenkt at jeg burde gjøre med det – for det har du sikkert tenkt noe om før du kom hit?»
4. Handlingserfaring: «Hva har du hittil funnet ut er det beste du kan gjøre med plagene?»

Hensikten med spørsmålene er å styrke kvinnens posisjon i møtet med legen, ut fra en tenkning om at lege-pasientforholdet ofte forsterker kvinners underlegne posisjon. Felles språklige elementer i spørsmålene er at de er åpne, har konkret realitetsforankring, er invitasjoner til kvinnens forestillingsevne, bekrefter kvinnen som gyldig kunnskapskilde, gir en legitimering av kvinnens medisinske språk, gir humoristisk invitasjon til gjensidighet, gir mulighet til verdig retrett, er en markering av legens vilje til ansvar (Malterud 1990:19). Malterud anvendte metoden i en serie konsultasjoner med egne kvinnelige pasienter, og 122 samtaler ble tatt opp på bånd og analysert. Gjennom konkrete eksempler gir hun innblikk i kvinners egne oppfatninger om årsaker til egne plager og om hvordan de kan lindres. Eksemplene viser hvordan legen kan avlaste kvinnen for årsaksansvar, gi omsorg og støtte osv., og slik bidra til å bedre situasjonen. Mange kvinner uttrykker seg på en måte som røper at de er redde for å få et hypokonderstempel, og derfor nedtoner plagene. Hun finner også at kvinner ofte påtar seg ansvaret for stemningen på

legekontoret, selv om det innebærer at de ikke får uttrykt hva de egentlig har på hjertet.

### 10.4.3 Spesialisthelsetjenester organisert rundt pasientgrupper

En organisering av sykehus og andre helseinstitusjoner som setter pasienten i sentrum ville trolig bedre ivareta kontinuiteten i behandlingen av kvinner. For enkelte kvinnelige (og mannlige) pasienter med kroniske lidelser som krever avansert behandling, kan også et viktig tiltak være å få fri tilgang direkte til «sin» spesialist i situasjoner der man trenger råd eller sykdommen forverrer seg. «Ferdigbehandlet» er ikke noe adekvat resultatmål for en innleggelse i spesialavdeling med en kronisk sykdom. En forankring innad i systemet kan gi mulighet for oppfølging og behandling over tid; med anledning til justering av legemidler og råd uten at det er nødvendig med ny innleggelsesprosedyre. Dette er etablert praksis ved en del sykehusavdelinger for terminalt syke pasienter, og burde kunne praktiseres for flere grupper.

Det finnes noen eksempler på tilbud på spesialistnivå til kronisk syke, som er kjennetegnet ved at de tar omsorg for flere aspekter ved pasientenes liv. Ekspertise fra flere områder (f.eks. gynekologer, revmatologer, psykologer, diabetologer, fysioterapeuter) samles, og gir kvinnene mulighet for en helhet og samling av ekspertise rundt seg, i stedet for å måtte være kasteball mellom fagfolk på forskjellige steder, og uten sammenheng i behandlingen. Vi vil trekke fram:

- Senter for gravide revmatikere ved Regionsykehuset i Trondheim. Det er fortjenestefullt at det nå faktisk finnes et helsetilbud der gravide revmatikere ikke sendes separat til spesialister i fødselshjelp og spesialister i revmatologi, men at disse spesialitetene samler seg i et eget senter der man kan få råd, undersøkelser og hjelp basert på den særegne situasjonen. En tilsvarende ordning har i en årrekke eksistert for gravide diabetikere på Rikshospitalet, selv om denne type virksomhet nå er mer desentralisert til regionene.
- På Rikshospitalet foregår det et samarbeid mellom psykosomatisk avdeling og gynekologer om utredning og behandling av kvinner med kroniske underlivssmerter. Slike tjenester er det et enormt behov for. All erfaring viser at mange kroniske smertepasienter oppsøker mange tjenester i håp om å få hjelp. En bedre, faglig forankret tverrfaglig tjeneste for disse pasientene vil antakelig spare penger, frigjøre arbeidskraft blant helsearbeidere som opplever disse pasientene som håpløse, og bidra til større interesse blant fagfolk for å utvikle god faglig basert behandling også for denne gruppen.
- Kompetansesenter for Sjøgrens syndrom. Sykdommen klassifiseres forskjellig i forskjellige land, og det gjør det vanskelig å planlegge omsorgen for pasientene. Årsaken til sykdommen er stadig ukjent. Ved Haukeland sykehus er det opprettet et kompetansesenter og register for diagnostikk, behandling og forskning omkring Sjøgrens syndrom. Fordi syndromet er komplekst, og gir symptomer i ulike organsystemer, er ulike spesialiteter knyttet til senteret; som revmatolog, øyelege, øre-nese-halslege, patolog og immunolog. Her blir pasientene møtt av tverrfaglige team som kan diagnostisere og behandle på en helhetlig måte.
- Lærings- og mestringssenteret ved Aker sykehus. Ved Aker sykehus i Oslo er det etablert et lærings- og mestringssenter for mennesker med kroniske lidelser. Senteret er et prøveprosjekt som har pågått i ett års tid.

I 1999 åpner et tilsvarende senter ved Fylkessykehuset i Bodø. Pasientorganisasjonene er trukket inn i virksomheten på lik linje med helsepersonell. Senteret arrangerer kurs og grupper for mennesker med ulike diagnoser. Tanken er at opplæring og motivering skal hjelpe pasientene til bedre mestring av smerter og andre plager. Senteret skal også lære helsepersonell å bli bedre helsepedagoger.

- Voldtekstmottak. Både i Oslo, Bergen, Trondheim, Hamar og Skien er det opprettet voldtekstmottak. Organiseringen varierer noe; mottaket er enkelte steder plassert i tilknytning til gynekologisk avdeling, andre steder ved legevakten. Tilbudene omfatter medisinsk behandling, rettsmedisinsk undersøkelse og dokumentasjon, kriserådgivning og viderehenvisning til advokat, terapi, politi etc. I Oslo har man også mulighet til å tilby inntil ett døgn opphold ved Legevaktens observasjonspost når pasienten trenger skjerming. Voldtekstmottak har kommet i stand etter frivilliges innsats, og er stadig flere steder basert på stor grad av frivillig arbeid, uten ekstra budsjetter. Felles for disse tiltakene, er at de yter omfattende hjelp, og søker å ivareta både medisinske og psykososiale behov, såvel som bistand til eventuell politianmeldelse. Gode samarbeidsrelasjoner til politi, bistandsadvokater, krisesenter og det øvrige hjelpeapparat er nødvendig (6.5 gir en mer utførlig behandling av vold og overgrepsspørsmål).

Vi trenger kliniske kompetansesentre, både flere steder i landet og overfor flere pasientgrupper. De kan behandle sykdommer, lidelser, plager og skader som krever sammensatt kompetanse og fokus på den enkeltes muligheter til å mestre en helhetlig tilværelse med sine plager.

#### 10.4.4 Selvhjelpsgrupper

Det har de siste par tiårene skjedd en sterk vekst i antall selvhjelpsgrupper i Norge. Selvhjelpsgruppene er i ferd med å bli betydelige velferdsprodusenter. Det finnes selvhjelpsgrupper for de fleste kroniske eller langvarige sykdomsgrupper, i tillegg til grupper for mennesker som opplever ulike typer livskriser som for eksempel dødsfall, samlivsbrudd og arbeidsledighet, og for mer varige sosiale problemer. Vanlig er det også med grupper for pårørende og familiemedlemmer til personer som har en sykdom eller et problem, som pårørende til senil demente og ektefeller av alkoholmisbrukere. Det er stor variasjon med hensyn til i hvilken grad, og på hvilken måte, profesjonelle helse- og sosialarbeidere er involvert i selvhjelpsgruppene. Felles for de fleste gruppene, er at de er frivillige, små gruppestrukturer for gjensidig hjelp.

I selvhjelpsgrupper foregår utveksling av støtte og erfaring mellom likeverdige deltakere, i symmetriske relasjoner. En hjelper seg selv, mottar støtte og hjelper andre uten å tape status. Mange av selvhjelpsgruppene har vært drevet fram av kvinner. Ammehjelpen ble etablert så tidlig som i 1968, og har hatt stor betydning for informasjonsspredning og støtte til kvinner som har ønsket å amme sine barn. Angstringen er et annet eksempel på selvhjelpsorganisering som også har hjulpet mange kvinner. De definerer selvhjelp slik: «Selvhjelp er å gripe tak i egne muligheter, finne fram til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker det. Selvhjelp er å sette i gang en prosess.» Mobilisering av egenkraft, «empowerment», er et nøkkelbegrep i selvhjelpsarbeidet.

Samhandling med fagfolk har alltid vært av stor betydning for Angstringen som har en psykolog som konsulent. Slike grupper vil ha behov for fagfolk som kan være konsulent og diskusjonspartner, gi anerkjennelse og mot til å gå videre og som kan drøfte problematiske ting med styregruppen, men ikke være tilgjengelig for enkeltgrupper eller enkeltdeltakere. En bredere omtale av arbeidet med egenkraftmobilisering og empowerment er gitt i NOU 1998:18. Det vises også til «Selvhjelps-boken» (Talseth, 1998) som utgis av Sosial- og helsedepartementet/FRISAM.

#### 10.4.5 Organiseringen av allmennlegetjenester – fastlegereformen

Intensjonen med fastlegeordningen er å sikre hele befolkningen kontinuitet i lege-pasientforholdet, noe som spesielt skal komme kronisk syke, pasienter med psykiske lidelser, funksjonshemmede og pasienter under rehabilitering til gode. Ordningen skal også gi bedre grunnlag for samarbeid med spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon. Pasientene skal kunne velge fastlege uavhengig av kommune- og bydelsgrenser, skifte lege inntil to ganger per år, og dessuten ha rett til ny vurdering hos annen lege enn fastlegen. (Høringsnotat fastlegeordningen, Sosial- og helsedepartementet, 1998). Utvalget støtter intensjonen bak forslaget, og ser at det kan bedre situasjonen for mange av de kvinnene som i dag har et problematisk forhold til allmennlegene.

Ustabil og dårlig legedekning i en del små og/eller utkantkommuner og vansker med rekruttering og organisering av det offentlig legearbeidet, har de senere årene vært et økende problem. Kronisk syke mennesker i kommuner med stor gjennomtrekk av leger har i dag ikke den faste tilknytning til lege de trenger. Mellom 4 og 40 prosent småbarnsmødre mangler et kontinuerlig helsetilbud, på grunn av stor gjennomtrekk i legestillinger (Finnvold 1997). Ordningen vil bare delvis kunne realiseres, hvis ikke de virkemidlene Sosial- og helsedepartementet foreslår for å sikre stabil legedekning får den ønskede effekt.

I tillegg til kontinuitet i behandlingsrelasjonen, er tid i konsultasjonen avgjørende for tjenestekvaliteten. Hvor mye tid som kan avsettes til den enkelte konsultasjon, vil blant annet avhenge av hvor mange pasienter den enkelte legen har på sin «liste», og av hvordan listen er sammensatt. I høringsnotatet er kjønn behandlet i forbindelse med spørsmålet om listesammensetning. Kvinnelige pasienter blir her framstilt som et problem; ved at de krever mer tid. Spørsmålet om begrensning av andel kvinner på en liste blir drøftet, og utvalget er enig i konklusjon i notatet. Dette er ikke ønskelig. Blant annet vil en slik løsning kunne begrense kvinners valgmulighet i større grad enn menns. Utvalget stiller seg for øvrig kritisk til det underliggende premiss for denne drøftingen; «mannlige, unge, uproblematiske» pasienter som norm, «kvinnelige, gamle og tunge» pasienter som problem. Alder bør utredes som et alternativt kriterium for listebegrensning.

Ordningen gir legen større forpliktelser enn hva som er tilfellet i dag overfor dem som står på listen. I beste fall vil mange leger mobiliseres til å gjøre en bedre jobb for pasientene sine. Pasienter gis anledning til å stå utenfor ordningen, og til å søke annen lege enn fastlegen (også uten henvisning) mot forhøyet egenandel. Erfaringene fra forsøket var imidlertid at fastlegene var meget restriktive med å ta imot pasienter som ikke sto på deres egen liste. Tilgjengeligheten til annen lege enn fastlegen når det er ønskelig, kan vise seg å bli begrenset.

En uttalt bekymring, er konsekvenser av ordningen for det offentlige legearbeidet i kommunene. Dette ivaretas i dag av kommuneleger med vesentlige funksjoner i helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste og miljørettet (forebyggende) helsevern. Forslaget legger opp til at kommunene i avtaler med fastleger skal kunne kreve en andel offentlig legearbeid. Dette arbeidet vil imidlertid kunne bli svært oppsplittet, og legers deltakelse i overordnet planleggingsarbeid kan forsvinne. En stor del av det offentlige legearbeidet er rettet mot kvinner og barn. Det vil bli viktig å følge med i hvordan dette ivaretas i årene som kommer.

#### 10.4.6 Innsatsstyrt finansiering av sykehus

En økende del av det økonomiske grunnlaget for de somatiske sykehusene er basert på såkalt innsatsstyrt finansiering som trådte i kraft 1. juli 1997. Fra 1999 skal 50 prosent av ressursene gis via dette systemet. Systemet er basert på klassifikasjonssystemet ICD-10 i kombinasjon med «diagnoserelaterte grupper» (DRG). DRG innebærer at pasientene grupperes etter hvilke diagnoser de har, og at det til hver slik diagnose er anslått et visst ressursbehov, som igjen utløser penger. En bekymring er at systemet skal skape vridningseffekter i diagnosesettingen. Det som kan skje, er at finansieringssystemet og ikke faglige vurderinger blir utslagsgivende for hvilke diagnoser som velges – fordi noen diagnoser utløser mer ressurser enn andre. For å få et riktig bilde av hvilke sykdommer det er som behandles i sykehusene, er det avgjørende at kodepraksis er basert på faglige medisinske vurderinger.

Men enda viktigere blir det å følge med i hvilke direkte konsekvenser dette systemet får for tilbudet til pasientene. Utvalget er bekymret for at systemet skal gi endret behandlingspraksis i form av dårligere behandlingsforløp og lavere intensitet i behandlingen og at kvaliteten av behandlingen skal bli forringet for visse pasientgrupper. I forsøket som ble gjennomført i Nordland, viste det seg at rehabiliteringspasienter og pasienter med kroniske lidelser kom dårlig ut på tilbudssiden. Det vil bli viktig å følge med i hvordan systemet vil slå ut, spesielt for pasientgrupper med sammensatte og kroniske lidelser, der mange er kvinner, men også i et generelt kjønnsperspektiv.

Det er lagt opp til en omfattende evaluering av systemet. Blant evalueringsspørsmålene er uheldige vridningseffekter, endrede pasienterfaringer, endret kodingspraksis og behandlingspraksis. Utvalget vil oppfordre til at man i evalueringen følger opp om ordningen i praksis får ulike konsekvenser for kvinner og menn.

### 10.5 Tiltak

---

#### 10.5.1 Hva mangler av kunnskap?

I dette kapitlet er det avdekket kunnskapsmangel på en rekke nivåer. For å bedre helsetjenestene for kvinner i Norge behøves bedre kunnskap på flere områder:

- Det bør utvikles kjønnsspesifikk kunnskap om årsaksforhold, forekomst, diagnose og behandling av sykdom.
- All forbruksstatistikk i helsetjenesten bør analyseres og presenteres for både kvinner og menn, og fordelt på alder.
- Det bør gjennomføres individbaserte utvalgsundersøkelser som følger pasienter gjennom behandlingssystemet; og som kaster lys over eventu-



- elle kjønnsforskjeller i diagnostiserings-, utrednings-, henvisnings- og behandlingspraksis på ulike nivåer.
- Det bør settes i gang særskilte studier som kan gi kunnskap om forløp av kroniske sykdommer med spesiell kvinnerelevans og bruk av helsetjenester over tid.  
Det trengs kvalitative studier av de såkalte «storbrukerne» av allmennlegetjenester. Det trengs også utprøving av hva som er gode møter og hva som øker livskvalitet hos disse gruppene.
  - Det bør snarest etableres en individbasert legemiddelstatistikk som kan gi kunnskap om kjønnsforskjeller i legemiddelbruk.
  - Det er behov for forskning om bivirkninger av legemiddelbruk i et kjønnsperspektiv, med særlig fokus på eldre mennesker.
  - Masseundersøkelser av kvinner, som programmene for masseundersøkelser av brystkreft og livmorhalskreft må evalueres.
  - I de planlagte evalueringene av fastlegereformen og av innsatsstyrt finansiering bør det følges opp om ordningene i praksis har ulike konsekvenser for kvinner og menn.
  - Det bør inkorporeres et kjønnsperspektiv i alle relevante studier som foretas i et evalueringsøyemed. Evalueringer bør også omfatte studier av pasientgrupper som særskilt omfatter kvinner, som for eksempel muskelskjelettlidelser og vanskelig diagnostiserbare tilstander.

(Det henvises for øvrig til kapittel 9 for anbefalinger hva angår kunnskapsutvikling i tilknytning til enkeltsykdommer og spesielle pasientgrupper)

### 10.5.2 Andre tiltak

- Igangsettelse av nye masseundersøkelser, for eksempel mot osteoporose, bør baseres på grundig vurdering av kostnad, nytte og eventuelle uheldige effekter i henhold til Verdens helseorganisasjons kriterier.
- Det trengs fortsatt stimulering til oppbygging av geriatrisk spesialkompetanse og spredning av kunnskap om geriatri til allmennhelsetjenesten.
- Det bør arbeides for å iverksette særskilte tiltak som kan fremme tilgjengelighet til psykiatrisk helsetjenester for kvinner: polikliniske tilbud med lett fysisk tilgjengelighet, større tilgang på kvinnelige terapeuter og økonomisk gunstigere tilbud.
- Psykologisk og psykiatrisk fagekspertise bør, i samarbeid med helsetjenesten for øvrig, arbeide for å sette i gang utvidet forsøksvirksomhet med støtte og hjelp for bedre mestring hos ressursvake (unge) mødre og familier for å forebygge psykiske senskader og sosiale problemer hos dem og barna deres.
- Det bør arbeides for å opprette flere (på helseregions- eller fylkesnivå) spesialseksjoner for utredning og behandling av en rekke kroniske sykdommer som rammer kvinner, og der graviditet og fødsel har innvirkning på forløpet av sykdommene. Kompetansesentre for osteoporose, muligens inklusive rehabilitering av pasienter rammet av lårhals- eller ryggbrudd, opptreningsenheter for slagrammede, sentre for gravide diabetikere og voldtekstmottak er eksempler på vellykkede enheter. Kvinneklinikker, inklusive fødeavdelinger, bør rustes opp med tanke på en bredere mulighet for psykososial omsorg. Det bør videre arbeides med å opprette kompetansesentre for behandling av spiseforstyrrelser. Det bør også satses på å skape tverrfaglige utrednings- og behandlingstilbud til kvinner

med ubestemte plager, som fibromyalgi, bekkenløsning og andre kroniske smertetilstander. Slike tiltak bør underlegges kontinuerlig evaluering, både ut fra nytteeffekt og ut fra brukerperspektiv.

- For personer med kroniske eller sammensatte plager, bør kommunenes ansvar for å vurdere tjenestebehov, for å plassere ansvar for oppfølging og koordinering, og for å utvikle helhetlige og tverrfaglige tilbud skjerpes.
- Aktører i hele helsetjenesten bør skoles i pasientkommunikasjon, med vektlegging av kjønnsulikheter i presentasjon og respons i dialoger om sykdom og behandling.
- Det bør iverksettes en nasjonal handlingsplan mot osteoporose (bein-skjørhet) og brudd.
- Det anbefales at spørsmålet om nedfrysing av egg fra kvinner som gis behandling som kan redusere deres fruktbarhet blir utredet og vurdert på nytt med tanke på lovendring.
- Det er behov for en sentral plan for etablering av voldtekstmottak i alle fylker, slik at alle innbyggere kan søke med rimelig letthet.
- Det er behov for kompetanseoppbygging hos helsepersonell når det gjelder vold- og overgrepssproblematikk, og ulike faggrupper trenger spesiell opplæring i krisehåndtering i forbindelse med vold og overgrep.
- Den rettsmedisinske kompetansen hos helsepersonell må styrkes (se også kapittel 10 for tiltak i forbindelse med vold og overgrep).

## Kapittel 11

**Velferdsytelsene i et kjønnsperspektiv****11.1 Kjønnsperspektivet og de norske velferdsytelsene**

---

Folketrygdloven skal gi oss trygghet mot bortfall av inntekt eller mot store utgifter ved sykdom, og i noen andre tilfeller. Gjennom trygde- og velferdsordninger foregår en fordeling og en omfordeling. En del av trygdeordningene har nettopp som formål å skape en fordeling fra de friske til syke eller til personer med nedsatt helse. Ytelsene som har inntektssikring ved *sykdom* som formål, er derfor spesielt i fokus her.

Fordelingssystemene innvirker også på kjønnsrelasjoner i arbeidsmarkedet, i familien og andre steder. For eksempel vil omfanget av rettigheter under graviditet, fødsel og tjenester knyttet til barneomsorg, virke inn på kvinners arbeidsdeltakelse og på hvordan arbeidsgivere ser på kvinner som arbeidstakere. Hvordan stønadsordninger til enslige forsørgere er utformet, kan ha betydning for kvinners valg mellom å få barn eller å ta abort, eller mellom å bo sammen med en mann eller klare seg alene. Velferdsordningene kan påvirke atferd enten ved å stille betingelser for ytelse eller ved å gjøre noen ytelse mer lønnsomme enn andre. For eksempel får du mer penger utbetalt fra staten dersom du har vært i arbeid før fødsel enn dersom du har vært hjemmевærende eller student. Dette er en bevisst politikk for å sikre at flest mulig skal være i arbeid før, under og etter graviditeten. Folketrygdloven har også vært brukt bevisst i likestillingssammenheng – blant annet for å få fedre til å ta del i permisjonstiden etter at barnet er født. Velferdsytelsene påvirker dermed kvinnelivet, men også relasjoner mellom kjønn på mange forskjellige måter.

*Innledningsvis vil vi trekke opp noen perspektiver som blir sentrale for utvalgets argumentasjon. Utvalget anlegger et kjønnsperspektiv på folketrygden. Å anlegge et kjønnsperspektiv innebærer at utvalget spør om folketrygdens verdigrunnlag og ytelse virker på samme måte overfor kvinner som overfor menn. Målet for utvalget er at ytelsene skal fungere like godt for begge kjønn, men for et kvinnehelseutvalg blir det likevel sentralt å finne ut hvordan ytelsene og verdigrunnlaget eventuelt slår dårligere ut for kvinner.*

**11.1.1 Folketrygden – i et kjønnsperspektiv**

Folketrygdloven er en såkalt «kjønnsnøytral lov». Kjønn gir sjelden formelle særrettigheter. De eneste unntakene er knyttet til fødselspenger. Mangelen på særrettigheter kan i noen tilfeller bety urettferdighet og ulikebehandling.

Mange velferdsforskere har vært opptatt av i hvilken grad velferdsstaten bidrar til å frigjøre lønnsarbeidere fra avhengigheten av markedet – i alle fall de verste effektene av markedet – gjennom stønader under arbeidsledighet eller ved sykdom (Esping-Andersen 1990). Kvinnelige velferdsforskere mener at denne frigjøringen også bør omfatte frigjøring fra avhengigheten av ekteskapet eller forsørgelsen. Dette kan gjøres gjennom to strategier – bygge ut ordninger som gir stønader til kvinner og barn som (av en eller flere grunner) ikke har noen forsørger til barnet, eller gjennom at det tilrettelegges for at kvinner kan delta i arbeidsmarkedet på lik linje med menn. Dette er viktig for

å sikre kvinner som for eksempel utsettes for vold og overgrep fra menn, eller i situasjoner der menn faller fra eller på en eller annen måte ikke oppfyller sine forpliktelser. I hvilken grad omsorgsarbeidet eller hjemmearbeidet overtas av det offentlige, eller ved at det offentlige initierer at menn skal ta en større del av det, viser hvor «kvinnevennlig» velferdsstaten er. Det er viktig å stille spørsmål ved hvorvidt velferdsstaten er kvinnevennlig eller om den gjen-skerer mannsdominans.

Folketrygden bygger på en kombinasjon av et resultatlikhetsprinsipp og et sjanselikhetsprinsipp. Kravet om yrkesaktivitet fører i så måte til en sjanselighet – arbeidende kvinner har samme mulighet som menn til å tjene opp rettigheter. På den annen side er det ikke tatt høyde for at denne sjansen – i alle fall historisk sett – ikke har vært lik, fordi kvinner har tatt større deler av omsorgsoppgavene i hjemmet. Like rettigheter eller likestilling fører dermed til en forfordeling av kvinner. Først i 1992 med innføringen av omsorgspoengene, ble omsorgsarbeidet gitt pensjonspoeng og muligheter til tilleggspensjon. Omsorgspoengene er dermed eksempel på et tiltak som har en kjønnsprofil, og som ivaretar noen av forskjellene mellom kvinners og menns liv. På samme måte er innføringen av fedrekvoten (se 11.4.3) også et eksempel på en rettighet som tar høyde for forskjeller mellom menn og kvinner i forhold til fødsler. Dette tiltaket er også et tiltak som innenfor et kjønnsperspektiv blir sentralt.

*For både kvinner og menn er det en sentral verdi å kunne delta i arbeidslivet og i omsorgen for barn. Samfunns- og arbeidslivet bør akseptere at både kvinner og menn tar en del av omsorgsarbeidet og bidra til at det lar seg kombinere med yrkesaktivitet. Trygdeordninger bør bidra til at mannen skal ta sin del av omsorgsarbeidet for barn. Dersom omsorgsarbeidet er spesielt krevende bør det finnes spesielle ordninger for dette.*

*Kvinnens og menns liv er forskjellige. Kjønnsnøytrale lover og regler gir ikke nødvendigvis de samme resultater for kvinner og menn. Å ivareta et kjønnsperspektiv innebærer at det tas hensyn til sentrale forskjeller i kvinners og menns liv og at trygdeordninger innføres i tråd med dette. Omsorgspoengene og fedrekvoten er eksempler på slike tiltak.*

### 11.1.2 Fra forsørget til forsørger

Da de første velferdsytelsene ble etablert var strategien for arbeiderne å sikre «familielønn». Mannen var hovedforsørger, kvinners ansvar var i hovedsak omsorg og husarbeid. Denne arbeidsdelingen ble reproduisert i trygdeordningene. Nå er mange kvinner selv yrkesaktive. I tillegg har vi per i dag mange flere mulige familieformer enn tidligere, parforhold er mindre stabile, antall husholdninger med en voksen har økt og voksne kvinner er mindre avhengige av menn som forsørgere. Samtidig har ekteskapet mistet sin monopolstilling som samlivsform.

Trygdene ble utviklet for å gi menn erstatning for *tapt inntekt*, ved arbeidsløshet, sykdom, uførhet, yrkesskade el. Trygdene som ble utviklet for kvinner var basert på *tap av forsørgelse* og ga ytelser ved tap av forsørger, eller for manglende forsørgelse. Dette gjenspeilet livsmønsteret for de fleste kvinner og menn på den tiden. Selv om kvinner i høy grad er yrkesaktive i dag, er familiestatus fortsatt viktig for kompensasjon for manglende forsørger (overgangsstønad, etterlattepensjon), for fradrag for stordriftsfordeler ved flerpersonshushold (reduert grunnpensjon og sært tillegg) og for tilskudd til merutgifter ved forsørgelse (barnetrygd, forsørgingstillegg). Men en rekke nye

problemstillinger er aktualisert: Hva skjer i situasjoner der far gifter seg og skilles og gifter seg på nytt før han dør – hvem er da fars enke og skal ha krav på hans etterlattepensjon? Hvis mor og far ikke har vært gift – skal da mor ha rett til etterlattepensjon? Er det hun som har vært hjemme med barna og ikke opptjent seg pensjonspoeng? Eller er det hun som var gift med ham sist, men kun i ett år? Hva skal gjøres med pensjonspoengene – er de fellesformue eller individets formue? Når mor tjener bedre enn far – er det da rimelig at han skal betale bidrag for felles barn? Og er det mer rimelig at han betaler bidrag når han ser barna 40 prosent av tiden, enn når han ser dem 51 prosent? De nye familieformene og den kvinnelige arbeidsdeltakelsen stiller nye krav til folketrygden.

### *Trygdespørsmål*

Hvor godt er det tatt høyde for endringene av familieformer i folketrygden? Bør trygdesystemet individualiseres? Hvilke konsekvenser vil dette få for kvinner?

*En del av disse spørsmålene utredes av samboerutvalget. Kvinnehelseutvalget ber dette utvalget om å ivareta et kjønnsperspektiv i sin utredning. Forskjeller mellom kvinner og menns levekår, livssituasjon og behov bør vurderes i forhold til eventuelle endringer i slike rettigheter.*

### **11.1.3 Folketrygdens ytelser – best for menn?**

Folketrygdens ulike stønadsformer beregnes på forskjellige måter, og i denne utredningen vil det føre for langt å gå inn på detaljer, da systemet med beregning av ytelser er forholdsvis komplekst. Utvalget har isteden valgt å peke på noen problemstillinger knyttet til pensjoner og til økonomisk inntektssikring. Perspektivet for utvalget er at økonomisk sikkerhet og forutsigbarhet kan ha betydning for helsen og senere levekår. *Utvalget ønsker at grunnsikringen for alle skal være god. Men utvalget er også av den oppfatning at det skal lønne seg å bidra til fellesskapet (arbeide). Dette betyr at lengre yrkesaktivitet skal gi bedre ytelser enn kortere eller manglende yrkesaktivitet. Begrunnelsen for dette, er at utvalget ser dette som nødvendig for å kunne opprettholde oppslutningen om et offentlig pensjonssystem.*

#### **11.1.3.1 Heving av særtillegget – svekking av arbeidslinja**

Det skjer en omfordeling fra menn til kvinner når det gjelder pensjoner. Dette skyldes i hovedsak at flere kvinner lever (med pensjon) lenger enn menn, men også at menn i større grad har inntekter over nivået som gir opptjening av pensjonspoeng.

Folketrygdens alders- og uførepensjon består av to hovedkomponenter: grunnpensjon og tilleggspensjon. Grunnpensjonen er lik for alle og uavhengig av inntekt. Tilleggspensjonen beregnes i forhold til antall år med pensjongivende inntekt og i forhold til inntektens størrelse. Minstepensjonistene mottar bare grunnpensjonen, men får i tillegg til minstepensjonen et særtillegg. Særtillegget avkortes krone for krone mot eventuell tilleggspensjon. Dette fører til at tilleggspensjonen må være større enn særtillegget for at man skal få mer enn minstepensjon.

En mannlig minstepensjonist er som regel meget gammel, eller har liten arbeidstilknytning. De som er gamle rammes av at folketrygdens tilleggspen-

sjons- opptjening startet i 1967, noe som har ført til at 92 prosent av alle over 90 år er minstepensjonister. Blant mannlige alderspensjonister som pensjoneres i dag, blir bare ca 7 prosent minstepensjonister, disse har hatt svært lav inntekt. De fleste av dem har også tilleggspensjon, men ikke nok til å overstige særtillegget.

Det er mange flere kvinnelige minstepensjonister. De som er alderspensjonister i dag tilhører de generasjoner som arbeidet i familien. Blant dem som pensjoneres nå tilhører en del kvinner en ny generasjon med høyere yrkesdeltakelse, likevel blir over halvparten av dem minstepensjonister. Dette gjelder særlig de gifte kvinnene, noe som skyldes at en kvinne som har 15 års opptjeningstid må ha hatt en inntekt på 180000 per år i 1997-kroner, for å få en tilleggspensjon som overstiger særtillegget.

Særtillleggssatsen brukes ofte for å bedre minstepensjonistenes levekår. Et dilemma er at hver gang denne satsen økes, blir det flere minstepensjonister. Dette rammer særlig kvinner som har arbeidet deltid og som har så lave pensjoner at «særtillegget liksom kommer krypende opp bak dem og sluker tilleggspensjonen deres» (Koren 1997 s.9).

Økninger av minstepensjonen gir mange kvinner med liten poengopptjening bedret økonomi. På den måten gir det kvinner som har jobbet med ulønnet omsorgsarbeid i hjemmet en mer verdig alderdom. Omsorgspoengene som ble innført i 1992 hadde ikke tilbakevirkende kraft, slik at «husmorgenerasjonen» i liten grad har hatt nytte av dem. På den annen side fører en økning i særtillegget til at mange gifte kvinner ikke får noe igjen for arbeidsinnsatsen sin sammenliknet med for eksempel husmødre. Dette kan sikkert oppleves som bittert for noen av kvinnene som har tilpasset seg reglene, og bestemt pensjoneringstidspunkt etter kravene for å få en tilleggspensjon.

Endringer i særstilleggsatsen har blitt brukt som virkemiddel i 1990, 1991, 1994, 1995, 1997 og 1998. *Utvalget vil påpeke at en god grunnpensjon er av avgjørende betydning for kvinners selvstendighet og for en verdig alderdom. Endringer i grunnpensjonen må imidlertid ikke føre til at kvinners arbeidsdeltakelse ikke gir uttelling. Endringer i særtillleggssatsen bør derfor konsekvent utredes med tanke på antallet kvinnelige pensjonister.*

### **11.1.3.2 Kjønnsperspektivet er sentralt i vurderinger av fremtidige pensjoner**

Utvalget er innforstått med at pensjonsspørsmålene står på den politiske dagsorden, blant annet gjennom Molands- og Olsenuutvalgets utredninger. Utvalget vil peke på noen områder som særlig angår kvinner i denne forbindelse.

Betraktes pensjonssparingen (i offentlige, tjeneste- eller private pensjonsforsikringer) som formue, er dette en del av ektefellenes bo, som holdes utenfor en eventuell deling ved skilsmisse. Kvinner som blir skilt kan dermed bli tapere i pensjonssammenheng.

#### *Trygdespørsmål*

Hvordan ivareta skilte kvinners rettigheter i forhold til mannens pensjon. Skal dette reguleres gjennom ekteskapsloven eller gjennom pensjonsordninger?

Debatten om etterlattepensjoner (enker) er i liten grad sett i sammenheng med debatten om deling av pensjonspoeng ved skilsmisse. På den ene siden er det et ønske om reformer av enkepensjonen i retning av at den skal baseres på den etterlattes egne poeng. Dette innebærer innstramminger i mulighet-

ene til å overta ektefelles pensjon. På den andre siden er det et ønske om at skilte kvinner skal få del i tidligere ektefelles pensjon og pensjonspoeng. Begge spørsmål er knyttet til tap av ektefelles forsørgelse og muligheter for deling av pensjonsrettigheter. Målet bør være å skape en mer enhetlig praksis for begge grupper. Dette bør være et system som ivaretar arbeidslinja, men hvor også en fordeling av pensjonsformuen er mulig.

### *Trygdespørsmål*

Hvorfor skal enker ikke kunne ta del i mannens pensjonspoeng, mens skilte kvinner kan det – eller omvendt?

*Utvalget vil bemerke at pensjonssystemet slik det fremstår i dag er meget komplekst. Ett mål med endringer av det, må være å gjøre det enklere. Helt sentralt er det at endringer i pensjonssystemet vil angå kvinner på andre måter enn menn. Dette forutsetter konsekvensevalueringer av endringer før de settes i verk.*

*Utvalget har ikke sett det som sin oppgave å gå inn i de tekniske detaljene i pensjonssystemet. Men utvalget er kjent med at systemet slik det fungerer i dag, har noen svakheter i forhold til kvinners økonomiske sikkerhet. Pensjonssystemet bør i større grad ta hensyn til behovet for forutsigbarhet i alderdommen. At skifte av sivil status endrer denne forutsigbarheten, er betenkelig.*

*Utvalget mener også at de samme prinsippene gjøres gjeldende når det gjelder muligheter for å dele eller arve ektefellens pensjon for etterlattepensjon og ved skilsmisse.*

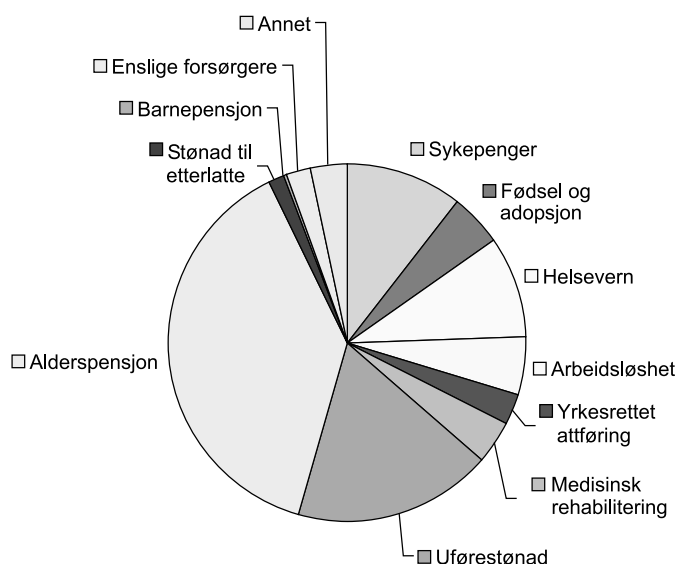
## **11.2 Folketrygdens ytelser – kjønnsnøytrale med kjønnsforskjeller**

---

### **11.2.1 Innledning**

Rammen ovenfor angir folketrygdens formål. I sum skal ytelsene være et sikkerhetsnett enten ved tap av inntekt eller ved særlige utgifter som kan følge av ulike årsaker. Folketrygdytelsene er dermed nært forbundet med levekår – og en utjevning av levekår er også et av formålene med folketrygden. I tillegg er det et mål at trygdene ikke skal skape avhengighet, men at de skal bidra til hjelp til selvhjelp. Dette målet er nært knyttet til arbeidslinja (se 11.3.2).

### Folketrygdens utgifter fordelt på ytelser. I alt 138 893 millioner kroner i 1997



Figur 11.1 Oversikt over folketrygdens utgifter fordelt på de enkelte ytelsene

\*I utgifter til helsevern inngår blant annet utgifter til medisiner, refusjoner til leger og annet helsepersonell, behandling i utlandet etc.

\*\* I annet inngår gravferdshelp, administrasjon og noen andre utgifter

\*\*\* Utgifter til uførestønad innbefatter i tillegg til uførepensjon også utgifter til grunn- og hjelpestønad.

Figur 11.1 viser utgiftsfordelingen på folketrygdens hovedområder. Alderspension, uførestønad og sykepenger er de største utgiftspostene.

---

#### Folketrygdens formål

- Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom, skade, uførhet, alderdom og dødsfall.
- Folketrygden skal bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkeltes livsløp og mellom grupper av personer.
- Folketrygden skal bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg best mulig til daglig.

#### Folketrygdlovens § 1-1

---

Folketrygden er bygget opp slik at det finnes en ytelse for hver av «årsakene» til behovene for trygd. Dette medfører at det er mange ulike ytelser. Gjennomgangen her blir forholdsvis summarisk. Folketrygdens regler er kompliserte, med mange nyanser, og det finnes mange unntak fra de hovedtrekkene som skisseres her.



Utvalget har valgt å prioritere to akser som har med helse å gjøre, men som arter seg litt forskjellig i denne utredningen.

#### *Helseaksen:*

*Dette er ytelser der sykdom er det sentrale vilkår for utbetalingen av ytelsene. Dette er den aksen utvalget mener er mest sentral og som vil stå i fokus for denne gjennomgangen. Av helseytelsene finnes det to hovedtyper:*

- ytelser som har som formål å erstatte tapt inntekt ved sykdom. De viktigste er sykepenger, yrkesrettet attføring, rehabiliteringspenger, foreløpig uførestønad og uførepensjon.
- ytelser som har som formål å dekke kostnader eller spesielle behov ved sykdom. De viktigste er grunn- og hjelpestønad, hjelpemidler og stønad ved medisinsk behandling.

I tillegg nevnes godkjenning av yrkesskade, som gir forskjellige fordeler knyttet til andre av folketrygdens ytelser. I denne utredningen vil vi i hovedsak behandle ytelsene som går til dekning av tapt inntekt ved sykdom. Også i lovteksten eller praktisering av reglene for de andre ytelsene kan det ligge sentrale kjønnsforskjeller. *Utvalget anser imidlertid kjønnsforskjeller i forhold til de ytelsene som skal kompensere for tapt inntekt som de mest sentrale i denne sammenheng.*

#### *Reproduksjonsaksen:*

Dette er ytelser som har med svangerskap og omsorgen for barn å gjøre. Ytelser knyttet til reproduksjon er ikke avledet av sykdom, men de kan likevel ha helsemessig betydning for kvinner, som for eksempel har rettigheter knyttet til graviditet og fødsel. Ytelser til enslige forsørgere har betydning for kvinners selvbestemmelsesrett, og har med mulighetene for å kunne ta økonomisk ansvar for barn å gjøre. Derved kan det også bety noe i forhold til når i livet hun velger å få barn, og for valget mellom barn eller abort. Ytelser knyttet til reproduksjon er presentert i 11.4.

De mest sentrale spørsmål for utvalget er om det finnes kjønnsforskjeller i regelverk og praksis. I hvilken grad er det trygden og trygdereglene i seg selv som fører til forskjeller mellom menn og kvinner? Er det forskjeller i arbeidsmarkedet eller i forhold til omsorgsarbeidet som fører til slike forskjeller? Forbruket av ytelsen kan si oss noe om kjønnsforskjell, f.eks. om det er forskjeller mellom menn og kvinners diagnoser. Statistikken viser også at kvinner i større grad er forbrukere av sykepenger, rehabiliteringspenger, attføringspenger og uførepensjon enn menn. Hva skyldes dette? Hvilke tiltak kan gjennomføres for å bedre kvinners rettigheter og trygdens forståelse av at kvinner og menn ikke er like? Hva kan gjøres for at kvinner forblir i arbeid? Utvalget er også opptatt av møtene mellom brukere og trygdesystemet, dette behandles nærmere i 11.6.

---

### **Sykepenger**

Sykepenger skal kompensere tap av inntekt under sykdom. Arbeidsinntekten må være over 1,2 5G (56 713 kr pr 1. januar 1999). Det ytes ikke sykepenger for inntekter over 6G, men mange arbeidsgivere yter mellomlegg slik at

arbeidstakeren er dekket med 100 prosent. Det kan også ytes graderte sykepenger.

Arbeidsgiver dekker sykepengene de første 16 dagene etter at arbeidsuførheten oppsto. Etter dette er det trygden som dekker sykepengene. Det ytes sykepenger opptil ett år til sammen.

Reglene for sykepenger er noe forskjellig utformet avhengig av om du er arbeidstaker, arbeidsløs, frilanser eller selvstendig næringsdrivende.

#### *Krav til sykdom og dokumentasjon av sykdom*

Arbeidsuførheten må klart skyldes sykdom. Sosiale-, økonomiske eller andre livsproblemer gir ikke rett til sykepenger. Den syke kan egenmelde seg selv i tre dager, og i løpet av ett år har man rett til fire slike egenmeldingsperioder. Arbeidsgiver kan kreve sykemelding fra lege for sykefravær over tre dager. For sykemelding utover åtte uker kreves utvidet legeerklæring (Sykemelding II). Da skal legen vurdere om det er muligheter for at personen kan bli frisk igjen.

Etter 12 ukers sykemelding skal trygdekontoret fatte et skriftlig vedtak der det vurderes om de medisinske vilkårene er oppfylt. I tillegg skal trygdekontoret vurdere tiltak for å få vedkommende tilbake i arbeid. Det kan kreves at arbeidsgiveren redegjør for tiltak på arbeidsplassen.

Det stilles krav om at den syke medvirker til behandling, rehabilitering eller yrkesrettet attføring.

#### *Aktiv sykemelding*

Trygdekontoret kan yte sykepenger til aktivisering og arbeidstrening på arbeidsplassen i inntil 12 uker.

### **11.2.2 Sykepenger**

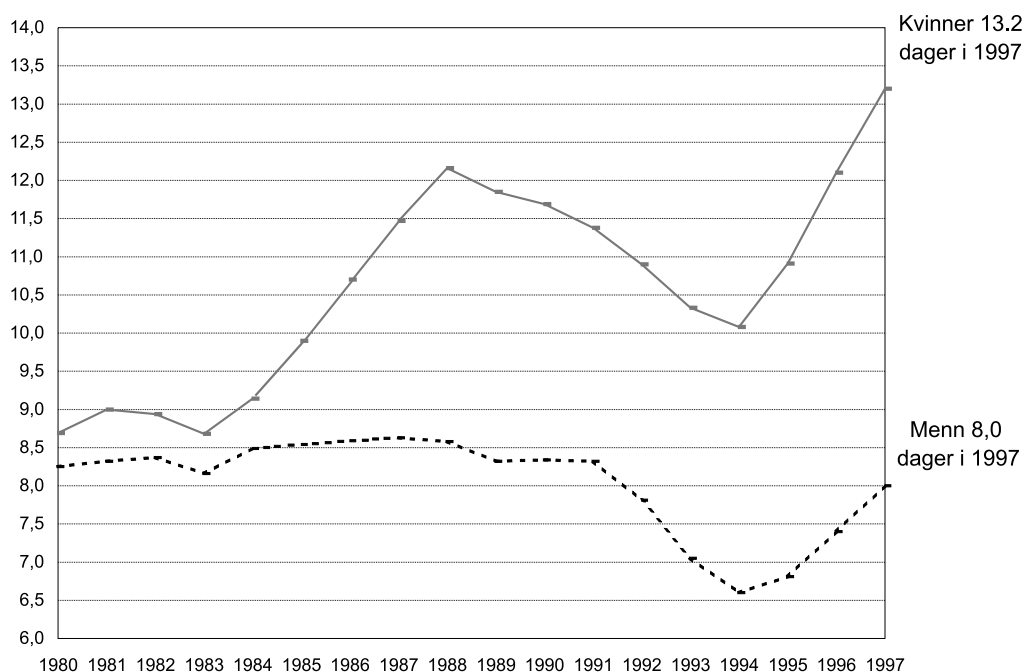
Det kan i noen tilfeller være vanskelig for kvinner å påvise at funksjonsevnen eller arbeidsevnen er nedsatt på grunn av sykdom. Dette skyldes at for tretthetssyndromer, fibromyalgi, el-allergi eller andre «ubestemte plager», kan det være vanskelig å avgjøre hvordan og i hvilken grad plagene innvirker på evnen til å arbeide. (se boks 11.2).

*Bedret kunnskap om slike sykdommer og bedre kriterier for å vurdere arbeidsuførhet, vil føre til en sikrere diagnostikk for personer med slike sykdommer. Slike kriterier vil være til hjelp for trygdeetaten når spørsmålet om trygd skal avgjøres. For den enkelte person vil det ha betydning når det gjelder behandling, prognose og trygderettigheter.*

Sykepengene skal dekke bortfall av arbeidsinntekt på grunn av sykdom eller skade, for å ha rett til sykepenger må man med andre ord være yrkesaktiv. Yrkesaktivitet betyr i tillegg til kravet om at medlemmet må ha vært i arbeid i minst to uker, også at inntekten er over 1,2 5G (56 713 kr.). Intektsgrunnlaget for sykepenger ble hevet fra 0,5 til 1,25 G i 1999. Endring vil ha konsekvenser for tre ganger så mange kvinner som menn. Tall fra RTV viser at det i 1997 var omtrent 22 000 personer som hadde en inntekt under 1,2 5G og som tok ut sykepenger. Av disse var 74 prosent kvinner, og det var omtrent like mange i alle aldersgrupper. I tillegg til de som faktisk tok ut sykepenger vil det være en rekke andre som har denne rettigheten, men som ikke var syke i over 14 dager.

*Utvalget finner det betenkelig at en slik endring er foreslått uten konsekvensutredninger, og har tatt spørsmålet opp med sosialministeren. Vi vet lite om hvilken betydning disse pengene har for dem som tjener dem. En sentral rettighet fratras personer som fra før har lav inntekt. Utvalget påpeker at denne reformen også kan gå ut over personer som kan være marginalisert, men som forsøker seg i arbeidslivet.*

Figuren viser forskjellen mellom kvinnelige og mannlige arbeidstakeres gjennomsnittlige sykefravær 1980 - 1997. Statsansatte er ikke med.



Figur 11.2 Antall sykepengedager som trygden utbetalte sykepenger for per sysselsatt. Figuren gjelder arbeidstakere i ordinært arbeid. Statsansatte er ikke med. Data for 1985 og 1986 mangler.

Kilde: RTV nøkkeltall 3/98

Det er den pensjonsgivende inntekten som legges til grunn for å beregne sykepengegrunnlaget. Innen visse næringer har det vært vanlig å føre all inntekt av fellesbedriften på mannen. Dette har feks ført til at en del bondekvinner ikke har hatt rett til sykepenger. Innenfor slike næringer kan det også være skattemessige årsaker til at inntekten føres på en person, mens de trygdemessige konsekvensene ikke kommer til syne før behovet for trygd melder seg.

*Det er derfor sentralt at både trygdeetaten og skatteetaten samarbeider om god informasjon om forholdet mellom skatt og pensjon til selvstendig næringsdrivende, og at de kanskje særlig vinkler denne informasjonen inn mot kvinner.*

### 11.2.2.1 Forbruket av sykepenges

Det finnes en rekke mål på sykefravær. Opplysningene som kan hentes ut fra ulike registre er noe forskjellige. Ulike undersøkelser kan derfor gi noe forskjellige resultater. Tre tendenser gjør seg likevel gjeldende:

- Kvinner har høyere fravær enn menn.
- Kjønnforskjellene har økt over tid.
- Forskjellene mellom kjønn varierer med fraværets lengde.

Figur 11.2 som viser sykefraværet over 14 dager, viser at det gjennomsnittlige fraværet for kvinner er høyere enn for menn. Gjennomsnittet for kvinner blir høyere fordi flere kvinner enn menn har sykefravær, mens blant dem som faktisk blir syke er det ikke kjønnsforskjeller i varighet (ca 50 dager for menn og kvinner).

I 1997 hadde kvinner 1,64 ganger så høyt sykefravær som menn, dersom fraværet måles i tapte dager og dersom vi bare ser på fravær ut over 2 uker. Brukes NHOs registre som også omfatter arbeidsgiverperioden var forskjellen mellom menn og kvinner i 1998 1,47 for arbeidere og 1,66 for funksjonærer. Kvinnelige ansatte i staten hadde i 1997 et fravær på 7,3 prosent av antall mulige dagsverk, mens menns fravær var på 4,2 prosent. Tendensen til å ha lang varighet på sykefraværene øker med alder. Kjønnforskjellene var høyest i aldersgruppene 25–59 år.

Kjønnforskjellene er relativt små for de egenmeldte fraværene og større for fravær med sykmelding. For de lengste fraværene er det noe mindre forskjeller mellom kvinner og menn.

Som det fremgår av figur 11.2 ble sykefraværet redusert fra 1987/88 til 1994, mens det etter 1994 har økt kraftig. Kjønnforskjellene har i denne perioden blitt tydeligere. Årsaken er delvis at fraværet for kvinner ble redusert mindre enn for menn, men særlig at kvinners fravær har økt mer enn menn etter 1994. I perioden 1994–96 er kjønnforskjellen i sykefraværet over 14 dager økt med 5 prosent. En analyse fra RTV har vist at noe av årsaken til at kvinners sykefravær øker er, i tillegg til økningen i antall sysselsatte, at flere deltidsarbeidende kvinner jobber mye mer enn tidligere. Dette kan være kvinner som får større sannsynlighet for å bli syk med sykmelding og mindre muligheter til for eksempel hvile.

### 11.2.2.2 Hva sykmeldes kvinner og menn for?

De opplysningene vi har om diagnoser og sykefravær er påvirket av tre forhold.

- ICPC kodesystemet som angir hvilke diagnoser pasienten kan registreres med
- Legenes kunnskaper. Det kan være at leger feks bruker psykiske diagnoser der det har pågått en aktivitet for å øke kunnskapene om psykiske problemer eller der tilgangen på psykiatere, psykologer eller kurator er god.
- Pasientens presentasjon av symptomer. Feks er det vist at kvinner oftere presenterer sine symptomer i emosjonelle termer, noe som lettere kan gi en psykiatrisk diagnose, mens menn kanskje i større grad formulerer sine symptomer på en annen måte.

Åndedrettssykdommer er hyppigst forekommende diagnoser blant dem som er borte mindre enn 14 dager. Muskel- og skjelettdiagnoser er vanligste diag-

nose både for menn og kvinner med sykefravær over 14 dager. Det er også flere kvinner enn menn som er sykmeldt på grunn av psykiske sykdommer enn menn, og som har alment uspesifiserte sykdommer. Hjerte-karsykdommer og hudsykdommer forekommer hyppigere blant menn enn blant kvinner.

Blant kvinnene er svangerskapsrelatert sykdom den nest vanligste grunnen til fravær, men også sykdommer i kjønnsorgan er en vanlig grunn til fravær.

Det svangerskapsrelaterte sykefraværet er betydelig. Dette fraværet forklarer en betydelig del av forskjellen i sykefravær mellom menn og kvinner. Hvis det svangerskapsrelatert fraværet holdes utenfor det øvrige blir forskjellen i sykefravær redusert med 33 prosent.

### **11.2.2.3 Årsaker til forskjellene**

*Utvalget påpeker at når kvinner og menns fravær skal sammenliknes er det svært sentralt å holde dette fraværet utenfor sammenlikningen.*

At menn og kvinners sykefravær er så forskjellig, ser altså ut til å skyldes ganske ulike sykdomsmønstre.

Det er både internasjonalt og nasjonalt forsøkt å finne forklaringer på at kvinner er mer sykmeldte enn menn. Vi skal se nærmere på to av de forklaringene som ofte brukes.

- Dobbeltarbeid – eller omsorgsarbeidet i familien
- Kvinner har mer belastende arbeid eller arbeidsmiljø enn menn

#### *Familieforhold – omsorgsforpliktelser*

Gjennom sykepengeordningen har arbeidstakere som har omsorg for barn under 12 år rett til omsorgspenger fra arbeidsgivere i inntil 10 dager. I tillegg har foreldre med kronisk syke eller funksjonshemmede barn under 16 år rett til omsorgspenger i 20 dager. Dette fraværet regnes ikke inn i sykefraværet slik det er presentert her.

Har kvinner mer fravær enn menn fordi kvinner tar store deler av husarbeidet og omsorgen for barna? Resultatene fra forskningen er ikke entydige, verken fra internasjonal eller skandinavisk forskning. Dobbeltarbeid kan ha både en positiv og negativ effekt. Kvinner med små barn kan bli sykere enn menn eller andre kvinner uten barn, på grunn av arbeidsmengden eller rollekonflikter. Samtidig kan det å ha flere roller ha positive helseeffekter, og dermed bety at kvinner skulle ha mindre fravær dersom de har barn enn dersom de ikke har det. Det kan også være at det skjer en viss seleksjon som fører til at de friskeste kvinnene er i jobb og har barn, mens personer som feks er kronikere i større grad velger enten å være i jobb eller å være hjemme med barn. Alternativt kan det være at de velger å arbeide deltid, eller å få færre barn. Kvinner som er i jobb, med sjanse til å bli sykmeldt og kvinner som ikke er i jobb, trenger derfor ikke å være like.

Det er få studier som har vist at kvinner med små eller store barn har høyere fravær enn kvinner uten barn. Men en studie av Bratberg, Dahl og Risa (1998), tar høyde for seleksjon og finner at fraværet øker med antall barn. En tolkning av disse funnene kan være at økende arbeidsinnsats kombinert med barn gir større fravær, altså støttes dobbeltarbeidshypotesen. Mastekaasa (1998:9) viste at gifte kvinner med barn som er to år har 38 prosent flere fravær enn kvinner uten barn. Tendensen er at ett barn øker sannsynligheten for fravær, men at flere barn ikke gir økt fraværshyppighet. I rapporten heter det

at resultatene tyder på svake og kortvarige effekter av å få barn på sykefraværet. Årsaken til dette kan være seleksjonseffekter, at kvinner med flere barn kanskje finner andre tilpasninger til yrkeslivet som feks redusert arbeidstid eller permisjoner.

Enslige kvinner med barn har derimot et betydelig høyere fravær enn andre kvinner. Gifte/samboende kvinner har et fravær som er 1.60 høyere enn tilsvarende kvinner med barn. Enslige kvinner med barn har derimot et fravær som er 4,58 ganger høyere enn enslige kvinner uten barn. Årsaken til deres fravær trenger imidlertid ikke å være knyttet til dobbeltarbeid, men kanskje til effekter av skilsmisse og lignende.

#### **11.2.2.4 Arbeidsted – yrke – inntekt**

Menn og kvinner har svært ulike yrker. Forskjellene mellom kvinners og menns sykefravær er derfor forsøkt forklart gjennom at kvinner arbeider under dårligere arbeidsforhold og arbeidsbetingelser enn menn. I tillegg til at de har dårligere karrieremuligheter og mindre selvstendighet i arbeidet.

I Norge er ikke sykefraværstatistikkene relatert til yrke. Studier fra Sverige har imidlertid vist betydelige forskjeller mellom ulike yrker og fravær. *Etter utvalgets oppfatning vil det være av sentral betydning for å finne forklaringer på forskjeller i menn og kvinners fravær, å få utviklet gode statistikker som viser sammenhengene mellom sykefravær og arbeidsmiljøfaktorer . Utvalget støtter derfor etableringen av et nytt sentralt sykefraværregister, som inkluderer statistikk om alt fravær og som også inneholder en kode for registrering av yrke.*

Det finnes likevel noen studier som har forsøkt å studere effekten av yrke gjennom å bruke SSBs stillingskoder (en yrkesklassifisering med mange svakheter). Analysene tyder på at stillinger og arbeidsplasser kan antas å ha betydning for sykefraværet. Men undersøkelsen viser at menn er i mer fravær fremmende jobber enn kvinner, med unntak av psykiske plager. Det gjenstår også en betydelig forskjell i sykefraværet selv om det er kontrollert for stillingskode.

Andre studier har tatt utgangspunkt i ulikheter i inntektsfordelingen. Inntekten betinges delvis av at kvinner i større grad enn menn arbeider deltid, men også av reelle inntektsforskjeller og forskjeller i arbeidstid. Brage (1997) har vist at når fraværet knyttet til muskel- og skjelettrelatert sykdom i 1994 ble justert for alder og inntekt, endret kjønnsforskjellen seg slik at menn hadde høyere fravær enn kvinner. Undersøkelsen viste også betydelige ulikheter i forekomst av muskel- og skjelettrelatert fravær mellom ulike kvinnegrupper etter inntekt, og disse forskjellene er vesentlig større enn kjønnsforskjellene.

Slike studier har imidlertid en svakhet i og med at de forutsetter at kvinner og menn som har felles stillings- og yrkestittel/inntekt har tilnærmet like arbeidsforhold. Carla Dahl Jørgensen kritiserer slike kvantitative analyser som gjøres blant annet for å forklare sykefraværet. Hun fremhever at forskning om kvinner, arbeid og helse tar utgangspunkt i at arbeidsplassen er lik for kvinner og menn. I tillegg tas det utgangspunkt i at rolleforventningene i forhold til menn og kvinner er like. Arbeidsplassen ses på som et lukket system. Vi vet derfor for lite om sammenhengene mellom kombinasjonene yrkesaktiv – hjemmearbeidende, og vi vet for lite om hvordan kvinner beveger seg mellom disse arenaene. Dermed vet vi også lite om hvordan dette innvirker på sykefraværet.

*Det bør gjøres mer forskning om sykefravær og sammenhenger mellom sykefravær og arbeids- og familieforhold. Vi trenger både kvalitativ og kvantitativ forskning som omfatter samspillet mellom jobb og familie. Forskingen bør ha et kjønnsperspektiv, der virkningene av ulike faktorer som er forskjellige i manns- og kvinnelivet, drøftes. Det svangerskapsrelaterte sykefraværet holdes utenfor.*

---

### **Tiltak for å bedre oppfølgingen av langtidssykmeldte**

- 1988: Sykmelding II – innført for å avdekke behov for aktive tiltak. Legen må gi en prognose og vurdere hvilke tiltak som anses som nødvendige i tillegg til eller i kombinasjon med medisinsk behandling.
- 1988: Basisgrupper: tverrfaglige/-etatlige møter for å styrke den tidlige oppfølgingen
- 1991: Styrking av den rådgivende legetjenesten for å fremme større sikkerhet i den medisinske diagnostikken og for å bidra til tidlig attføring.
- 1991: Plikt for arbeidsgivere til å føre sykmeldingsstatistikk.
- 1991: Mulighet for friskmelding til arbeidsformidlingen, med sykepenger i inntil 12 uker.
- 1993: Ny ansvarsdeling mellom trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten.
- 1993: Innskjerpning av de medisinske vilkår for sykepenger og rehabiliteringspenger.
- 1993: Legenes rett til å sykmeldte begrenses til tre mnd, deretter avgjøres spørsmålet om fortsatt sykmelding av trygdekontoret. Det skal tas stilling til videre behov for tiltak.
- 1993: Innføring av aktiv sykmelding – personen og arbeidsgiveren sikres økonomisk i 12 uker ved at det utbetales sykepenger under bedriftsintern attføring.
- 1993: Sykepenger kan nektes dersom tilbud om behandling, rehabilitering eller yrkesrettet attføring ikke tas i mot.
- 1993: Arbeidsgiver må redegjøre for muligheter og tiltak på arbeidsplassen for at en sykmeldt arbeidstaker kan komme tilbake i arbeid.

### **11.2.3 Aktiv sykmelding – oppfølging av langtidssykmeldte – yrkesrettet attføring og rehabiliteringspenger**

Hjelp til selvhjelp og arbeidslinja er sentrale prinsipper i folketrygden. Velferdsmeldingen og attføringsmeldingen skisserte hvordan disse prinsippene skulle ivaretas (se 11.3.2).

I det følgende skal vi kort skissere noen av tiltakene som ble iverksatt, og vi stiller spørsmål om hvorvidt det tas hensyn til at kvinner og menn er forskjellige, og har forskjellige behov. Vi stiller spørsmål om det kan være at arbeidet med oppfølging av langtidssykmeldte, og forsøkene på å styrke arbeidslinja fremfor trygdelinja, ville fungert bedre dersom det var tatt høyde for at kvinner og menn er forskjellige.

#### **11.2.3.1 Oppfølging av langtidssykmeldte**

Ca 5 prosent av arbeidstakerne står for 80 prosent av alt sykefravær. Fraværet hos menn er mer konsentrert hos en gruppe som har lange fravær, mens det relativt sett både er flere kvinner som har fravær, og fraværshyppigheten er også større for kvinner. Risikoen for å gå over på uførepensjon øker jo lengre

fraværene er. Dette er grunnen til at det er satses på utvikling av tiltak i sykepengefasen for å motvirke varig utstøting fra arbeidslivet.

Trygdekontorenes virkemidler for å redusere sykefraværet innebærer samhandling med den enkelte søker og et samarbeid med leger, rådgivende leger, arbeidsgiver, bedriftsleger, arbeidskontor og i basisgruppemøter. I den senere tid er det lagt mer vekt på samtaler med den sykmeldte, noe som har endret trygdeetatens arbeid. I tillegg til å være regelforvaltere skal de motivere, avklare og forsøke å finne løsninger sammen med de syke.

I tillegg til disse tiltakene er det igangsatt forsøksvirksomhet for å finne nye metoder for å forebygge langtidsfravær (se boks 11.4). Forsøkene har til dels hatt kvinner som målgruppe, men dette skyldes ikke at de ulike forsøksprosjektene har hatt et kjønnsperspektiv som utgangspunkt. Noen har vært rettet mot spesielle arbeidsplasser og organiseringen på arbeidsplassen. I den sammenheng er det satt i verk tiltak rettet inn mot kvinnearbeidsplasser i feks pleie- og omsorgssektoren, helse- og sosialetaten eller mot renholdsarbeidere. I prosjektene som har vært rettet mot unge uføre, er det også bare kvinner som har deltatt (selv om både kvinner og menn har vært målgrupper).

I prosjektet «Kjøp av helsetjenester» er ett av tiltakene rettet inn mot kvinner med bekkenløsning. Poenget med tiltaket er å gi kvinnene med bekkenløsningsplager ordentlig utredning, for på den måten å skille mellom kvinner som vil bli mer eller mindre arbeidsuføre etter fødselen og kvinner som har svangerskapsrelaterte plager. For kvinnene som blir arbeidsuføre kjøpes det et behandlingstilbud i den hensikt å redusere tiden de blir sykmeldte. Bekkenløsning er en av diagnosene vi trenger mer kunnskap om. Prosjektet kan derfor bidra til ny kunnskap.

Felles for disse prosjektene er at kvinner i noen tilfeller blir målgruppene for forsøkene, enten på grunn av diagnoser eller arbeidsplasser. Kvinner har dermed blitt målgrupper for forsøkene, mer eller mindre bevisst.

I noen av disse prosjektene har det vist seg at det er mye å hente på individplan hos en del kvinner, og prosjektene har resultert i at en del kvinner har kommet tilbake i arbeid. Dette er kvinner som kan ha hatt en tøff livssituasjon i en periode av sitt liv. Resultatene fra prosjektene viser at kvinnene trenger mye motivasjon og individstøtte. Dette arbeidet er svært ressurskrevende. I disse sammenhengene ser det ut til at kvinner mer enn menn tør å være åpne om sine problemer, og at dette er en av grunnene til at det er kvinner som deltar i prosjektene.

Andre tiltak har hatt suksess i ulik grad: Det har vært en sterk økning i antall personer som har vært på aktiv sykmelding fra 1995–97. Aktiv sykmelding ble i 1997 brukt for 8 825 tilfeller (statsansatte ikke medregnet). Det vil si i ca 2 prosent av alle sykepengetilfeller. Prosenten er ganske lav, noe som kan skyldes at tiltaket ikke er gjort ordentlig kjent. På den annen side er heller ikke alle sykmeldte målgruppen for disse tiltakene. Målgruppen er først og fremst de som står i fare for å bli varig utstøtt fra arbeidslivet. Ordningen ble mer brukt av kvinner enn av menn, men i og med at det er flere sykmeldte kvinner enn menn, er det vanskelig å si at dette er et tiltak som er mer egnet eller mer rettet inn mot kvinner eller kvinnearbeidsplasser.

*Utvalget er positive til at det skjer en oppfølging av sykmeldte for å forhindre varig trygding.*

*Utvalget mener at beslutningen om å iverksette tiltak, og evalueringen av de ulike virkemidlene for å forhindre langtidsfravær, bør ha et kjønnsperspektiv. Er slik at det er de samme tiltakene som har effekt for kvinner som for menn? Dette er særlig et relevant spørsmål fordi sykefraværet øker mer for kvinner enn hos menn.*



---

### Forsøksvirksomhet

*Forsøksvirksomheten for samarbeid mellom trygd/arbeidsliv:* Utprøving av ulike mulige samarbeidsmodeller mellom trygd/arbeidsliv og arbeidslivstjenesten. Prosjektene går både på system- og individnivå.

*Opptreningsgrupper og rehabiliteringsgrupper:* Kjøp av opptrenings- og rehabiliteringstilbud, samt organisering og rutiner rundt sykefravær.

*Kjøp av helsetjenester:* Kjøp av utrednings- og behandlingstilbud. Yrkesaktive hentes ut av behandlingsskøer, behandling gis utenom ordinær åpningstid på sykehusene. Gjelder for dem som kan behandles ved dagkirurgi, poliklinisk eller ved kortvarige innleggelser. (Landsomfattende fra 1999.)

*Idebank i arbeidslivet: Prosjekt fra og med 1999. Samarbeid mellom partene i arbeidslivet og sentrale styringsmakter. Målet er å samle kunnskap og erfaringer og ta initiativ til tiltak og prosjekter på bakgrunn av innhentet materiale.*

---

*Det er også nødvendig at et mer bevisst kjønnsperspektiv nedfelles i beslutningsprosesser. At visse tiltak rettes enten mot kvinner eller mot menn, bør ikke være resultat av tilfeldigheter, men av at en viss andel av prosjektene skal rettes mot kvinner og mot menn.*

*I tillegg vil vi understreke at dersom det skal skje en korrekt utvelgelse av sykmeldte, og denne utvelgelsen f.eks skal skje ut fra diagnose, bør erfaringene fra tidligere innstramminger av ytelser være at man ikke gjør noen diagnoser til mer verdige enn andre. (Se 11.3.1)*

#### 11.2.3.2 Ansvarsfordeling – veiviserrolle

Ansvar for den yrkesrettede attføringen ble overført til arbeidsmarkedsetaten i 1994. I den forbindelse ble det foretatt en ny ansvarsdraging mellom trygdeetat og arbeidsmarkedsetaten.

Trygdeetaten fikk ansvar for tidlig intervensjon (i sykepengefasen), og skulle ta initiativer til tilbakeføring til arbeidslivet, enten direkte eller ved hjelp av attføringstiltak. Trygdeetaten fikk en veiviserrolle. Veiviserrollen innebærer et ansvar for å vise klienter og arbeidsgivere i retning av rette myndighetsinstanser og mot relevante tiltak. Trygdeetaten fikk også ansvaret for at de rette personene får tiltak, mens andre holdes utenfor. Dette innebar at trygdekontoret fikk ansvaret for å avgjøre om de medisinske vilkårene er oppfylt. I såfall skulle de henvise vedkommende til arbeidskontoret.

Arbidsmarkedsetaten fikk ansvaret for å ha et attføringsapparat av en slik kvalitet og kapasitet at yrkeshemmede skulle få mulighet til å skaffe seg inntekt gjennom eget arbeid. Arbeidsmarkedsetaten skulle vurdere om tiltak var nødvendig og hensiktsmessig. Etter gjennomført attføring skal personen stilles til disposisjon for arbeidsmarkedet. Attføringsapparatet ble forankret i arbeidsmarkedsetaten, både bedriftsintern attføring og andre tiltak.

Attføringssøkeren har på sin side plikt til å ta i mot attføringstiltak som arbeidskontoret vurderer som hensiktsmessige. Attføringspengene stanser dersom vedkommende nekter å ta i mot eller avbryter tiltaket. Personen kan også motta attføringspenger i ventetid på at tiltak settes i verk, eller etter et attføringstiltak, i ventetid på arbeid. Dersom den medisinske tilstand forverres, kan personen igjen ha rett til rehabiliteringspenger. Dette vurderes av trygdekontoret.

Ansvarsdelingen mellom trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten har blitt kritisert. En del personer har opplevd å bli «kasteballer» mellom etatene, for syke til attføring, men for friske til trygd. Evalueringer har vist at ansvarsreformen har belønnet de sterkeste søkerne, med byråkratisk kompetanse. Mens det finnes mye gråsoner problematisk knyttet til gruppa med sammensatte problemer, de som trenger bistand både av medisinsk og yrkesmessig art (Fossestøl, 98). Dette gjelder sannsynligvis flere kvinner enn menn fordi de ubestemte plagene, som kvinner har i større grad enn menn, ses på som sammensatte problemer.

Noen av problemene kan tilskrives innkjøringsproblemer. Det har tatt tid for trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten å bli enige om grensesnittet mellom etatene. Det skyldes sannsynligvis også forskjellige ideologier i etatene, noe som gjenspeiles i mål, prioriteringer og budsjett. Med ideologier menes her at arbeidsmarkedsetaten forholder seg til arbeidsmarkedspolitikken som også skal betjene arbeidsgivere, mens man innenfor trygden forholder seg mer til sosial- og trygdepolitikken, hvor målet er at mest mulig skal gjøres før varig trygdeytelser tilstås.

Arbeidsmarkedsetaten har anlagt et aktørperspektiv der arbeidstakere skal ha rett til å legge frem sine behov, ønsker og forslag. Til gjengjeld har de plikt til å være ansvarlige for sitt eget attføringsforløp og for at de nødvendige opplysninger foreligger på arbeidskontoret. Innvendingene mot denne modellen er at yrkeshemmede kan oppleve møtet med arbeidsmarkedsetaten som krevende, særlig gjelder dette personer med dårlig selvbilde og manglende tillit til egne vurderinger (Fossestøl, 98). Det er dermed en fare for at særlig kvinnelige søkere kan komme dårligere ut. På bakgrunn av erfaringer fra forsøksprosjektene mellom trygd og arbeidsliv ser det nettopp ut som om det er kvinner som trenger motivasjon og sosial støtte.

*Utvalget vil bemerke at det er sentralt at ingen faller mellom ordninger eller opplever seg selv som kasteballer. For å unngå dette kreves en samordning av ressurser. (Jf 11.6.4.3) Aktørmodellen stiller krav til den enkelte trygdesøker. Dette er i og for seg bra. Det er sentralt at det stimuleres til arbeid, men denne stimuleringen må skje i forhold til den enkeltes ressurser. Når det ser ut til at motivasjon og sosial støtte er en viktig selvhjelpsfaktor for kvinner, er det sentralt at dette perspektivet anvendes av trygde- og arbeidsmarkedsetaten. Personer med psykiske problemer og liten selvtillit eller liknende må også få hjelp til å mestre kravene som aktørmodellen stiller.*

*Både arbeidsgivere, arbeidstakere og de offentlige instansene har et ansvar for attføringsarbeidet. Utvalget mener derfor at de offentlige etatene har et spesielt ansvar i få arbeidslivet med på dette arbeidet.*

### **11.2.3.3 Attføring – attføringspenger, rehabilitering – rehabiliteringspenger**

Attføring og rehabilitering er begrep som brukes på mange måter. Det er ulike lover og ulike etater som håndterer noe forskjellige grupper av personer på ulike måter, og både hvem som omfattes og hva de har krav på vil variere.

Kommunene er gjennom kommunehelsesloven pålagt ansvaret for medisinsk rehabilitering. Medisinsk rehabilitering innebærer å hjelpe personer med funksjonshemming eller kronisk sykdom til i størst mulig grad å klare seg selv i samspill med andre. Medisinsk rehabilitering er behandlet i kapitlet om helsetjenester (10.2.5). I perioder med medisinsk rehabilitering kan en person ha krav på sykepenger eller rehabiliteringspenger, dersom sykdoms-

vilkårene er oppfylt og dersom det pågår aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen.

Lov om sosial omsorg har som formål at en søker om sosialstønad skal gjøres selvhjulpent og uavhengig av sosialhjelp i fremtiden. Økonomisk stønad, hjelpetiltak, råd og veiledning, arbeidstrening og liknende skal bidra til at den enkelte kommer raskt ut av systemet. Arbeidsmarkedsetatens tiltak for denne gruppen går under tiltak for sosialt yrkeshemmede. Dette er yrkeshemmede som på grunn av avvikende atferd eller reaksjonsmønstre har vesentlige vansker med å fungere i arbeidslivet. Men disse vanskene kan ikke forklares ut fra medisinsk definerte tilstander som sykdom, skade eller lyte. Dette kan være personer som har omfattende problemer på grunn av rusmidelmisbruk eller kriminalitet. Denne målgruppen får tilgang på spesielle attføringstiltak, arbeidstreningssgrupper og øvrige tiltak for yrkeshemmede. I tillegg finnes det andre yrkeshemmede arbeidssøkere som ikke har rett til attføringspenger og som ikke kan defineres som sosialt yrkeshemmede. Dette er arbeidssøkere som har vansker med å få eller beholde ordinært arbeid og hvor evnen til å utføre inntektsgivende arbeid er nedsatt – eller der valg av yrke er vesentlig innskrenket.

Med yrkeshemmet menes en som er delvis arbeidsufør, eller en som har innskrenkede muligheter ved valg av yrke eller utdanning. Arbeidsmarkedsetaten skiller mellom sosial, fysisk eller psykisk yrkeshemming. Arbeidsmarkedsetatens definisjoner av yrkeshemmede inkluderer dermed personer som har yrkeshindrende helseproblemer, uten at de er varige. Dette betyr at de kan få yrkesrettede tiltak, men at de kvalifiserer til andre ytelser enn attføringspenger.

#### *Yrkemessig attføring – yrkeshemmet etter folketrygdens regler for å få attføringspenger*

Attføringspenger skal dekke utgifter til livsopphold for den som gjennomgår yrkesrettet attføring dersom arbeidsuførheten skyldes sykdom, skade eller lyte. I tillegg kan man få attføringsstønad for å dekke utgifter til arbeidstrening, reiseutgifter, skolemateriell, hjemreiser, boutgifter, flytting, husholdsutgifter, fadder eller praktisk hjelp.

#### *Yrkesrettet attføring – hvem får tilbud?*

I perioden 1991–96 var det registrert 1,1 mill arbeidssøkere på arbeidskontorene. Av disse var ca 15 prosent registrert som yrkeshemmede<sup>1</sup>. Det er noe færre kvinner blant de yrkeshemmede enn blant ordinære arbeidssøkere. Ca en tredjedel av de yrkeshemmede er under 30 år, mens i overkant av halvparten er mellom 30–49 år. Utdanningsnivået blant de yrkeshemmede er lavere enn blant ordinære arbeidssøkere.

---

#### *Attføringspenger*

Ytes til personer mellom 19–67 år. Målet er at personen skal bli i stand til å få eller beholde høvelig arbeid. Attføringspenger skal dekke utgifter til livsopphold for personer som gjennomgår yrkesrettet attføring. Attføringspenger

1. Dette er tall hentet fra arbeidsmarkedsetatens statistikker. Dermed gjelder de alle yrkeshemmede, ikke bare dem som mottar attføringspenger.

gis ved gjennomføring av tiltak, i ventetid før eller mellom tiltak og i en jobbsøkerperiode i inntil ett år etter tiltak.

Attføringspenger ytes dersom inntektsevnen er nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte, men der det fortsatt anses som hensiktsmessig å trene, vedlikeholde eller utvikle arbeidsevnen gjennom arbeidsmarkedstiltak eller utdanning. Det er ingen varighetsbegrensning på attføringspengene.

Om sykdomsvilkåret er oppfylt, avgjøres av trygdeetaten. Evnen til å utføre inntektsgivende arbeid må være varig nedsatt eller muligheter til å velge yrke må være vesentlig innskrenket. Arbeidsmarkedsetaten avgjør om tiltak er nødvendig og hensiktsmessig.

Attføringspenger kan ytes i sykepengeperiode.

Attføringspenger ytes til arbeidstakere, men også til husmødre og studenter.

---

Av dem som mottok attføringspenger i august 1998 (27 527 personer) var 47 prosent menn og 53 prosent kvinner.

Arbeidsmarkedsetatens statistikk presenteres i de fleste publikasjoner uten kjønn. Utvalget har derfor bestilt noen egne tall. Figur 11.3 kan brukes som illustrasjon på ett av denne utredningens hovedpoenger – menn og kvinner er forskjellige. Dette synliggjøres dersom vi ser på hvilken yrkesbakgrunn de yrkeshemmede som mottar attføringspenger har hatt før attføring ble nødvendig.

Mens menn kommer fra industri og bygg og anlegg, kommer svært mange kvinner fra servicenæringer. Kvinneandelen er også stor i sykepleie og helsevern, samt undervisning. At yrkeserfaringen er så forskjellig, tilsier at attføringen eller kvalifiseringen for kvinner og menn bør og må være forskjellig. *Som utvalget påpeker andre steder i utredningen er det sentralt at statistikk bør deles på kjønn. Arbeidsmarkedsetaten bør derfor gjennomgå sine publikasjoner slik at de alltid har med kjønn som variabel.*

På utdanningssiden har de fleste ufullstendig videregående utdanning eller fagutdanning, mens mange også har fullført disse utdanningene. I tillegg har mange grunnskole. Få har høyere utdanning, men det er noen flere kvinner som er yrkeshemmede med attføringspenger enn menn i denne gruppen.

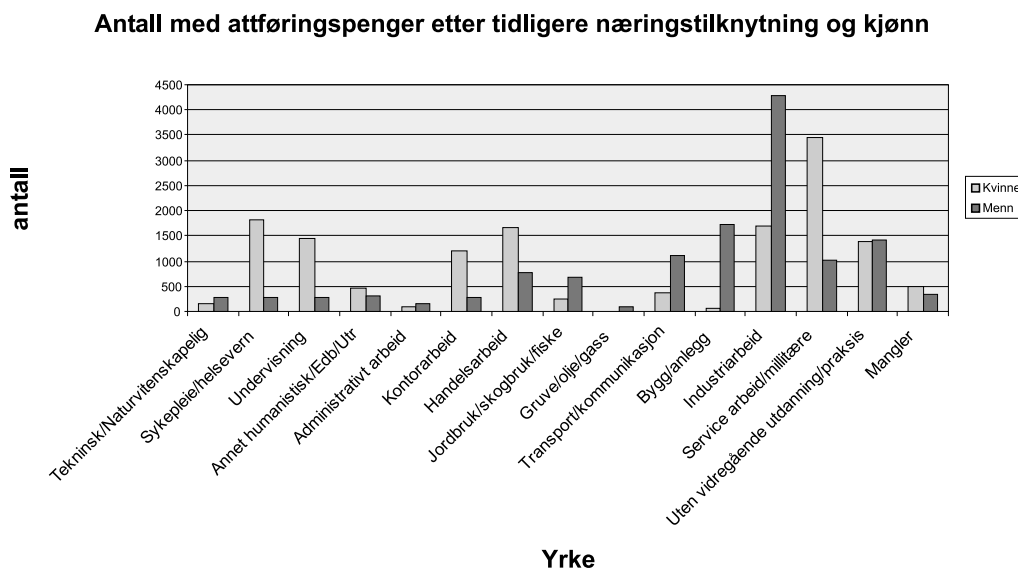
Den største gruppen yrkeshemmede med attføringspenger har ledd-, muskel- og skjelettsykdommer. Det er også mange med psykiske lidelser og med misbruksproblemer.

I tillegg kan nevnes at de aller fleste yrkeshemmede har full uføregrad. I aldersgruppen over 50 år er det flere menn enn kvinner, ellers er det en overvekt av kvinner. Kvinner har som hovedsak dagsatser mellom 0 og 349 kr. Menn har i hovedsak ytelse fra 300 kr og over.

*Statistikken som produseres av arbeidsmarkedsetaten mangler ofte kjønn som variabel. Hvis kjønn er med som variabel er den likevel ofte ikke koblet til alder, diagnose, arbeidserfaring og utdanning. Utvalget vil peke på at slike mangler i statistikken kan tyde på mangler på forståelse for hva kjønn kan bety. Vi vil spesielt understreke at bruken av kjønn i de spesialbestilte statistikkene i denne sammenheng viser en sentral kjønnsforskjell mellom kvinner og menn – de kommer fra forskjellige yrker, sannsynligvis har de dermed ikke behov for samme typer av tiltak.*

*Effekter av yrkesrettet attføring*

Vi mangler god kunnskap om effektene av yrkesrettet attføring og om hvilke tiltak som faktisk fører frem.



Figur 11.3 Andel yrkeshemmede med attføringspenger etter tidligere næringstilknytning og kjønn.

Kilde: Arbeidsmarkedsetaten

Det er likevel gjort noen studier som viser at det er en sammenheng mellom utdanning, inntekt og sannsynlighet for å få jobb. Dette gjelder også for personer som har vært under yrkesrettet attføring. Utdanning, tidligere arbeidserfaring, språk og forhold på arbeidsmarkedet har stor betydning (Ford 1993). Dette peker mot et problem, fordi en del kvinner har mindre slike ressurser enn menn.

Det er flere kvinner enn menn som får attføring og de er under attføring i et lengre tidsrom enn menn. Hans Tore Hansen viser i sin studie (Hansen, 1998) at utdanning, alder og antall inntektsår har betydning for sannsynligheten til å komme i arbeid. Han finner også en kjønnsforskjell, som består av forskjeller i økonomi og arbeidsmarkedsressurser. Dette understreker nettopp dette utvalgets synspunkt – nemlig at kjønn har betydning for ressurser, og dermed også for tilgang på feks arbeid eller pensjon.

Vi vet heller ikke så mye om hvordan brukerne opplever attføringen. En studie har vist at de som har psykiske lidelser i særlig grad opplever attføringen som problematisk (Bergsgaard, 98). Dette skyldes til dels sykehistorien, kompleksiteten i sakene, og kravet om at de selv må være motiverte eller aktive (aktørperspektivet). Få av dem ønsket uførepensjon som løsning, men mange så det som eneste løsning. Få hadde klare ideer om hvordan de skulle bruke attføringsperioden sin. Flere kvinner enn menn har psykiske lidelser, noe som kan innebære at funnene fra denne undersøkelsen er mer relevant for kvinner.

*Utvalget mener at det trengs mer kunnskap om tiltak som har effekt. Det trengs også mer kunnskap om brukernes opplevelser av attføringen. For personer som har*

*psykiske lidelser kan det ikke stilles for strenge krav om motivasjon. I stedet bør et mestringsperspektiv anlegges, der det sentrale blir å fremheve brukerens resursser.*

### *Rehabiliteringspenger*

Rehabiliteringspenger ytes i tilfeller der den medisinske behandlingen pågår ut over sykepengefasen. Det stilles krav om at det i perioden må foregå en aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen. Rehabiliteringspenger ytes i inntil ett år, men med mulighet for forlengelse. Det kan gis forlengelse ut over ett år ved sykdomstilstander der den medisinske behandlingen tar noe mer tid. Rusmiddelmissbrukere som oppholder seg under ettervern kan også få rehabiliteringspenger utover ett år. I tillegg kan det gis utsettelse dersom det fortsatt foregår en aktiv behandling eller dersom personen venter på behandling hos spesialist, ved sykehus eller på behandlingsinstitusjon. Slik forlengelse kan også gis under tidsbegrenset arbeidstrening.

---

### **Rehabiliteringspenger**

Ytes til personer mellom : 18–67 år. Tilstås som hovedregel etter at sykepengene er oppbrukt. Ytes også til studenter og husmødre.

Sykdomsvilkåret ble innstrammet i 1993, og innebar en presisering av at sosiale eller økonomiske årsaker til arbeidsuførhet ikke skal gi rett til rehabiliteringspenger. Arbeidsevnen må være nedsatt med minst 50 prosent. Det må pågå en aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen. Behandlingen kan foregå i eller utenfor helseinstitusjoner.

I 1993 ble også varigheten på rehabiliteringspenger strammet inn til ett år, men med noen unntaksbestemmelser. Årsaken var at mange «oppebar» ytelsen over svært lang tid uten at det faktisk foregikk behandling/oppfølging.

Rehabiliteringspengene tilsvarer uførepensjonen, med unntak av at det ikke gis sært tillegg.

---

Rehabiliteringspenger fungerer på mange måter som en forlengelse av sykepengene, men ytelsene er lavere, ca 60 prosent i gjennomsnitt. Vilklårene for rehabiliteringspengene ble strammet inn i 1993. Blant annet ble det stilt strengere krav til at det skulle foregå en aktiv behandling samtidig som perioden med rehabiliteringspenger ble begrenset til et år. Innstramningene kan ha rammet kvinner i noe større grad enn menn. Dette skyldes problemer knyttet til ubestemte lidelser og plager. For det første kan det være vanskelig å iverksette aktiv behandling overfor de mer ubestemte sykdommene og plagene som kvinner har. Kravene til dokumentasjon av behandlingsopplegg og hvordan det bedrer funksjonsevnen er særlig blitt strengere dersom behandlingen varer over ett år. Dersom det ikke finnes behandlingstilbud har de heller ikke rett til rehabiliteringspenger. Når det også ble stilt strengere krav til at nedsettelsen av arbeidsevnen skulle skyldes sykdom og ikke sosiale eller økonomiske problemer, kan det også være at dette rammer kvinner fordi kvinners plager i en del tilfeller i mindre grad oppfattes som sykdom.

*Utvalget peker på at det er viktig at personer med ubestemte plager får et behandlingstilbud som gjør at de får rett til rehabiliteringspenger på lik linje som andre.*

Det var noen flere kvinner enn menn (55 mot 45 prosent) som avsluttet et rehabiliteringstilfelle i 1997. Det var flest kvinner i aldersgruppen 30–49 år som mottok denne ytelsen.

En analyse fra RTV viser at det har skjedd en vridning i avslutningsmønstre de siste tre åra. 50 prosent av dem som mottar rehabiliteringspenger har ett år etter avslutningen av rehabiliteringspengene uførepensjon. I 1993 var andelen 10 prosent lavere. For alle aldersgrupper med unntak av aldersgruppen 40–49 år er uføretilbøyeligheten høyere for menn enn for kvinner.

Mellom 40 og 50 prosent av kvinnene som får rehabiliteringspenger (over og under ett år) har sykdommer i muskel-, skjelett- og bindevevssystemet. Av disse er ubestemte plager mest vanlige (43 prosent). Ca 38 prosent har mentale lidelser. Depresjoner er vanligste diagnose. For menn er også muskel-, skjelett- og bindevevssykdommer vanlig, men kvinner har noe mer ubestemte plager enn menn. Mentale lidelser er vanligste diagnoser for menn, men en del har også hjerte og karsykdommer.

#### 11.2.4 Foreløpig uførestønad

Personer som har mottatt rehabiliteringspenger har tidligere i stor utstrekning fortsatt på rehabiliteringspenger selv om søknad om uførepensjon er fremmet. Foreløpig uførestønad skal gi personer som har søkt om uførepensjon og som har fått en positiv innstilling fra trygdekontoret, penger i påvente av endelig vedtak om pensjon fra fylkestyret. Ytelsen skal formelt sett behøvsprøves, men det antas at praksis varierer noe.

*Utvalget vil påpeke at det er sentralt at alle som søker om trygd har noe å leve av og ikke må ty til privat forsørgelse eller til sosialkontoret. Trygdeetaten må derfor sørge for at det ikke blir opphold hvor personer står uten inntekt. Dersom trygdekontoret innstiller på avslag, må det iverksettes tiltak for å få vedkommende tilbake i arbeid.*

---

### Uførepensjon

Det stilles krav om tre års botid i Norge før uførheten oppsto. Uførepensjon kan tilstås mellom 18 og 67 år.

*Attføringsvilkår:* Uførepensjon skal ikke tilstås dersom en person kan fortsette i eller komme tilbake i inntektsgivende arbeid. Derfor kreves det at hensiktsmessig medisinsk behandling, arbeidstrening, opplæring eller annen form for attføring er vurdert eller gjennomført før uførepensjon tilstås. Hva som er hensiktsmessig attføring vurderes i den enkelte sak. Alder, utdanning, yrkesbakgrunn og evner må tillegges vekt. Når det gjelder hensiktsmessig behandling avgjøres dette av lege. Det tas da hensyn til den medisinske tilstandens art, alvorlighet og prognose. Flytting skal også vurderes før det er aktuelt med uførepensjon. Personer under 35 år med rusmiddel, eller psykososiale problemer kan bare gis uførepensjon dersom vedkommende har gjennomført eller forsøkt å gjennomføre et individuelt tilpasset opplegg.

*Medisinsk vilkår:* Det medisinske vilkåret består av flere komponenter: Det stilles krav til at sykdommen må være varig. Sykdommen, skaden eller lytet må ha medført en varig funksjonsnedsettelse. Funksjonsnedsettelse må være hovedårsaken til den nedsatte ervervsevnen.inntektsevnen/ arbeidsevnen må være nedsatt med minst 50 prosent. Sykdommen skal være

vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Sosiale og økonomiske problemer gir ikke rett til uførepensjon.

*Ervervsmessige vilkår:* Evnen til inntektsgivende arbeid vurderes gjennom å sammenlikne den enkeltes mulighet til å skaffe seg arbeidsinntekt etter at uførheten inntrådte med mulighetene vedkommende hadde før hun ble ufør. For helt eller delvis hjemmearbeidende sammenliknes arbeidsevnen i hjemmet før og etter uførhet. Uførepensjonen kan graderes. Inntekts- eller arbeidsevnen vurderes i forhold til et hvert inntektsgivende arbeid eller arbeid i hjemmet som hun kan utføre. Graden fastsettes enten ved å sammenlikne inntekten før og etter uførhet, ved å se på stillingsandel eller gjennom en vurdering av hva hun kan klare av husarbeid før eller etter uførhet.

*Ytelsen:* Uførepensjonen beregnes på samme måte som alderspensjonen og består av grunnpensjon, sært tillegg og/eller tilleggspensjon. Det kan også ytes forsørgingstillegg til den som forsørger ektefelle eller barn under 18 år.

### 11.2.5 Uførepensjon: flest kvinner, men best for menn?

Flere kvinner enn menn blir uføre hvert år. Likevel har uførepensjonsordningen blitt kritisert fordi den ikke anerkjenner kvinner og kvinners sykdommer på lik linje med menns. Vi stiller derfor spørsmål om det er forskjeller i lover eller i praksis som fører til at menn og kvinner behandles forskjellig.

#### *Uførepensjon – siste stasjon*

Uførepensjon er en av folketrygdens mest sentrale ytelser. Uførepensjon skal gi sikring mot tap av inntekt under sykdom. Til forskjell fra de andre ytelsene er uførepensjon en ytelse som løper frem til pensjonsalder. Den er altså varig. Og til forskjell fra de andre ytelsene foregår det ikke noen aktiv behandling eller yrkestrening med tanke på å bedre arbeidsevnen. For mange er derfor uførepensjonen et definitivt brudd med arbeidslivet, for andre den endelige godkjennelsen av å få lov til å være syk. (boks 11.7)

Gjennom arbeidslinja er det presisert at det skal igangsettes tiltak knyttet til aktiv oppfølging før uførepensjon tilstås. Dette har vært behandlet i kapitlet om sykepenges, rehabiliteringspenges og yrkesrettet attføring. Som følge av arbeidslinja er det introdusert tiltak for å få flere uførepensjonister til å kombinere arbeid med trygd. Tiltakene er basert på at det skal være lettere å kombinere arbeid og trygd, noe som skal gi incentiver for at personene selv skal velge å utnytte eventuell restervervsevne. Det ser foreløpig ut til at disse tiltakene har hatt liten effekt.

*Utvalget ønsker at mest mulig bør gjøres for personer med helseproblemer før en eventuell uførepensjon fremmes. Det er også sentralt at prosessen for å få trygd ikke ender med at både klienten og trygdeetaten i alle tilfeller ser trygd som sluttresultat. Dersom pensjon er tilstått bør det derfor legges til rette for fleksible løsninger og muligheter for kombinasjoner mellom trygd og arbeid. Samtidig mener utvalget at vi trenger en god uførepensjonsordning for dem som er syke.*

#### *Husmorvurderingen*

Også husmødre og delvis hjemmearbeidende har krav på uførepensjon. Men selv om de har slike rettigheter, kan det være vanskeligere for disse kvinnene enn andre å få pensjon eller å få full pensjon. Personer som har liten eller ingen inntekt, vil få minstepensjon dersom de blir uføre etter fylte 26 år. I tillegg kan



de risikere å få avslag på pensjon eller redusert pensjon på grunn av hvordan uføregraden fastsettes for hjemmearbeidende eller delvis hjemmearbeidende.

For hjemmearbeidende eller delvis hjemmearbeidende er det ikke uten videre enkelt å bruke stillingsandel eller tap av inntekt som et kriterium for å vurdere hvor mye ervervsevnen er nedsatt. Fastsettingen av uføregraden skjer derfor gjennom en sammenlikning av hva søkeren kan gjøre av husarbeid før og etter uførhet. Det er ikke helt opplagt hvilke arbeidsoppgaver som skal telle når arbeidsevnen skal sammenliknes før og etter uførhet. Omsorg for barn, matlaging, vask og stell av hjemmet regnes som husarbeid. Men skal bare det mest nødvendige regnes med, eller det som faktisk gjøres? Brækhus (1996) har vist at det sentrale husarbeidet blir regnet som husmorens arbeid, mens at omsorgen for barn ikke gir særlig uttelling. Samtidig kan man få full uførepensjon selv om man kan utføre noen morsoppgaver. En husmor defineres negativt, med andre ord som en gift kvinne som ikke er opptatt av lønnet arbeid. Det stilles små krav til tempo ettersom det ikke er noen bestemt arbeidstid. Til dels stilles det også små krav til arbeidsoperasjoner fordi mange uførepensjonssøkere er eldre husmødre som ikke lenger har omsorg for barn. Det henger også sammen med at husmorarbeid er lite definert. Trygderetten har også stadfestet at man må være temmelig syk før man ikke greier å gjøre noe husarbeid, dette fører til lavere uføregrad. Ett av ankepunktene mot husmorvurderingen er altså hvilke kriterier som legges til grunn for å foreta vurderingen av hvor syk man må være for å gjøre husarbeid og hva dette husarbeidet omfatter.

Ett annet forhold er at kvinner med liten eller ingen yrkesaktivitet alltid vil bli vurdert i forhold til hva de gjør hjemme, mens menn sjelden eller aldri blir vurdert i forhold til dette arbeidet. Selv om en mann aldri eller i liten grad har deltatt i arbeidslivet, vil det ikke forutsettes at dette er fordi han har gjort husarbeid/omsorgsarbeid. Det ligger dermed i fastsettingen av vurderingsgrunnlaget et implisitt tilleggskriterium for kvinner som ikke stilles til menn. Kvinner som har hatt liten eller ingen inntekt kan dermed også bli betraktet som husmødre, uten at de reelt sett har vært det. Men hun kan ha vært hjemme fordi hun egentlig er arbeidsledig. Andre kvinner kan ha hatt problemer med å kombinere jobb og familie på grunn av helse. Eller de kan ha prioritert barn i en periode av livet, og jobb i en annen. Men dersom uførheten har oppstått i mellomtiden kan de bli sett på som hjemmearbeidende. Årsakene til at hun ikke har noen inntekt kan også være at inntekten er ført på mannen. Både likestillingsombudet og bondelaget har kritisert måten bondekvinnens vurderingsgrunnlag har vært fastsatt på.

Hjemmearbeidende eller delvis hjemmearbeidende har som regel hatt liten pensjonsopptjening på grunn av hjemmearbeidet. Arbeidslinja er i så måte ivaretatt fordi pensjonen de får vil være lav, dersom de har deltatt i arbeidslivet i liten grad. Men disse kvinnene vil i tillegg oppleve enten avslag på pensjon eller at de får gradert pensjon, noe som gjør at pensjonen blir enda lavere eller at de ikke får pensjon i det hele tatt.

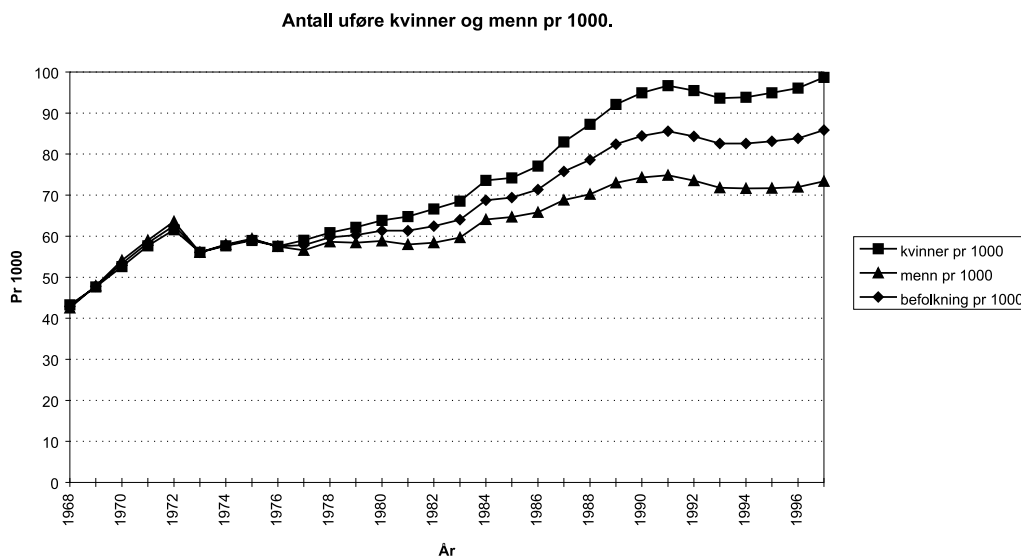
Kvinner som har vært hjemme hele eller deler av sitt yrkesaktive liv, vil få en lav pensjon fordi de har tjent opp få pensjonspoeng. I vurderingen av disse kvinnene trekkes tilleggsmomenter inn, uten at de gjøres gjeldende for menn. Skjønnsvurderingene av hva som er hjemmearbeid og ikke, og av hva det fortsatt er mulig å gjøre eller ikke, er i tillegg problematiske, og preget av oppfatninger om kvinner og holdninger til husarbeid.

*Utvalget foreslår derfor etter en samlet vurdering at det foretas en nærmere utredning om hvordan uføregraden til hjemmearbeidende eller delvis hjemmearbeidende kvinner bør fastsettes.*

### Omsorgspoeng – fremtidige pensjonspoeng

Kvinner som blir uføre etter fylte 26 år, men mens de er hjemme med barn, kan risikere å få en svært lav pensjon. Dette skyldes at omsorgspoengene ikke regnes som fullverdige pensjonspoeng. En som blir ufør i en periode der hun får omsorgspoeng fordi hun er hjemme med små barn, og som på forhånd har opptjent få pensjonspoeng, vil få godtgjort for de årene hun er hjemme med barna. Men det tas ikke alltid hensyn til at kvinnene senere med stor sannsynlighet ville gått ut i arbeidslivet igjen. Dette har konsekvenser for pensjonens størrelse. Fordi det er kvinner som oftest tar dette ansvaret, vil regelen om fremtidige pensjonspoeng kunne slå ganske skjevt ut for et lite antall kvinner. Det kan derfor stilles spørsmål om ikke denne regelen bør omarbeides.

*Utvalget foreslår at de som blir uføre mens de får omsorgspoeng, vurderes som yrkesaktive etter at perioden med omsorgspoeng har gått ut. .*



Figur 11.4 Figuren viser antallet uførepensjonerte fordelt på kjønn 1968–97.

Kilde: Rikstrygdeverket, utredningsavdelingen

### 11.2.6 Forbruk av uførepensjon – forskjeller mellom kvinner og menn

Andelen kvinnelige uføre har siden 1979 vært høyere enn andelen uføre menn, og kvinneandelen ser ut til å øke (se figur 11.4). Dette har vært forsøkt forklart på flere måter. Enten ved å se på kvinners sykkelighet, ulike tilpasninger til arbeidsmarkedet, den enkeltes egne valg eller eksistensen av alternative ordninger.

*Trygdespørsmål*

Er kvinner sykere enn menn, eller er det andre grunner (arbeidsforhold, holdninger til offentlig forsørgelse eller livssituasjon) som gjør at kvinner blir uføre tidligere enn menn?

*Sykelighet – diagnoser*

Kapittel 9 omhandler kvinnens sykdommer. Antallet som uførepensjoneres vil være avhengig av sykdom og av hvordan sykdommen innvirker på evnen til å arbeide. I noen tilfeller kan en liten uførhet ha store konsekvenser for arbeidsevnen, andre kan fortsette i arbeid med sykdommer som i og for seg er alvorlige. Sykdomskapittelet viste at kvinner lever lengre med sine sykdommer enn menn. Dette kan være en av årsakene til at antallet kvinnelige uførepensjonerte er høyere enn antallet menn.

I tillegg blir kvinner tidligere uføre enn menn. Menn blir i større grad enn kvinner uføre i de helt unge aldersgruppene og etter fylte 60 år. For disse aldersgruppene er kjønnsforskjellene små. Fra 35–59 år er det forholdsvis betydelige kjønnsforskjeller, der kvinner i langt større grad enn menn blir uføre

Frem til fylte 50 år er psykiske lidelser den vanligste uførediagnosen for kvinner, mens muskel-skjelett- og bindevevssykdommer er nest vanligst. Kvinnene over 50 år har muskel-, skjelett- og bindevevssykdommer i mye større grad enn de andre aldersgruppene, men det er også en stor andel av dem som har sinnslidelser. Sykdommer i muskel-, skjelett- og bindevev er vanligste diagnose totalt sett for kvinner, sinnslidelser er vanligste diagnosen for menn. Det er flere uføre menn som har sykdommer i sirkulasjonssystemet og sanseorganene (hjerte- og karsykdommer) samt sykdommer som følge av ulykker, skader, forgiftninger eller vold.

Slike diagnoseklassifiseringer er ganske grove og omfatter mange forskjellige typer av sykdommer og plager. Innenfor muskel-, skjelett- og bindevevssykdommene dominerer ryggsykdommer, myalgier og fibromyalgi. Det er en overvekt av kvinner innenfor alle disse diagnosegruppene, men kjønnsforskjellen er størst mellom kvinner og menn når det gjelder myalgi/fibromyalgi. Nevroser, psykoser og mental retardasjon er de vanligste underdiagnosene ved sinnslidelser. Det er mindre forskjeller mellom kvinner og menn i antallet som har sinnslidelser. Mens kvinner har mer nevroser, er det menn som dominerer innenfor de andre diagnosene: psykoser, alkoholisme og retardasjon. I hver av diagnosekategoriene øker antallet uføre med alder.

**Tabell 11.1: Andel uførepensjonister etter kjønn og diagnose 1997.**

| Diagnose                                    | Kvinner % | Menn % | I alt % |
|---|-----------|--------|---------|
| Skjelettmuskelsystemet og bindevevet        | 39        | 25     | 32      |
| Psykiske lidelser                           | 27        | 31     | 29      |
| Sykdommer i nervesystemet og Sansesorganene | 7         | 7      | 7       |
| Sykdommer i sirkulasjonssystemet            | 5         | 12     | 8       |
| Ulykker forgiftninger og vold               | 4         | 7      | 5       |
| Alle andre diagnoser                        | 19        | 17     | 18      |
| I alt %                                     | 100       | 100    | 100     |

Kilde: Trygdestatistisk årbok 1998. Diagnosebruken og registreringen av diagnoser for uførepensjonister bygger på den internasjonale klassifikasjon av sykdom, skader og dødsårsaker (ICD-9, ICD-10 fra 1998).

For dem som fikk pensjon i 1997 var den vanligste diagnosen for nye uførepensjonister depressiv nevrose og angstnevrose. Ser vi diagnosene fordelt på kjønn var den aller vanligste diagnosen for kvinner for fibromyalgi, mens den for menn var angina pectoris. Dette viser at noen sykdommer som fører til arbeidsuførhet er felles, men at det også er store kjønnsforskjeller mellom sykdommene som fører til uførepensjon. Det er også verd å merke seg at fibromyalgi var den vanligste diagnosen kvinner fikk uførepensjon for i 1997. Dette betyr at selv om en del kvinner får avslag med denne diagnosen, er det også svært mange som får pensjon.

Det ser dermed ut til at menn og kvinners sykkelighet er forskjellig, og at noen av kjønnsforskjellene i bruk av uførepensjon kan foreklaras som forskjeller i sykkelighet.

#### *Arbeidsmarkedet – utstøtning eller tilknytning?*

Som vi har sett tidligere i dette kapittelet er det ikke bare diagnosene som vektlegges ved en vurdering av uførepensjon. Evnen til å opprettholde inntekt og funksjonsevne vil også bli vurdert ved tilståelse av pensjon. Ved fastsetting av uføregraden vil arbeidserfaring, jobbmuligheter og alder påvirke. Arbeidsmarkedet vil også påvirke mulighetene for attføring og dermed mulighetene for å komme tilbake i jobb.

Innenfor trygdeforskningen er to teorier sentrale for å forklare forholdet mellom arbeidsmarkedet og uførepensjonsordningen: *Utsøttingsmodellen* og *attraksjonsmodellen*.

I utsøttingsmodellen vektlegges effektiviseringsprosesser i arbeids- og næringsliv, og hovedpoenget er at innskrenkninger og bedriftsnedleggelse kan føre til flere uføre. Utsøtning skjer som en kombinasjon av endringer i arbeidsmarkedet og personlige forutsetninger for å møte disse endringene, der f eks alder og helse kan spille en rolle. For kvinner vil en slik modell ha forklaringskraft dersom det er slik at kvinner kan tenkes å møte spesielle utfordringer gjennom endringer i arbeidsmarkedet f eks fordi de har lavere utdannelse, eller fordi de har omsorgsoppgaver som ikke lar seg kombinere med et økt arbeidspress. Innenfor et slikt perspektiv vil vi også finne

geografiske variasjoner i antallet uførepensjonerte på grunn av lokale variasjoner i arbeidsmarkedet.

Utstøtingsmodellen har blitt kritisert av flere fordi den overser at flertallet av kvinner som lever på trygd har vært forsørget gjennom annen måte enn lønnet arbeid (Wærness 1982). Kritikken støttes av bla Kolberg, som har vist at det er personer i arbeidsmarkedets periferi som rekrutteres til uførepensjon. Videre peker han på at arbeidsmarkedet er ulikt for de med høy utdanning og stabile arbeidsforhold og de som har lav utdanning og mer ustabile arbeidsforhold. Blant kvinner er det mange i den siste gruppen. Kolberg peker på at vi både har fått en økt andel kvinner på uførepensjon og i arbeidslivet på samme tid, og spør om ikke dette kan skyldes en overgang fra lønnet til ulønnet arbeid. Kjelstad (1990) påpeker imidlertid at det ikke er kvinner med sporadisk inntekt som blir uføre, men kvinner som har hatt stabil yrkesarbeid.

Attraksjonsmodellen ser på veksten i antall uføre ut fra et individperspektiv. Økende generøsitet i velferdsordningene vil føre til at flere velger trygd som inntektskilde fordi fritid ses på som mer attraktivt enn arbeid. Hovedtanken er at trygdeordningene ses på som så generøse at de faktisk er alternativer til arbeid for noen. Dette gjelder særlig for de med lav inntekt, liten tilknytning til arbeidsmarkedet og lignende, eller for eldre som blir arbeidsledige. Innenfor et slikt perspektiv blir uførepensjon mer attraktivt for kvinner enn for menn. Dette skyldes at flere kvinner har lav inntekt og mer sporadisk arbeidstilknytning. I Norge er det færre alternativer til uførepensjon enn i en del andre land, samtidig som ganske få er i lønnet arbeid, dette brukes som en av forklaringene på at vi har mange uføre. Innen denne modellen vil den enkeltes valg eller holdninger til offentlig forsørgelse påvirke valget av trygd eller arbeid i tillegg til kunnskapene om trygdesystemet. Uførepensjonen er i dag for de fleste ikke et godt økonomisk alternativ til en fast jobb, men arbeidsgivere har «subsidiert» uførepensjonen til ansatte for å gjøre det mer attraktivt å slutte. Derfor er det i dag utviklet avkortningsregler for å forhindre denne praksisen.

Christoffersen (1995) har forsøkt å kombinere perspektivene. Utstøting fra arbeidsmarkedet er kanskje det første steget i en prosess, dette skjer ofte ufrivillig. I neste fase er det nødvendig å tilpasse seg nye arbeidsmarkedsforhold. For noen vil nytt arbeid være en mulighet, for andre ikke. Uførepensjon kan fremstå som et alternativ for den siste gruppen, dette gjelder særlig fordi ytelsen er varig og sikrer en stabil inntekt. Uførepensjonen vil være sårbar for et slikt press (enten fra arbeidsmarked eller individuelle valg), fordi det ikke er mulig å sette helt klare grenser rundt kategorien ufør. Selv om det brukes medisinske kriterier for å regulere bruken av uførepensjon, vil uførhet tilsløre et sosialt fenomen. Press fra søkere, leger, administrasjon og rettsapparat vil øke i økonomiske nedgangstider. Nedgangstider kombinert med kvinnens inntreden på arbeidsmarkedet og behov for selvforsørgelse (i motsetning til familieforsørgelse), øker først presset på arbeidsmarkedet og deretter på behovet for offentlige forsørgelsesordninger. Innstramninger vil virke mot sin hensikt fordi det etterhvert vil bli et nytt press mot uførhet som kategori.

Levekårskapittelet har vist at det er grunn til å spørre om arbeidsmarkedet fungerer ulikt for kvinner og menn. Det er sannsynlig at arbeidsmarkedet kan virke utstøtende på forskjellige måter for kvinner og menn. Det er også sannsynlig at trygd som mulighet for livsopphold har en annen attraksjon for kvinner enn for menn, men at denne attraksjonen er avhengig av tilknytningen til arbeidsmarkedet inntekt og arbeidsforhold. Hvordan og i hvilken grad vet vi lite om.

Antallet uførepensjonerte kan også være avhengig av om menn har andre avgangsmuligheter enn kvinner. Er det slik at menn tar ut avtalefestet pensjon mens kvinner blir uføre? I så fall er det slik at kvinner må gjøre avgangen til en sykdom, mens menn ikke må det. Dette er et spørsmål vi mangler kunnskap om. AFP-ordningen er nettopp innført for 62-åringer. Hvilken effekt den har på uføreratene er det for tidlig å si noe om. Svært mange kvinner blir uførepensjonert i aldersgruppene rundt 50 år. For disse vil denne ordningen ha liten betydning.

*Utvalget vil påpeke at det er behov for mer forskning om forholdet mellom arbeidsliv og uførepensjonering, med utgangspunkt i at menn og kvinners har ulik tilknytning til arbeidsmarkedet. Det er sentralt at ulike forskningsprosjekter i slike analyser benytter et eksplisitt kjønnsperspektiv.*

### *Forskjeller i geografi eller klasse*

Forholdene på arbeidsmarkedet kan skape regionale variasjoner i tendensen til å uførepensjonere seg. Mellom høy- og lavstatusgrupper er det også påvist forskjeller i tendensen til å uførepensjonere seg.

Ser vi på utbredelsen av antall uføre fordelt på fylker eller kommuner finner vi store geografiske variasjoner. Det er problematisk rent metodisk å foreta geografiske sammenlikninger, for hva sammenlikner vi egentlig? Arbeidsmarkedet, helse, trygdekontorenes praksis, kultur eller holdning til arbeid? Hvordan innvirker ulike prosesser som bedriftsnedleggelse eller fraflytting på antall uføre (hvem flytter, hvem blir igjen)? Det vi vet er at arbeidsmarkedet varierer hvis vi for eksempel sammenlikner en kommune med en hjørnestensbedrift og en kommune med blandede næringsstrukturer som f.eks. Oslo. I Rikstrygdeverket pågår det for tiden et prosjekt som forsøker å analysere de geografiske endringene i uføreratene over tid. Erfaringene så langt er at det er problematisk å sammenlikne kommuner og fylker, fordi det skjer så mange prosesser samtidig som vil innvirke på antallet som uførepensjoneres.

Effekten av sosial klasse viser ganske entydig at det er dem med lavest inntekt som blir uføre. Men inntekten er nært forbundet med at forholdene på arbeidsmarkedet antas å virke uførhetsskapende i ulik grad. Lavstatusyrkene er ofte mer rutinepreget, de rekrutterer personer med lav utdanning, mindre arbeidserfaring, sneverere ferdigheter og/eller svakere helse. Personer i lavstatusarbeid anses dermed å være mer utsatt for utstøting enn personer i høystatusjobber. Det skjer også oftere utstøting for personer i lavstatusjobber.

Kjelstad (1990) finner at yrkestilknytning og stabilitet i yrkestilknytningene forklarer tendens til uførepensjonering. Hun finner en overhyppighet av uførepensjonering blant kvinner med stabil yrkestilknytning og lav inntekt. Uførehyppigheten er høyere for kvinner enn for menn uansett inntektsnivå. I så måte mener Kjelstad å finne en viss støtte for dobbeltarbeidshypotesen. Sporadisk yrkestilknytning ser ut til å bety mer for menns sannsynlighet til uførepensjon enn for kvinner.

Bjerkedal har foretatt flere studier av hvilke yrkesgrupper som uførepensjoneres. Generelt sett er yrke en problematisk variabel å analysere fordi vi ikke har gode data for yrke. Når det gjelder kvinner med muskel- og skjelettsykdom, var risikoen for uførepensjon størst blant dem som arbeider innenfor industri, serviceyrker eller handelsarbeid. Blant de yrkesgruppene som var store nok til å beregne yrkesspesifikke rater utgjorde butikkeks-peditører, rengjøringsarbeidere og hjelpepleiere ca en tredel av alle som ble

uførepensjonert. (Bjerkedal og Wergeland, 1995). I en annen rapport om yrkesspesifikk uførepensjonering i aldersgruppene 40–66 år viser Bjerkedal (1996), at det er personer i typiske mannsyrker som gruvedrift, industri og bygg og anlegg som har høyest sjanse for å bli uføre. Kvinner ansatt i service-næringer og renhold har også en stor sjanse for å bli uføre. I rapporten heter det at det er vanskelig å sammenlikne menn og kvinner fordi de arbeider i så forskjellige yrker. Og selv om andelen innenfor de forskjellige yrkene er lik, er det ikke gitt at de eksponeres for de samme belastningene. Undersøkelsen viser også at yrkesspesifikke forhold har hatt liten betydning for økningen av antall uføre på 1980 tallet, økningen var omtrent den samme innenfor alle yrkesfelt. I artiklene pekes det på at oppmerksomhet om arbeidets organisering og tilrettelegging av arbeidet, arbeidsdagens lengde og arbeidstempo kan være tiltak for å forebygge varig utstøting innen for disse yrkene.

*Vi trenger mer kunnskap om yrke, arbeidsoppgaver, sosial status og tendesen til å bli uførepensjonert. Utvalget viser i den forbindelse også til det som er sagt om arbeidshelse i kapittel 5.*

Hjemmearbeidende kvinner med mange barn, omsorgsoppgaver overfor syke eller hjelpetrequende, og der ektefellen ikke hjelper til, søker ofte om uførepensjon begrunnet i psykiske plager og nedslitthet. Det er dermed sentralt i tillegg til å se på yrkesarbeidets betydning for uføreratene, også å se på de helsemessige konsekvensene av hjemmearbeid. *Utvalget vil fremheve at selv om kvinnens økte yrkesmessig deltakelse kan gi økt uførhet på grunn av arbeidsmiljøforhold eller dobbeltarbeidseffekter, er det ikke slik at hjemmearbeid eller omsorgsarbeid utelukkende er helsefremmende.*

*Hva betyr det at andelen kvinner er høyere enn andelen menn?*

Selv om det er flere kvinner enn menn som er uføre, er uførepensjonsordningen blitt kritisert av bla Malterud for å være diskriminerende mot kvinner. Hun har særlig kritisert ordningen fordi kvinner med lidelser uten objektive funn ikke får pensjon. Det har skjedd to hovedendringer når det gjelder de helsesrelaterte ytelsene. De medisinske vilkårene har vært strammet inn og arbeidslinja er lagt til grunn som ideologi (se 11.3). Vi stiller derfor spørsmål om innstramningene har gjort det vanskeligere for kvinner å få pensjon, og om det er belegg for at ordningen praktiseres på en kvinnekiskriminerende måte.

I perioden 1988–92 var det en nedgang i antall kvinner med muskelsmerter og nevroser som fikk pensjon. Nedgangen samsvarte med hva en kunne forvente ut fra lovendringen i 1991, bortsett fra at nedgangen var uventet stor (Bjerkedal 1994 s 21). Virkningen så også ut til å komme før innføring av de restriktive reglene.

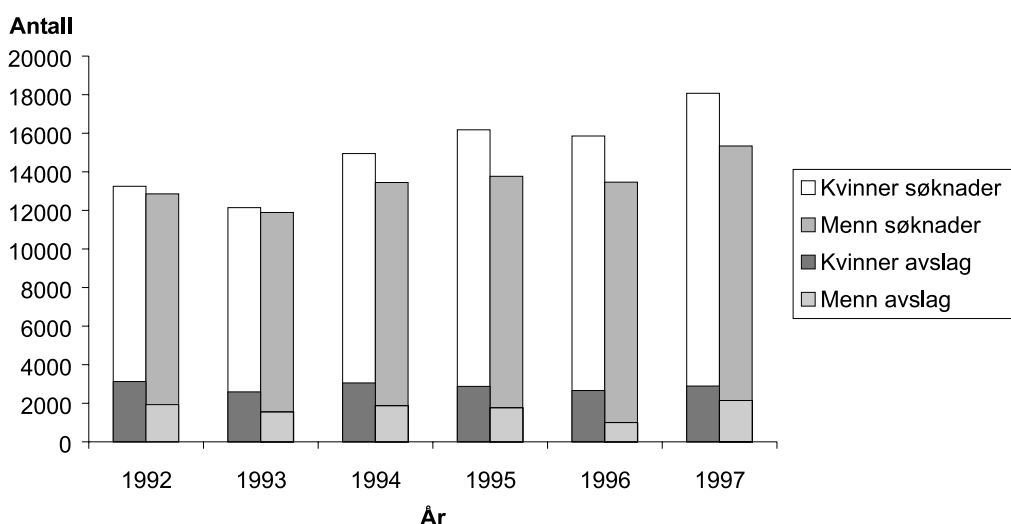
I 1997 er avslagsprosenten for kvinner 16 prosent og 14 prosent for menn. En undersøkelse fra RTV har vist at avslagsprosenten har variert i løpet av 1990-tallet og nådde sitt foreløpige høydepunkt i 1992/93. Men også antall søknader har variert kraftig. Fra 1993 finner det sted en økning i søkerhyppigheten. Økningen var noe sterkere for kvinner enn menn og gjaldt først og fremst kvinner med sykdommer i skjelett-muskelsystemet. Sterkest er økningen i søkerhyppighet blant kvinner med myalgi, fibromyalgi som øker med nesten 50 prosent i perioden 1993 til 1996.

Det er særlig kvinner, og særlig med diagnoser som fibromyalgi, som ser ut til å ha blitt rammet av innstramningene i 1991. Men vi ser etter 1995 en markert nedgang i antallet avslag, samtidig som antall søknader har økt. Praxis har dermed blitt justert.

Brytes forskjellene mellom menn og kvinner ned på enkeltfaktorer ser vi at:

- Avslagsprosenten er tilnærmet lik når yrkesaktive kvinner sammenlignes med yrkesaktive menn
- Avslagsprosenten ligger noe høyere for yrkesaktive kvinner enn yrkesaktive menn i de to yngste aldersgruppene (dvs. søkere mellom 16 og 25 år). I de øvrige aldersgruppene ligger avslagsprosenten for menn over avslagsprosenten for kvinner, men forskjellene er små.

**Antallet søknader om uførepensjon. Figuren viser også hvor stor andel av søknadene som blir avslått.**



Figur 11.5 Antall søknader om uførepensjon 1992–97. Den nederste streken på figuren viser hvor mange av disse søknadene som ble avslått.

Kilde: RTV, utredningsavdelingen

- Avslagsprosenten for kvinner stiger betydelig når hun kombinerer yrkesarbeid og hjemmearbeid, eller de som er rent hjemmearbeidende. Avslagsprosenten for hjemmearbeidende varierer mellom 42 og 75 prosent avhengig av alder.
- Avslagsprosenten varierer etter primærdiagnose, og er høyest i søknader begrunnet med sykdommer som myalgi, fibromyalgi og alkoholisme, narkomani (40 prosent).
- Avslagsprosenten er klart lavere i søknader begrunnet med de øvrige sykdommer i skjelett-muskelsystemet og i psykiske lidelser (nevrososer, personlighetsforstyrrelser (19 prosent) og aller lavest i søknader begrunnet med lidelser som svulster, psykoser, karsykdommer i hjernen mv., der ca 10 prosent av søknadene blir avslått (RTV).

Samlet sett forklarer de faktorene som er trukket inn i analysen mesteparten av kjønnsforskjellene (84,2 prosent). *Undersøkelsen peker mot et sentralt poeng – hva er et kjønnsperspektiv og hva er kjønnsforskjell? De faktorene som her er trukket frem er sentrale forskjeller mellom kvinneliv og mannliv. Undersøkelsen viser dermed på hvilken måte trygdereglene favoriserer mannlivet fremfor kvinnelivet. Kvinner som har lavere yrkesaktivitet og ikke blir vurdert som yrkeskvinner*



*får ikke pensjon i samme grad som menn. Diagnoser som flere kvinner enn menn har gir flere avslag enn diagnoser som er typiske mannssykdommer.*

Selv om forskjellen ikke er så stor mellom kvinner og menn lenger, er avslagsprosenten for kvinner noe høyere enn avslagsprosenten blant menn. Diagnose er en blant flere faktorer som bidrar til å forklare forskjellene. Vi kan derfor ikke se bort fra at kvinner generelt sett blir behandlet mer restriktivt enn menn ved søknad om uførepensjon. Men bildet er ikke entydig. Sykdommer som fibromyalgi, som gir flere avslag enn andre sykdommer, er også den sykdommen det var vanligst å få pensjon for i 1997. På den ene siden kan dette skyldes sykdommens innvirkning på evnen til å arbeide. På den andre siden er ikke fagfolk helt enige om uførepensjon eller aktivitet er det beste for personer med slike sykdommer. Dermed kan det feks innvirke på hvordan en søknad blir behandlet om den fremsettes før eller etter attføring er forsøkt. Det forhold at kvinner gjennomgående er yngre når de søker bidrar sannsynligvis også til at flere får avslag. Alder, mulighet for annet arbeid og vurderingen av funksjonsevnen (se 11.3.1) vil innvirke på beslutningene om pensjon. I tillegg er det slik at for trygdeetaten er legeerklæringene sentrale premisser for behandling av en uføresøknad. Dersom det medisinske miljøet selv vurderer de ubestemte sykdommene forskjellig, og det er problematisk å lage gode kriterier for hvordan sykdommene innvirker på evnen til å arbeide, vil en trygdesak bli vanskeligere.

*Utvalget vil fremheve at det er sentralt at kvinner ikke diskrimineres, men har tilgang på de samme rettighetene som menn. Diagnosene kan gi en indikasjon på at kvinner med fibromyalgi diskrimineres i forhold til andre. På den annen side kan det være andre forhold som ligger bak et avslag. Utvalget mener derfor at mer kunnskap, utarbeiding av klarere kriterier og bruk av funksjonsvurdering i steden for diagnose vil bedre kvinners tilgang til ytelser. På den annen side bør det i trygdeetaten kunne skapes en større forståelse for kvinners sykdommer og en mer enhetlig praksis, dersom den høye avslagsfrekvensen skyldes at praksis ikke er endret siden lovendringen i 1995.*

### **11.2.7 Yrkesskade – bare for menn?**

Å få en sykdom eller skade godkjent som yrkesskade, innebærer at det kan gis særfordeler utover folketrygdens ordinære stønadssystem. Folketrygdens ytelser blir enten høyere eller personen gis særfordeler ved at det feks lempes på enkelte av vilkårene for å få andre ytelser. Det kan også ytes menerstatning. I tillegg kan den som er skadet ha rett til erstatnings- eller forsikringsutbetalinger. Et sentralt poeng er at alle yrkesskader som er godkjent etter folketrygdloven også blir godkjent av forsikringsselskapene. Dette betyr at om folketrygden godkjenner yrkesskaden, betyr dette også mye i forhold til hva forsikringsselskapene må utbetale. Men i tillegg vil noen skader bli godkjent av forsikringsselskapene selv om de ikke er godkjent av trygdeetaten. Yrkesskadeforsikringen er altså videre enn folketrygdens yrkesskadefordel.

Bakgrunnen for den første ulykkesforsikringen var den økte industrialiseringen som medførte stor risiko for arbeidsulykker og skader. Ordningen er, slik den fungerer i dag, fortsatt best tilpasset skader som kan oppstå på industriarbeidsplasser. Det er en ytelse som i særlig grad er rettet mot fysisk farlige arbeidsplasser, og der skaden eller sykdommen kan knyttes direkte til en ulykkeshendelse eller en langvarig eksponering for feks farlige stoffer. Årsaken til sykdommen eller skaden skal helst være entydig og ikke kunne knyttes til andre forhold. En konsekvens av disse kravene er at yrkesskade-

fordelen kan se ut til å gi en bedre dekning for menns arbeidsplasser (industri, anlegg) enn for kvinners arbeidsplasser (kontor, helsesektoren), der slitasjeskader oppstår over tid.

Formålet med yrkesskadedefordelene er å gi dem som blir utsatt for en ulykke eller sykdom på grunn av forhold på arbeidsplassen en bedre kompensasjon enn andre som feks utsettes for en ulykke i hjemmet eller i slalåmbakken. Det kunne ut fra et kvinneperspektiv argumenteres mot en slik ordning som gir mer til dem som er yrkesaktive enn til dem som er hjemmearbeidende. På den annen side kan yrkesskadedeforsikringen og yrkesskadedefordelene gjennom folketrygden bidra til oppmerksomhet om arbeidsforhold. Det er sentralt at arbeidsulykker forebygges, at arbeidsmiljøhensyn tas og at arbeidsgivere blir klar over farer i arbeidsmiljøet. For dem som får en yrkesskade, enten fordi de feks er blitt eksponert for farlige stoffer eller fordi de har hatt et monotont arbeid, kan det føles som en oppreisning at dette forhold blir erkjent og kanskje gjort noe med. I forholdet til arbeidsmiljø og arbeidshelse for kvinner er det viktig at en egen yrkesskadedekning består.

---

### *Yrkesskade*

#### *Krav til sykdom/hendelse*

Skaden må være av en viss art nemlig personskade eller sykdom.

#### *Årsakssammenheng*

Det må være en årsakssammenheng mellom arbeidsulykken og skaden/sykdommen.

#### *Godkjennelse.*

Ved yrkessykdom kreves det at den aktuelle påvirkningsform/sykdomstype er angitt i departementets forskrifter.

#### *Hvem er omfattet*

Vedkommende må tilhøre den *personkrets* som loven gir yrkesskadedekning. Hjemmearbeidende faller utenfor. Selvstendig næringsdrivende feks bønder kan tegne en frivillig forsikring.

#### *Tid, sted og beskjeftigelse*

Lovens vilkår med hensyn til de såkalt «bedriftsmessige vilkår» må være oppfylt. Med andre ord personen må være i arbeid, på arbeidsstedet og i arbeidstiden.

---

Belastningslidelser som har utviklet seg over tid til sykdommer i muskel- eller skjelettsystemet regnes ikke som yrkessykdom. Det samme gjelder psykiske påkjenninger eller belastninger som over tid kan ha skapt mentale sykdommer. De fleste muskel- og skjelettsykdommer og en del psykiske påkjenninger godkjennes derfor ikke som yrkessykdom. Noen kan likevel få anerkjent en ulykke eller en konkret hendelse som yrkesskade. For eksempel kan personer som utsettes for ran (psykiske bivirkninger) eller enkelte

arbeidsulykker som oppstår ved tunge løft (muskel- og skjelettskade), kunne få godkjent skaden/sykdommen som yrkesskade. Forskjellen mellom en yrkesskade og en yrkessykdom er at mens yrkesskader skyldes bestemte ulykker eller hendelser, utvikles yrkessykdommer på grunn av eksponering over tid. Personer som utvikler muskel- og skjelettsykdommene over tid, vil dermed være utestengt fra yrkesskadeordningen. Dette følger av langvarig praksis som er stadfestet av Trygderetten. Begrunnelsen for denne begrensningen er at muskel- og skjelettsykdommer samt psykiske lidelser er så alminnelige og utbredte. Sykdommene kan skyldes belastninger og påkjenninger både i og utenfor arbeidslivet. Dette gjelder selv om det er en kjent sak at tungt og ensidig arbeid kan forårsake belastningslidelser i skuldre, rygg, nakke, hofter eller knær (SOU 1998: 37). Rapporten viser til en amerikansk undersøkelse som finner epidemiologisk bevis for arbeidsrelaterte muskelsykdommer i nakken og korsryggen og at det finnes sterke sammenhenger mellom muskel- skjelettsykdommer i nakke, albue, hånd/vrist og rygg ved eksponering av ulike risikofaktorer i arbeidet. Det er også anerkjent at sterkt arbeidspress, mobbing el. lign. kan føre til psykiske lidelser. Slike psykiske lidelser godkjennes ikke som yrkessykdom.

*Utvalget er av den oppfatning at arbeidslivet i mange tilfeller utsetter mennesker for bestemte risiko for skader, samtidig som de som utsettes for disse skadene har liten eller ingen mulighet til å kontrollere sin arbeidssituasjon. At det gis yrkesskadefordeler, kan synliggjøre arbeidsgiverens ansvar.*

*Å gjøre en forskjell på skader eller ulykker som gjøres på jobben, i forhold til de skadene som oppstår i hjemmet, innebærer at det må være mulig å påvise en sammenheng mellom forhold på jobben og skaden. Hvis en slik sammenheng ikke kan påvises, er det ikke noen grunn til å ha egne yrkesskadefordeler. Det bør derfor stilles krav om at t feks skaden med høy grad av sannsynlighet skyldes arbeidet.*

*Utvalget er imidlertid av den oppfatning at vi, som Sverige, kan ha et generelt yrkesskadebegrep som ikke per definisjon utelukker noen sykdommer. Sosialkomiteen gikk i vår inn for å få utredet konsekvensene av å la yrkesskadefordelsordningen også omfatte muskel- og skjelettlidelser samt psykiske belastninger. Utvalget er av den oppfatning at også slike typer sykdommer må kunne utløse yrkesskadefordeler, dersom de er arbeidsrelaterte. Utvalget understreker at dette punktet er svært viktig for at kvinner skal få de samme rettighetene som menn.*

Som et argument mot å åpne for at muskel- og skjelettsykdommer eller psykiske lidelser skulle gi yrkesskade, hevdes det at det ikke er utarbeidet gode nok kriterier for sykdommene og at det dermed er vanskelig å finne årsakene til sykdommene. Dette er en svakhet som kan by på problemer i fastsetting av årsakssammenhengen mellom sykdom og arbeid. Det er likevel ikke noen grunn til i seg selv å utelukke disse diagnosegruppene.

*Utvalget mener også at det burde være mulig å utarbeide kriterier for hvordan man skal forstå sykdommer der det er vanskelig å fastsette årsakssammenhenger. Konsensuskonferanser på ulike områder kan ha skadelige påvirkninger som tema. Kanskje burde Rikstrygdeverket i samarbeid med leger, forsikringselskaper og forskere diskutere mer kompliserte medisinske og forsikringsjuridiske spørsmål. Slike konferanser kunne bli lagt til grunn for ulike beskrivelser av hvordan ulike sykdommer, årsaksfaktorer etc skal fastslås.*

*Utvalget påpeker også at det bør utarbeides gode statistikker over yrkesskader og yrkessykdommer. Statistikken bør først og fremst brukes i helse-, miljø og sikkerhetsarbeidet, og for å kunne gå inn og gjøre noe konkret i bedrifter med mange arbeidsmiljøproblemer.*

### 11.3 Sykdomsbegrepet og arbeidslinja – i et kjønnsperspektiv

---

Siden slutten av 1980-tallet har utgiftene til trygdene og antallet som lever av trygd vakt politisk og nasjonaløkonomisk bekymring, og flere innstramminger har vært iverksatt. I hovedsak har politikken rettet mot det høye antallet som lever på trygd, ført til to prinsipielle endringer av folketrygdens ytelser.

- Det har gjennom flere lovendringer blitt presisert at sykdom skal være utgangspunktet for behovet for en ytelse, ikke livssituasjon, sosiale eller økonomiske problemer.
- I tillegg skal «trygdelinja» erstattes av «arbeidslinja». Dette betyr at det skal gis incentiver for å forbli i arbeid eller komme i arbeid, fremfor varig trygding.

I det følgende stilles det spørsmål ved hvor egnet sykdomsvilkåret er for å skille mellom dem som har rettigheter og dem som ikke har det. I tillegg ser vi på hvordan innstramminger av sykdomsbegrepet og presiseringer av arbeidslinja synliggjør behovet for konsekvensutredninger og kjønnsperspektiv.

#### 11.3.1 Sykdom – eller vekt på funksjon?

##### *Sykdomsbegrepet*

Folketrygdloven har alltid hatt sykdom som ett av vilkårene for å få ytelser som sykepenger, rehabiliteringspenger eller uførepensjon. Sykdom har også vært et avgjørende vilkår for å få enkelte kostnader dekket. Hvilken betydning sykdommen har vært tillagt, har imidlertid variert. På slutten av 1980-tallet ble det foreslått å fjerne dette kravet, fordi det i praksis ble tillagt liten vekt. Isteden har det blitt tillagt større vekt gjennom en rekke innstramminger.

Sykdomsbegrepet brukes som en administrativ kategori for å skille mellom de som har krav på en ytelse og de som ikke har det. At en tilstand blir godkjent som en sykdom, kan dermed få konsekvenser for rettighetene til en trygdeytelse. Hva sykdom er, blir forsøkt definert i lov, forskrifter og rundskriv. Sykdomsbegrepet består av mange komponenter feks diagnose og krav til varighet. Samtidig er kravene formulert slik at de skal gi rom for skjønn, medisinske vurderinger av en konkret sak og den generelle medisinske utvikling. Sykdomsbegrepet vil dermed alltid være i forandring, noe som skyldes at den medisinske vitenskapsutviklingen bidrar til ny forståelse av ulike sykdommer og deres konsekvenser.

Sykdom er definert på litt ulik måte avhengig av ytelse. Det kan stilles konkrete krav til sykdommen, enten dette gjelder krav til diagnose, krav til typen av symptomer, eller til konsekvenser av sykdommen. I tillegg stilles det krav om dokumentasjon og til typen dokumentasjon (egenmelding, legeerklæring, erklæring fra spesialist). Kravene er forskjellige avhengig av hvilken ytelse det er tale om. Som hovedregel stilles det større krav til sykdommens art, dokumentasjon og konsekvenser, jo mer kostnadskrevende ytelser det er tale om.

##### *Trygdespørsmål*

Er det slik at sykdomsbegrepet er egnet som administrativ kategori for å skille mellom dem som har krav på en ytelse og dem som ikke har det?

### **11.3.1.1 Relasjonen til evnen til å være i arbeid (heve lønn)**

Kravene til sykdommen utgjør bare en del av sykdomsvilkåret. En annen komponent er den relasjonen som finnes mellom sykdom og arbeid. Det er særlig på dette punktet at folketrygdens sykdomsbegrep skiller seg fra andre sykdomsbegrep. Som nevnt innledningsvis er hensikten med trygdeytelsene i mange tilfeller å kompensere for tapt arbeidsinntekt ved sykdom. En alvorlig sykdom eller lyte vil ikke nødvendigvis redusere evnen til å arbeide. Likeledes kan en mindre alvorlig lidelse redusere evnen til å arbeide dramatisk. Influensa og 40 i feber, vil føre til arbeiduførhet (i kortere tid) på grunn av nedsatt helsetilstand og smittefare. Sukkersyke eller blindhet er alvorlige sykdommer, men innvirker ikke på samme måte på evnen til å arbeide. I tillegg til vurderingen av selve sykdommen vil derfor sykdommens konsekvenser for å arbeide eller heve inntekt ha stor betydning for folketrygden.

#### *Trygdespørsmål*

Er det nødvendig å skille mellom ulike årsaker til at vi ikke klarer å arbeide ?

#### *Mer vekt på funksjonsevne – et alternativ?*

Som et mellomledd mellom sykdommen og den nedsatte inntektsevnen vurderes funksjonsevnen. En persons funksjonsevne sier noe om hvordan vedkommendes psykiske, fysiske og sosiale ressurser står i forhold til vedkommendes oppgaver i arbeid, fritid og personlige gjøremål.

Flere av de typiske ubestemte plagene kjennetegnes av at funksjonsevnen er dårlig, samtidig som det er vanskelig å finne noen klar sykdom som årsak til nedsettelsen av funksjonsevnen. En større vekt på den samlede vurderingen av funksjonsevne vil dermed innebære at flere av de sykdommene kvinner har kan gi trygderettigheter.

Vurderinger av funksjonsevne tillegges en viss vekt i trygdesystemet i dag. Men ett av problemene med slike vurderinger er at de krever kunnskap både om helsen, om arbeidsplassen og om arbeidsmarkedet generelt. I dag er det forskjellige etater som har kunnskaper om forskjellige aspekter ved funksjonsevnebegrepet. Arbeidsmarkedsetaten har kunnskap om arbeidsmarkedets krav og forventninger. Bedriftshelsetjenesten har kanskje oversikt over den enkeltes funksjon på arbeidsstedet. Den behandlende legen har kanskje kjennskap til pasientens samlede belastninger (i arbeidet og hjemmet), men kjenner kanskje ikke til det øvrige arbeidsmarkedet. Fra de ulike instansene angis ulike løsninger. Arbeidsmarkedsetaten vurderer henne som for syk til arbeidet de kan tilby. Bedriftshelsetjenesten vurderer det slik at bedriften ikke kan gi tilpasset arbeid. Til slutt kan varig trygd bli eneste løsning, uten at sykdomsvilkåret egentlig er oppfylt. En mer samlet vurdering av funksjonsevnen ville sannsynligvis kreve et mer forpliktende samarbeid mellom de enkelte delene av forvaltningen. Samtidig ville helheten av ressurser, mestring, helseproblemer og sykdom kunne komme frem. Basismøtene vil kunne virke samlende, men er neppe forpliktende nok.

*Utvalget er av den oppfatning at vurderingene av funksjonsevnen er et mer egnet grunnlag for tildelinger av trygd enn kravene til sykdom eller diagnose. Utvalget foreslår også forsøk med en mer samlet forvaltning (se 11.6.4.3) Hvem som skal foreta funksjonsevnevurderingene, hvordan de skal gjøres og i hvilke tilfeller sykdom eller diagnose bør være viktigere enn funksjonsevne er imidlertid*

*kompliserte spørsmål. Utvalget foreslår derfor nærmere utredning av spørsmålet om funksjonsevne kan tillegges større vekt eller erstatte sykdomsbegrepet.*

### *Hvem avgjør?*

*Som oftest er det legens vurderinger som legges til grunn, når det skal avgjøres om det er sykdom eller ikke. Trygdekontorene kan overprøve legenes avgjørelser i forhold til de kravene som folketrygdloven stiller. Dette gjøres sjelden uten at det er flere alternative legeerklæringer. Alternativt ber trygdekontoret om en vurdering fra den trygdemedisinske rådgivningstjenesten (se også 11.6.3.3).*

*Legene blir dermed noen av de viktigste premissleverandørene for folketrygden. Det er legene som kan redegjøre for hvor syk en person er og utsiktene til bedring. Hvordan legene fortolker pasientenes symptomer og plager kan dermed innvirke på pasientenes rettigheter.*

*Hvordan sykdommen innvirker på evnen til å arbeide, kan imidlertid være noe vanskeligere for legen. Slike vurderinger krever i tillegg til medisinsk dyktighet også kjennskap til arbeidsmarkedet. På lekfolkskonferansen ble det stilt spørsmål om legen skulle ha en slik sentral rolle. (jf vedlegg). I et helhetsspektiv, der vurderinger av funksjonsevnen blir sentrale, vil kanskje også andre aktører enn legen kunne bidra.*

### *Trygdespørsmål*

*Hvem skal vurdere til funksjonsevnen?*

*Selv om funksjonsevnevurderinger blir tillagt større vekt, er kunnskap om kvinner og menns sykdommer og helseplager nødvendige for å avgjøre om funksjonsevnen er nedsatt. Innenfor et kvinnehelseperspektiv er det sentralt å peke på at konsekvensene av sykdom ikke trenger å være de samme for kvinner og menn. Siden det er trygdeetaten som avgjør sakene, er det sentralt at trygdeetaten har kunnskaper om hvordan sykdom og symptomer innvirker på menns og kvinnens evne til å arbeide. Når kvinnesykdommer er lavere prioritert eller dårligere forstått enn typiske mannlige sykdommer, kan dette gjenspeiles i hvem det er som kan få trygdeytelser og hvilken forståelse man blir møtt med i trygdesystemet.*

*Utvalget er primært av den oppfatning at sykdom bør tillegges mindre vekt, og at funksjonsevne bør tillegges større vekt. Innenfor et slikt perspektiv blir medisinsens oppfatninger av sykdom mindre viktig. Trygdeetaten må imidlertid likevel sørge for at kunnskaper om ulike kvinnehelseproblemer er kjent i etaten.*

### *Innstramningene av sykdomsbegrepet – hvor vellykket var de?*

*Økningen i antall uføre og langtidssykmeldte skaper ny bekymring, og det er ventet nye innstramninger dersom antallet fortsetter å øke. Det kan derfor være grunn til å se litt nærmere på innstramningen av sykdomsvilkåret som ble foretatt på begynnelsen av 1990 – tallet og hvor vellykket disse innstramningene egentlig var.*

*Innstramningene i sykdomsvilkåret var et forsøk på å gjøre et skille mellom sosiale eller økonomiske problemer, og sykdom. Det ble foretatt innstramninger på sykepenge-, rehabiliteringspenge- og uførepensjonsområdet. Målet var å presisere hva sykdom er, og samtidig legge mer vekt på sykdom som årsak til behovet for trygd. Den medisinske årsaken til behovet for en ytelse har altså blitt viktigere. Ytelsene skulle i større grad rettes inn mot de som var syke, mens andre årsaker til arbeidsuførhet, som feks økono-*

miske eller sosiale problemer, ikke skulle gi rett til sykepengar, rehabiliteringspengar eller uførepensjon. I kombinasjon med en større vekt på arbeidslinja (se 11.3.2) skulle dette resultere i at flere hadde arbeid som viktigste inntektskilde.

Når det gjaldt sykepengar het det at sykdomsbegrepet var blitt utvidet som en følge av medikaliseringar av tilstander eller situasjonar som neppe er sykdom. (NOU 1990:23 s 72). Videre het det i Ot.prp nr 39 (1992–93) at «sykdom oppfattes som en av de få mulighetene til å være borte fra arbeid ved særlig belastende og plagsomme situasjonar». Som følge av dette ble arbeidskonflikter, plager ved graviditet, sorg ved bortgang av nær familie eller ved skilsmisse, sett på som tilstander som i og for seg ikke var sykdom, men som kunne gi sykdom. Innstramningen medførte at slike tilstander ikke skal gi sykepengar med mindre det er en sjanse for at de fører til sykdom.

På rehabiliteringsområdet ble det stilt strengere krav til at sykdom skulle være hovedårsaken til at personen ikke var i arbeid. Samtidig ble det stilt større krav til at det skulle foregå en aktiv behandling, og mulighetene til å gå på rehabiliteringspengar ble begrenset til ett år.

På uførepensjonsområdet ble det krevet «bred medisinsk faglig enighet» ved sykdommer uten objektive funn. Samtidig ble det presisert at sykdom skulle være hovedårsaken til nedsettelsen av funksjonsevnen, og ikke økonomiske eller sosiale forhold.

### *Kritikk av innstramningene*

Innstramningene ble møtt med kritikk. På mange måter ble det innført et tydeligere skille mellom «verdige» og «uverdige» sykdommer. Mange av de typiske kvinnesykdommene, som fibromyalgi og ubestemte plager, ble ikke anerkjent som sykdom. Legene fant det også vanskelig å praktisere de nye kravene. På uførepensjonsområdet ble innstramningene kritisert av Trygderetten. At denne innstramningen rammet kvinner i større grad enn menn, var også bakgrunnen for at lovendringen fra 1995 ikke i samme grad skilte mellom objektive og subjektive funn.

Skillet mellom såkalt objektive og subjektive funn fikk betydning for kvinner med muskel- og skjelettsykdommer eller med mentale lidelser. Det er i særlig grad en del av disse sykdommene som mangler objektive funn. Personer som hadde slike sykdommer fikk oftere avslag. Dette var i og for seg i tråd med intensjonene, fordi personer med slike sykdommer var målgruppen for innstramningene. Kvinner var i målgruppen for endringen både fordi kvinnene med slike sykdommer var forholdsvis unge, men også fordi attføringsapparatet ble sett på som «mannsdominert» (NOU 1990:17 s.126) og lite egnet, samt at behandlingen som var tilbudt kvinner med fibromyalgi ikke førte frem. Målet med endringen var ikke å henge dem ut som en mindreverdige gruppe, intensjonene med lovendringen var at det skulle settes inn mer ressurser for å tilbakeføre disse kvinnene til arbeidslivet. Konsekvensene ble likevel at det ble vanskeligere for dem å få uførepensjon, samtidig som de ikke ble gitt gode alternative løsninger (attføring, arbeid, andre ytelser). For en del av disse kvinnene medførte derfor innstramningen enten at det tok lengre tid før de fikk trygd, eller at de måtte ty til alternativ forsørgelse som sosialhjelp eller mannens inntekt.

I dag er det vanskelig å si at innstramningene førte til den effekten som var ønsket. For det første var det flere – særlig kvinner – som ikke fikk pensjon, men som heller ikke fikk noen andre tilbud om aktivisering, attføring eller

arbeidstrening. Dermed falt de helt utenfor og måtte ty til enten sosialhjelp eller til privat forsørgelse. Dette var ikke intensjonen med endringen. Problemet har vært samspillet mellom innstramningene og arbeidslinja – enkelte personer er blitt sett på som for friske til varig pensjon, men for syke til de attførings-, opplærings- og aktiviseringstilbudene som gis.

I dag er det igjen sterk vekst i antall langtidssykmeldte og antallet uføre. En undersøkelse fra RTV viser at dette skyldes at det ikke finnes gode nok tilbud til personer med sammensatte problemer. I tillegg er praksis justert etter Trygderettens fibromyalgikjennelse og lovendringen, noe som innebærer at avslagsprosenten har gått ned. I dette spørsmålet har heller ikke retningslinjene fra Rikstrygdeverket vært helt entydige og klare. Det kan derfor være noen lokale variasjoner mellom fylkestrygdekontor, i forhold til hvordan regelverket praktiseres i dag.

*Utvalget stiller i denne fremstillingen spørsmål om hvor egnet sykdomsbegrepet er, og stiller seg kritiske til om innstramningene har hatt ønsket effekt. Utvalgets oppfatning er at det bør legges større vekt på vurdering av funksjonsevne.*

*Utvalget advarer mot å gi visse sykdommer eller plager en annen trygdestatus enn andre, dersom de i samme grad virker på evnen til å arbeide. Innstramninger av sykdomsvilkåret ser ut til å føre til at noen diagnoser blir mer «verdige» enn andre, og at det viktigste blir å få en godkjent sykdom. Det kan virke urettferdig og tilfeldig at menns diagnoser har en annen status enn kvinners. Det må ikke bli slik at det viktigste for en trygdesøker blir jakten på en anerkjent diagnose. Mer vekt på vurderingen av funksjonsevnen kan løse noen av disse problemene.*

*Spørsmålet som bør stilles er hva en person kan gjøre – på tross av sykdom. For trygdeetaten bør dette være et viktigere spørsmål enn hvilken sykdom vedkommende har. I stedet for at den som søker om trygd må bruke måneder og år på å bevise og dokumentere at «hun er syk nok», ville det være bedre om denne prosessen ble brukt til å finne ut hva det er mulig å gjøre med de plagene eller sykdommene hun/han har. Som konsekvens leder dette til en større vekt på funksjonsevne og arbeidsevneutprøving. Denne utprøvingen må være reell. Medisinere kan vurdere den rent medisinske funksjonsevnen, men det bør også bygges opp et system som ivaretar at den ervervsmessige funksjonsevnen blir utprøvet på en god måte. Spørsmålet om funksjonsevnevurderinger – hvordan de skal gjøres, hvem som har kompetanse og hvilke konsekvenser en overgang til større vekt på funksjonsvurdering vil ha, krever en egen utredning og konsekvensanalyse.*

*At konsekvensanalyser er nødvendige viser innstramningene på 1990-tallet, fordi intensjonene med endringene ikke ble oppfylt og fordi konsekvensene ikke i tilstrekkelig grad var belyst i forhold til hva de ville medføre for kvinner og menn.*

### 11.3.2 Arbeidslinja

#### *Arbeidslinja – historikk og definisjon*

På 1970-tallet ble «arbeid for velferd» en velferdsstrategi i USA. Også Danmark og Sverige har arbeids- eller aktivitetslinjer. Arbeidslinja ble introdusert som strategi i Norge i forbindelse med Attføringsmeldingen (St.meld nr 39 (1991–92)), og den ble nærmere utdypet i Velferdsmeldingen (St.meld 35 (1994–95)). Det er ikke nytt å stille krav om arbeid eller aktivitet før varige trygdeytelser tilstås, men arbeidslinja er en innstramning i så måte. I norsk velferdspolitik har strategien særlig gjort seg gjeldende på 1990-tallet

Målet er at passive stønader (kontantytelser) skal erstattes av aktiviserende ytelser for å få flest mulig i arbeid. Den enkeltes rettigheter skal ikke lenger bare være knyttet til kontantytelser, men også til en rett og plikt til å



arbeide, delta i attføringstiltak eller å gjennomgå utdanning der dette er mulig (Attføringsmeldingen, s. 8). Det skal legges til rette for hjelp til selvhjelp slik at den enkelte kan forsørge seg selv. Selvforsørgelse er ikke bare en mulighet, men også en plikt, og de såkalt passive ytelsene kan stoppes dersom klientene nekter å ta i mot tilbud om arbeid eller attføring. I Velferdsmeldingen heter det at arbeidslinja betyr at virkemidler og velferdsordninger enkeltvis og samlet utformes, dimensjoneres og tilrettelegges slik at de støtter opp om målet om arbeid for alle. Videre heter det at de sosiale stønadsordningene må motivere til arbeid. Målet om høy sysselsetning må også inkludere dem som stiller svakt i konkurransen på arbeidsmarkedet, men det forutsetter også gode velferdsordninger som den enkelte kan falle tilbake på hvis arbeid av helsemessige eller andre grunner ikke lenger er mulig (Velferdsmeldingen, s 89).

Arbeidslinja peker mot et sentralt dilemma i velferdspolitikken. Trygdene skal på den ene siden være et sikkerhetsnett for personer dersom arbeidsinntekten faller bort, men på den annen side skal de utformes slik at arbeid skal være førstevalget. Trygd skal bare ytes til personer i yrkesaktiv alder dersom arbeidsinntekten er helt eller delvis falt bort. Trygd som forsørgelse er slik sett subsidiært til arbeid.

Kildal har systematisert argumentasjonen som er brukt om arbeidslinja i fem hovedargumenter (Kildal 1998):

- *Det samfunnsøkonomiske argument* – høy sysselsetting betraktes som en forutsetning for samfunnsmessig verdiskapning og dermed for bevaring av velferdsgodene på sikt.
- *Integrasjonsargumentet* : Arbeidslinja skal bidra til en sosial integrering av personer som kan bli marginalisert.
- *Kompetanseargumentet* : Hensiktsmessig faglig kvalifisering og arbeidstrening vil kunne bidra til å demme opp for en økning av nye stønadsmottakere. Dessuten vil det moralsk bidra til å synliggjøre sammenhenger mellom ansvar og rettigheter.
- *Gode argumentet* : Arbeidet er et gode og gir den enkelte økonomisk selvstendighet og tilhørighet, noe som fører til økt selvaktelse og identitetsutvikling.
- *Resiprositetsargumentet*: Fellesskapets evne til å yte noe, er avhengig av at vi yter noe til fellesskapet. Dette argumentet peker mot den moralske sammenheng som er mellom den enkeltes rettigheter og plikter. Altså den enkelte har en plikt til å gjøre sitt for å komme ut av avhengighetsforholdet til hjelpeapparatet.

### *Arbeidslinja i praksis*

Arbeidslinja er konkretisert i en rekke tiltak. I følge Velferdsmeldingen skulle resultatet av den bety at den gjennomsnittlige avgangsalderen ble høyere og at det skulle bli færre nye uførepensjonister. Det skulle i tillegg gis større muligheter til å kombinere arbeid med trygd. Samarbeidet med partene i arbeidslivet om lavere sykefravær og bedre arbeidsmiljø skulle opprettholdes, samtidig som det skulle satses mer på yrkesrettet attføring og yrkeshemmede. I tillegg skulle det utvikles gode rehabiliteringstilbud.

Arbeidslinja skulle ikke bare ha effekt for de helserelevante folketrygdytelsene. Grupper med tradisjonelt lav yrkesdeltakelse og svak forankring i yrkeslivet skulle også gis bedre muligheter til å forsørge seg selv gjennom arbeid. Enslige forsørgere, arbeidsledig ungdom, yrkeshemmede, unge sosialstønadsmottakere, innvandrere og funksjonshemmede, kan ha problemer

med å få etablert seg på arbeidsmarkedet. Satsingen på arbeidslinja hadde som målsetning å gi også disse gruppene bedre levekår gjennom arbeidsdeltakelse. Som konsekvens hadde endringen at stønadsordningen for de enslige forsørgerne ble lagt om og perioden med overgangsstønad ble forkortet. I stedet blir det gitt stønad til barnetilsyn for dem som er i arbeid eller i utdanning. For funksjonshemmede ble hjelpemiddelsentralen styrket, det ble utviklet forsøk med funksjonsassistenter og likemannsarbeid i forhold til yrkesrettet attføring og yrkesdeltakelse. Klarest er arbeidslinja kommet til uttrykk i lov om sosiale tjenester fra 1993, der kommunene kan kreve at unge sosialhjepsmottakere skal utføre arbeidsoppgaver som motytelse for økonomisk hjelp.

Arbeidslinja har hatt direkte konsekvenser for noen av velferdsytelsene, f eks for omarbeidingen av stønadene for de enslige forsørgerne og for mulighetene til å kombinere arbeid med trygd. Arbeidslinja har dessuten hatt konsekvenser for praksis – for eksempel hvordan trygdeetaten følger opp sykmeldte, og i forhold til hva som skal være gjort før en varig ytelse som f eks uførepensjon tilstås. I tillegg er det skapt nye ordninger som ikke fantes, f eks aktiv sykmelding. Men ikke alle tiltakene som ble foreslått i Velferdsmeldinga er blitt fulgt opp i praksis.

#### *Arbeidslinja – behov for kunnskap*

Vi vet lite om hvilke faktorer som faktisk påvirker tilbakeføring til arbeidslivet. Vi vet heller ikke mye om hva kvinner mener om arbeidslinja. Det finnes heller ikke noen gode oversikter over hvem som faktisk har blitt rammet av innstramningene og falt helt utenfor. *Utvalget vil påpeke behovet for kunnskap om disse spørsmålene. Regjeringen skal legge frem en stortingsmelding om levekår i løpet av våren. Utvalget forutsetter at denne meldingen kan gi noen av svarene. Vi forutsetter også at denne meldingen har et kjønnsperspektiv. Dersom meldingen påpeker forhold som særlig rammer kvinner, bør spesielle tiltak for kvinner vurderes.*

#### *Arbeidslinja – behovet for et brukerperspektiv*

Når det gjelder arbeidslinja må brukerperspektivet tillegges stor vekt. Arbeidslinja innebærer i mange tilfeller at det stilles krav til den enkelte brukeren. Det er imidlertid også sentralt at det stilles krav til kvaliteten på hva brukere skal tilbys, f eks til arbeidet. Brukerens behov og ønsker må trekkes inn i prosessen for å skape delaktighet eller motivasjon. Brukerperspektivet krever også en helhet i forhold til brukeren. Brukerne må derfor ikke ende opp som kasteballer mellom ulike etater, eller uten tilbud i det hele tatt. Ingen etat kan oppfylle arbeidslinja alene uten at arbeidslivet, behandlingsapparatet og tjenesteapparatet samarbeider og legger til rette for at brukeren kan få den hjelpen han/hun trenger for å komme i eller tilbake til arbeid. *Utvalget er opptatt av at arbeidslinja vurderes innenfor et brukerperspektiv. Dette er noe av grunnen til at utvalget foreslår flere forsøk med enhetsetater.*

#### *Arbeidslinja – behovet for et kjønnsperspektiv*

Arbeidslinja har hatt stor innvirkning på utformingen av våre velferdsytelser etter at den ble innført. Men den har i liten grad vært problematisert i forhold til om den vil slå ulikt ut for kvinner og menn.

Kvinnens og menns levekår og livsfaser er forskjellige. En del kvinner har hatt liten eller mindre tilknytning til arbeidslivet og/eller lav utdanning. Kvinner tar fortsatt store deler av omsorgen for små barn, og/eller omsorg for eldre. Slike forskjeller mellom kvinner og menns erfaringer og ansvar kan skape forskjeller, feks med henhold til hvilke typer av attføring som er mulig, eventuelt hvordan jobb skal kombineres med reproduksjonsarbeidet.

### *Trygdespørsmål*

Hvordan utforme krav og ordninger som ivaretar kvinner og menns ulike erfaringer og ansvar?

I arbeidslinjeperspektivet er arbeid et gode. Men et spørsmål som kan stilles er hvilket arbeid det er som tilbys. Fører egentlig alle jobber til selvrespekt, integrering og økonomisk selvstendighet? Vi vet (kap 5) at mange kvinner er ansatt på arbeidsplasser med dårlig betaling og dårlige arbeidsvilkår med liten selvbestemmelsesrett, og spørsmålet blir da: Blir arbeidet et gode i seg selv og noe som bidrar til integrasjon eller kompetanse? Dette spørsmålet er kanskje særlig relevant for unge, enslige forsørgere uten utdanning.

### *Trygdespørsmål*

Blir kvinner tapere i forhold til hvilken type arbeid de må ta? Kan vi stille krav ikke bare til arbeidsdeltakelse, men også til arbeidsplassene?

Som alternativer og som supplement til innstramninger av de medisinske vilkår har det vært foreslått å fokusere mer på å prøve ut andre arbeidsmuligheter gjennom attføring og bedriftsintern attføring. I den sammenheng har det vært pekt på at det kanskje er kvinner som får det dårligste tilbudet. Dette skjer enten gjennom at attføringsapparatet er «mannsdominert», eller fordi tradisjonelle behandlingsopplegg egner seg dårligere for typiske kvinne diagnoser.

### *Trygdespørsmål*

Hvordan virker attføringsapparatet? Er det tiltak som ikke blir forsøkt, eller muligheter som ikke blir utnyttet fordi forskjeller mellom menn og kvinnens behov ikke er vurdert?

For at arbeidslinja skal ha den ønskede effekten er det svært sentralt at alle delene av den fungerer. Når en rekke kvinner har fått avslag på sine krav om uførepensjon og dermed henvises til sosialhjelp eller privat forsørgelse, er dette eksempler på at arbeidslinja ikke virker etter intensjonen. De er ikke blitt tilbakeført til arbeid og de får ikke trygd. Dersom arbeidslinja skal virke, må alle som får avslag gis konkrete tilbud om opplæring, kvalifisering eller tilpasset arbeid. Dersom slikt arbeid ikke kan gis og det ikke finnes noen tilbud til dem, må trygd kunne være et alternativ for dem som for andre.

### *Trygdespørsmål*

Hvordan motivere dem som får avslag på sin søknad om uførepensjon, til å forsøke andre tiltak og muligheter?

Arbeidslinja vil møte spesielle problemer avhengig av konjunkturer. I nedgangstider er det legitimt at staten går inn og lager nye arbeidsplasser, men kampen om disse plassene blir da større. I oppgangstider hvor det er mer knapphet på arbeidstakere, vil det være lettere å få bedrifter enten til å

beholde ansatte eller til å rekruttere personer med helseproblemer. Samtidig er det mindre legitimt at staten oppretter eller opprettholder spesialtilpassede arbeidsplasser. Konjunktorene kan derfor ha innvirkning på hvordan arbeidslinja skal praktiseres, og for hvilke krav som kan stilles til personer som skal prøves i arbeid.

### *Trygdespørsmål*

Hvordan ivareta behovet til dem som trenger spesielle tilpasninger, innenfor et arbeidsmarked som varierer og som stiller store krav til effektivitet?

*Utvalget har som utgangspunkt at yrkesaktivitet og selvforsørgelse er av avgjørende betydning for kvinnens frihet, selvstendighet og makt. Utvalget støtter derfor opp om arbeidslinja og mener at det skal lønne seg å være yrkesaktiv og at folketrygden kan bygge opp under dette. Men utvalget vil påpeke at det ikke er foretatt en konsekvensanalyse av hva arbeidslinja vil bety for kvinner. Arbeidslinja må kombineres med et brukerperspektiv. Vi trenger et arbeidsmarked også for dem som ikke fungerer 100 prosent, enten på grunn av helseproblemer eller på grunn av sosiale problemer, og utvalget vil stille spørsmål om hva som skjer med dem. Blir de kasteballer mellom etater? Tar noen vare på dem som ikke får feks uførepensjon? Fører arbeidslinja til marginalisering? I tillegg vil vi stille spørsmål ved hva som skjer med dem ikke klarer å leve opp til arbeidslinjas krav. Det som er særlig viktig for kvinner at arbeidslinja innebærer en stor grad av fleksibilitet – dette gjelder også for menn, men kvinnens tilknytning til arbeidsmarkedet og kombinasjonen mellom arbeid og familie krever at det også er plass for spesielle hensyn til kvinner innenfor arbeidslinjas krav. I tillegg kreves reelle tilbud – som er tilpasset livsfase.*

*Mest mulig må derfor gjøres for å forhindre at personer som kan delta i arbeidslivet, må leve på trygd. Trygd kan og bør være en løsning der det ikke finnes alternativer. Men utvalget ønsker også å understreke at arbeidslinja ikke skal ha som konsekvens at noen blir stående uten tilbud, nødvendig hjelp eller forsørgelse. Utvalget anlegger et brukerperspektiv. I denne sammenheng innebærer det at alle skal få nødvendig og hensiktsmessig hjelp, og at alle forvaltere av velferdsstatens ytelser har ansvar for å samarbeide om dette, uavhengig av etatenes eller forvalternes mål og prioriteringer.*

## **11.4 Ytelser knyttet til svangerskap, fødsel og småbarnsansvar**

---

Kvinner i de nordiske landene arbeider i større grad enn sine medsøstre i andre land under graviditet og etter at barnet har blitt født. Noe av dette kan skyldes at rettighetene under svangerskap, graviditet og etter at barnet er født er bedre enn i andre land.

Mulighetene for svangerskapspengene, sykepengene under graviditet og deler av fødselspengene har en helsemessig begrunnelse. Andre ytelser gir rettigheter til å kombinere omsorg for barn med yrkesliv. Muligheten for å kombinere arbeid og barneomsorg har betydning for kvinnens yrkesaktivitet og rettigheter til fremtidig pensjon. Indirekte kan yrkesaktivitet ha positive helseeffekter gjennom økonomisk trygghet og selvstendighet i forhold til økonomi, og det positive som ligger i det å ha flere roller. Men det kan antas at helseeffektene blir negative dersom det å få barn og ha arbeid samtidig fører til tidspress.

*Offentlige ordninger bør heller ikke sementere kjønnsrollene. Utvalget understreker at ordninger ikke utformes slik at kvinner bindes til disse oppgavene. Menn*

*skal ta sin del av ansvaret for barn så tidlig som mulig. Omsorgsansvaret kan også ha positive helseeffekter for dem.*

#### 11.4.1 Sykepenger under graviditet

En graviditet vil arte seg forskjellig fra kvinne til kvinne. Enkelte kvinner blir svært syke under graviditeten, andre får lettere plager, mens noen er forholdsvis friske gjennom hele graviditeten. Noen kvinner kan fortsette i arbeid frem til fødselspermisjon, mens andre ikke kan arbeide enten på grunn av at arbeidet kan være farlig eller fordi plagene er for store. Det kan også være enkelte kvinner som ikke vil eller orker å arbeide, uten at de er regelrett syke. Kvinner som ønsker å tre ut av arbeidslivet under graviditet kan bli sykmeldte, heve svangerskapspengene eller ta ut fødselspengene (12 uker). Andelen sykmeldte gravide kvinner er forholdsvis høy – ca 60 prosent.

##### *Trygdespørsmål*

Er tilretteleggingen for gravide kvinner i arbeidslivet god nok? Kan ordningen med svangerskapspengene erstatte bruken av sykepengene?

Det er ikke påvist at det er farlig for kvinner eller deres fostre å være i arbeid under graviditeten, med unntak av i enkelte jobber. For å kunne bli sykmeldt under svangerskapet må det foreligge sykdom, og arbeidsuførheten vurderes i forhold til den enkeltes arbeidssituasjon. Kvinnen må på vanlig måte ha opptjent rettigheter til sykepengene, og sykepengene beregnes på vanlig måte.

Alle komplikasjoner under svangerskapet regnes som sykdom. Sykdommer og symptomer som medfører arbeidsuførhet hos ikke-gravide, aksepteres også hos gravide. For kvinner som venter mer enn ett barn, er sjansene for tidlig fødsel så stor at arbeidsuførhet etter 28. uke gir sykmelding. Kvinner som får svangerskapsplager i form av feks trøtthet, som ikke uten videre kan klassifiseres som sykdom, kan få problemer med å få dette godkjent som sykdom. Moderate svangerskapsplager er ikke å anse som sykdom i lovens forstand, og slike plager skal derfor ikke gi rett til sykepengene. I praksis er det imidlertid svært vanskelig å nekte en kvinne som er gravid sykmelding på grunn av eventuell risiko for at noe skulle skje.

Ulike studier har vist at mellom 55 og 72 prosent av alle gravide sykmeldes. (Forskjellene i resultatene skyldes målemetodene). Hovedtendensen er den samme: Av de gravide blir over halvparten sykmeldte. De fleste gravide (57 prosent) som blir syke under graviditet har bare ett sykefravær. 31 prosent har to sykefravær, mens 11 prosent har tre eller flere sykefravær. Det er de yngste (16–29 år) som har den høyeste andelen sykmeldte, og som har flest sykmeldingstilfeller. Det ser derfor ikke ut til at det har noe å si for sykefraværet at kvinner i gjennomsnitt er eldre når de føder.

I og med at analysen bare omfatter personer som har påbegynt et fødselspengetilfelle er sykmeldinger i forbindelse med svangerskapsavbrudd og liknende ikke med. I tillegg mangler alle som er hjemmeværende.

Tabell 11.2 viser at over halvparten av dem som blir sykmeldte under graviditet (53 prosent) har svangerskapsrelaterte plager. 33 prosent har sykdommer i muskel- og skjelettsystemet. 86 prosent av diagnosene under svangerskapet samles dermed i to kategorier. Deles disse hoveddiagnosene på underdiagnoser har svært få alvorlige sykdommer, men mange har sykdommer eller

tilstander som er ubestemte. En grunn til dette kan være at legene utsetter kartleggingen av diagnosen til etter fødselen.

Noe av denne økningen i sykefraværet blant gravide kan tilskrives kvinnenes økte yrkesdeltakelse, men det er også sannsynlig at holdninger og forventninger blant de gravide kan innvirke. En svensk undersøkelse viser at selv om det i Sverige er utviklet ordninger for gravide, i form av tilrettelegging av arbeidsmiljø, mulighet til å ta ut flere fødselspengedager før fødsel, samt svangerskapsenger, har det legemeldte fraværet øket med 50 prosent i perioden 1978–86 (Sydjø 1998). Faktorer som kan forklare økninger i sykefraværet er antallet kvinner i arbeid, at kvinner jobber i mer utsatte yrker, eller seleksjonseffekter – at flere kvinner med et dårligere utgangspunkt kombinerer jobb og svangerskap.

**Tabell 11.2: Sykmeldinger 1997 fordelt på hoveddiagnoser. Tabellen omfatter den siste diagnosen personen var registrert med, dersom personen hadde flere diagnoser.**

| Diagnose  | Antall | % av alle som var sykmeldt |
|---|--------|----------------------------|
| Totalt  | 21 567 | 100                        |
| Allment uspesifisert                                | 373    | 2                          |
| Sykdommer i fordøyelsesorganer                      | 321    | 1                          |
| Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet             | 7 119  | 33                         |
| Psykiske sykdommer                                  | 468    | 2                          |
| Sykdommer ved svangerskap/Fødsel/familieplanlegging | 11 431 | 53                         |
| Andre diagnoser                                     | 1 855  | 1                          |

Alle sykmeldinger registreres med ICPC (International Classification of Primary Care) diagnoser. Det er legene i primærhelsetjenesten som bruker dette kodesystemet til å kode den medisinske årsaken til pasientens nedsatte ervervsevne. Kodene gjelder sykdomsdiagnoser, symptomer og plager. Det finnes ingen egen kode for «graviditet». Dersom kvinnene har litt kvalme, litt trøtthet, litt vondt i ryggen og litt kløe, og legen mener dette samlet gir grunn til en sykmelding, tvinges legen til å sette ett navn på tilstanden. I tillegg mangler en egen kode for bekkenløsning. Dette innebærer at fortolkningen av diagnosene må gjøres med forsiktighet.

Kilde: Rikstrykdeverket

Svangerskapet bør ikke ses på som en sykdom. Det er en tilstand der kroppen er i forandring, noe som kan medføre fysiske og psykiske problemer og plager for de kvinnene det gjelder.

*At så mange kvinner er sykmeldte under svangerskapet, tyder på at det er en fase i kvinnelivet der det er vanskelig for dem å yte 100 prosent. De fleste norske kvinner får to barn eller mindre. Dette betyr at varigheten av graviditetene er kun 18 mnd for de fleste, og det er få som er sykmeldt under hele graviditeten. Samtidig er de fleste kvinner i dag i arbeid både før, under og etter graviditeten. Dette kan kanskje tale for romsligere ordninger for kvinner i denne perioden, men spørsmålet blir om dette skal gjøres gjennom andre ordninger enn gjennom sykepengeordningen. Utvalget vil påpeke at sykepengeordningen er under press. Andre løsninger enn sykmelding bør velges for disse kvinnene, dersom de ikke er syke.*

*Dette kan også arbeidsgivere ta hensyn til. Bemanningsplaner kan ta høyde for at en viss andel av kvinner i en viss alder kan bli gravide eller trenge spesiell tilrettelegging. Hvilerom og redusert arbeidstid (med kompensasjon) er andre tiltak*

*som kan forsøkes dersom full arbeidsdag blir for tøft. Offentlig sektor, med mange kvinnelige arbeidsplasser, er særlig en aktør som kan gå foran for å tilrettelegge arbeidsmiljøet for gravide. Generelt bør arbeidsgiverne tilrettelegge arbeidsmiljøet på en slik måte at det er mulig for kvinner å bli værende i jobben under graviditeten. Utvalget vil bemerke at kravene til den vanlige standarden ved arbeidsplassene bør være så god, at gravide kan fortsette i arbeidet. Det som er tungt, ubehagelig eller skadelig for gravide er også mer eller mindre uheldig for alle arbeidstakere.*

*Utvalget foreslår også at gravide kan få gradert sykmelding i stedet for full sykmelding. Dette vil bevare tilknytningen til arbeidslivet og arbeidsplassen, samtidig som det ikke kreves at de yter full innsats.*

På grunn av at så mange blir sykmeldt under graviditet forklarer det svangerskapsrelaterte fraværet en betydelig del av differensen i sykefravær mellom menn og kvinner. Hvis dette fraværet holdes utenfor det totale sykefraværet, blir forskjellen mellom menn og kvinners sykefravær redusert med 33 prosent (Brage 1997). De fleste svangerskapsrelaterte sykdommene vil ikke lede over til uførepensjon eller behov for andre trygdeytelser. Sykmelding under svangerskap representerer i så måte ingen stor utgift for samfunnet, og bør holdes utenfor den generelle sykefraværdebatten.

*Utvalget vil understreke at all forskning bør se på det svangerskapsrelaterte fraværet uavhengig av det generelle sykefraværet. Å sammenstille det graviditetsrelaterte fraværet med annet fravær, vitner om en manglende forståelse av kjønn.*

#### **11.4.2 Svangerskapspenger**

Dersom det er arbeidslivets krav og manglende tilrettelegging av arbeid og arbeidstid som gjør at kvinnene blir syke, er kanskje svangerskapspenger en mer målrettet ytelse enn sykepenger (se boks 11.9). Svangerskapspenger vil synliggjøre årsaken til fraværet, samtidig som sykepengeordningen ikke uthules. For kvinnen selv vil det spille liten rolle økonomisk. Men det kan bety noe for henne at det er arbeidsgiverens ansvar som synliggjøres og ikke hennes helse/arbeidsuførhet.

Svangerskapspenger kan ytes dersom arbeidsmiljøforhold er en medvirkende årsak til at kvinnen ikke kan arbeide under graviditeten. I 1988 ble det innført en utvidet rett til fødselspenger for gravide arbeidstakere i risikofylt arbeidsmiljø (senere svangerskapspenger). Ordningen skulle gjelde «arbeidstakere som i medhold av lov eller forskrift må gis permisjon fordi de ikke kan omplasseres». Loven skulle først og fremst omfatte kvinner som arbeidet på skip eller oljeplattformer (ca 60 i året). Det ble antatt at kvinner som f.eks arbeider med ioniserende stråling eller kvinner ansatt i luftfarten kunne omplasseres i bedriftene. I 1995 ble det gitt nye og utvidede forskrifter om forplantningsskader og arbeidsmiljø i arbeidsmiljøloven.

Selv om ordningen nå er utvidet, er den lite kjent, noe som kommer til uttrykk gjennom et beskjedent forbruk. Arbeidstilsynet arbeider med å gjøre ordningen mer kjent. Men det kan se ut til at informasjonen om ytelsen forvansktes av at det er flere etater som forvalter ordningen.

Bare ca 6 prosent alle som mottok fødselspenger i 1997 hadde mottatt svangerskapspenger før fødsel, men det har vært en markert økning av antall som hadde svangerskapspenger i 1997 i forhold til årene før.

*Utvalget mener at svangerskapspenger kan være et godt alternativ til sykepenger, dersom det er arbeidsplassen og manglende tilrettelegging av den som er den egentlige årsaken til fraværet. Utvalget oppfordrer alle etatene som har ans-*

var for deler av svangerskapspengene til å gi god informasjon til gravide om ordningen.

---

### Svangerskapspengene

#### *Arbeidsmiljølovens krav til arbeidsgiver*

Arbeidsgiveren skal sørge for at arbeidsmiljøet blir vurdert i forhold til faktorer som kan innvirke på forplantningsskader. Eventuelle faktorer må bestemmes og nødvendige sikkerhets- eller vernetiltak iverksettes. Gravide eller ammende arbeidstakere skal omplasseres til annet arbeid dersom det er en risiko for forplantningsskade på barnet. Når omplassering ikke er mulig skal arbeidsgiver dokumentere dette skriftlig. Denne dokumentasjonen sammenholdt med en legeerklæring, legges til grunn for en søknad om svangerskapspengene.

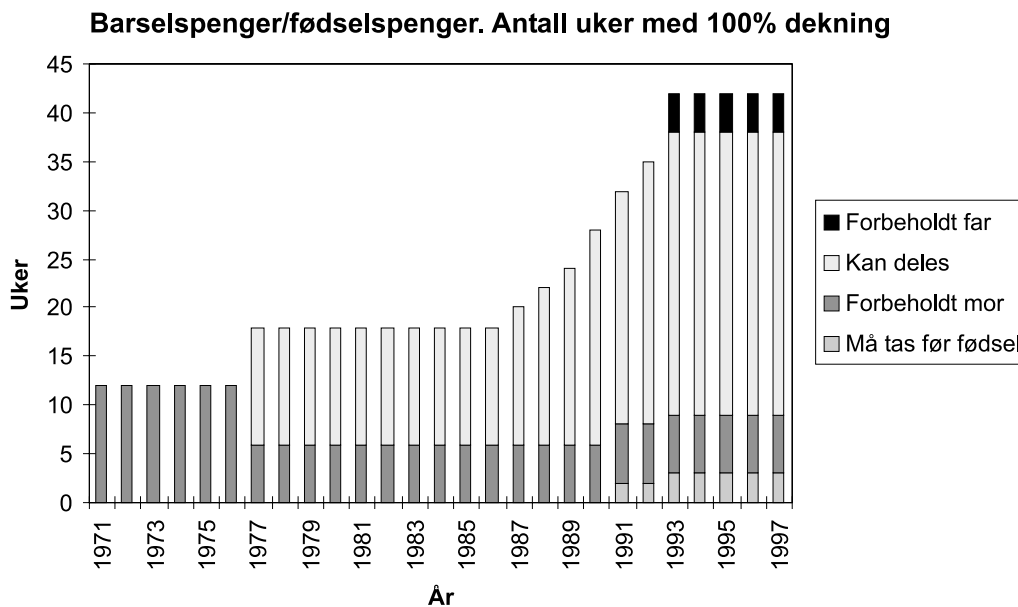
#### *Folketrygdens regler for utbetaling av svangerskapspengene*

Ytelsen tilsvarende i hovedsak sykepenger og ytes frem til fødselspengene, mao inntil 3 uker før fødsel. Moren må legge frem bekreftelse på at omplassering ikke er mulig som må være undertegnet av arbeidsgiver. Det må gå klart frem hvilken lov eller forskrift som pålegger arbeidstakeren å slutte. Det kan ytes graderte svangerskapspengene.

#### **11.4.3 Fødsels- og adopsjonspenger og permisjonsrettigheter ved fødsel.**

Det har skjedd store endringer i permisjonsrettighetene på 1980- og 1990-tallet. For det første har svangerskapspermisjonen blitt betraktelig forlenget. For det andre er kvinnen nå pålagt å ta ut noen av permisjonsukene før fødsel og for det tredje er en del av permisjonstiden forbeholdt far («fedrekvote»). Figur 11.6 viser utviklingen i permisjonsrettighetene og fordelingen mellom mor og far. I følge Charlotte Koren kan utviklingen i fødselspengeordningen beskrives som en ordning som er forandret fra «å kompensere for barselskjerringas inntektstap mens hun gikk og barslet, til å være rene omsorgspenger eller stønader som gjør det mulig for foreldre å være hjemme hos barna i ett år eller kombinere inntektsgivende arbeid med deltidsarbeid i to år» (Koren 1997 s. 35)





Figur 11.6 Figuren viser utviklingen i fødselspensjonsordningen og antall uke med 100% lønnskompensasjon (1973-1997). Figuren viser også hvilken del av permisjonen som er forbeholdt mor eller far og hvilke uker som kan deles

De nordiske fødselspermisjonsordningene har mange likhetstrekk, men i forhold til Sverige og Finland ble de norske permisjonsrettighetene bygget ut forholdsvis sent. Inntektskompensasjonen er bedre i Norge (opp til 100 prosent) enn i Sverige (90 prosent) og Finland (66 prosent). I Sverige og Finland har foreldre lovfestet rett til redusert arbeidstid (75 prosent) fram til barnet er åtte år gammelt. I tillegg har svenske foreldre hatt mulighet til å ta ut tidskonto fra 1974. I Sverige er det også innført en «fartspremie» som gir mødre som får et nytt barn innen 30 mnd rett til permisjon, og samme nivå på ytelsene, selv om de ikke har hatt lønnet arbeid i mellomtiden.

Fødselspengeordningen er en av de få av folketrygdordningene der det er formell forskjell i rettighetene til kvinner og menn (se boks 11.10). Dette skyldes at det er kvinnen som har den helsemessige belastningen det er å føde og amme. Likestillingsombudet har uttalt at: «på tross av økende likestilling vil kvinners og menns ulike biologiske funksjon i forbindelse med barnefødsler aldri bli utvisket». I tillegg har helsemyndighetene uttalt at det er «helsefremmende for barn at de ammes i minst 9 mnd og helst i ett år.» (i NOU 1995:27). Hva som er den «riktige» fordelingen av permisjonen slik at hvert av hensynene ivaretas, blir dermed et vanskelig spørsmål.

**Tabell 11.3: Antall som mottok svangerskapspenger i løpet av året. (Før 1995 er det et brudd i statistikken.)**

|        | 1995 | 1996 | 1997 |
|--------|------|------|------|
| Antall | 163  | 150  | 239  |

De helsemessige forholdene tilsier at morens rettigheter skal være bedre enn farens. Men når det er kvinnene som blir hjemme med barn kan dette føre til en forsterkning av kjønnsrollemønsteret. Det er kvinnen som lærer barnet først å kjenne, det er kvinnen som tar deler av husarbeidet mens hun går hjemme med barn. Det er også en reell fare for at kvinner kan bli skadelidende fordi arbeidsgivere fortsetter å se på kvinner som mer ustabil arbeidskraft. Når menn i større grad tar ut sin del av permisjonen, vil arbeidsgivere bli konfrontert med at både menn og kvinner har familieforpliktelser som i perioder går utover yteevnen i arbeidslivet. Det er derfor en fordel både for barn og for kvinnene at også menn tar en del av permisjonen.

### *Trykdespørsmål*

Hvor går grensen for det helsemessige grunnlaget for særbehandling av kvinner?

#### **11.4.3.1 Fødselspengeordningen**

Formålet med fødsels- og adopsjonspenger er å gi en inntektsikring til yrkesaktive foreldre når de tar permisjon ved fødsel og adopsjon. Nivået på ytelsen er avhengig av tidligere inntekt. I tråd med arbeidslinja skal det lønne seg for mor å ha vært i arbeid før fødselen og mellom fødsler. Dette er bakgrunnen for at fødselspengene gir en forholdsvis bedre kompensasjon enn engangsbeløpet. På denne måten fungerer fødselspengeordningen som et incitament for kvinner til å komme i arbeid og beholde arbeidsforholdet.

---

### **Fødselspenger**

Reglene for fødselspenger finnes i folketrygdloven. Arbeidsmiljøloven gir rett til permisjon i forbindelse med fødsel for arbeidstakere. Rett til permisjon gir ikke alltid rett til stønad.

#### **Rett til fødselspenger**

##### *Tidsrom*

Arbeidstakere kan velge å ta ut enten 42 uker med full lønn eller 52 uker med 80 prosent lønn. Seks uker av permisjonen er forbeholdt mor, fire uker er forbeholdt far. Resten av permisjonen kan deles, se figur 11.6

##### *Opptjening og størrelsen på fødselspengene*

Permisjon med lønn gis dersom mor har vært i arbeid seks av de 10 siste månedene før fødsel. Fars rett til permisjon krever at han har vært yrkesaktiv minst seks av de 10 siste månedene. Far kan ta deler av den lønnede permisjonen, men har ingen selvstendige rettigheter til fødselspenger. Han har derfor ikke rett til fødselspenger dersom mor ikke har rett til det (student eller hjemmeværende). Lønn under permisjon beregnes i forhold til den av foreldrene som har permisjonen, men dersom mor har arbeidet deltid reduseres fars lønn tilsvarende. Ytelsen er begrenset oppad, slik at folketrygden dekker lønn inntil 6G.

### *Engangsstønad*

Kvinner som ikke har rett til fødselspenger, f.eks. studenter og hjemmевærende, har rett til en engangsstønad. Dette beløpet er 32 132 kr i 1998.

### *Tidskonto*

Arbeidstaker og arbeidsgiver kan inngå en avtale om tidskonto. Tidskontoavtalen innebærer at fødselspengene kan benyttes i kombinasjon med delvis gjenopptakelse av arbeidet. Stønadsperioden blir forlenget, men fødselspengebeløpet det samme. Perioden for uttak av tidskonto ved fødsel må minst være 12 uker, høyst to år.

### *Permisjonsrettigheter*

Far kan ta ut to ukers omsorgspermisjon ved fødsel (pappa-permisjon) uten lønn. Mange arbeidsgivere dekker fars lønn i denne perioden. Foreldre har krav på ytterligere 2 års permisjon etter den lønnede permisjonen, men hver av foreldrene kan ikke ta mer enn ett år. Denne rettigheten må tas i sammenheng med permisjonen for det første leveåret. Får foreldrene et nytt barn faller eventuell «restpermisjon» knyttet til det første barnet bort.

---

*Kvinnehelseutvalget støtter forslaget om at far får selvstendig opptjeningsrett til fødselspenger. Mors yrkesstatus bør ikke trekkes inn i en slik vurdering. Dersom svangerskapspermisjonen utvides, bør større deler av den forbeholdes far. Fars rettigheter bør imidlertid ikke gå på bekostning av barnets behov for å bli ammet. Det bør heller ikke være slik at det er økonomiske årsaker til at den ene parten blir hjemme hos barnet fremfor den andre. Det bør være hensynet til barnet som bør vektlegges i denne sammenheng. Dette kan tale for at fødselspengene kompenserer inntektstapet fullt ut.*

### *Fedrekvoten*

Fedrekvoten, som reserverer fire uker av permisjonen til far, ble innført fordi barn har behov for omsorg fra begge foreldre og fordi fedre har behov for å være sammen med barna sine. Ca 78 prosent av alle fedre med rett til fødselspenger benytter seg av denne muligheten. Før fedrekvoten ble innført i april 1993 var antallet menn som tok ut deler av fødselspermisjonen 973, i 1997 var det over 29000. Forskning viser at fedrekvoten ikke har erstattet pappapermisjonen. Fedrekvoten oppleves ikke som tvang. Hovedtyngden av fedre tar ut sin permisjon ved slutten av permisjonstiden, når barnet er fra 8–11 mnd eller eldre. Da har mor avsluttet sin permisjon og ammingen. Likevel var 35 prosent av mødrene hjemme da far tok ut fedrekvoten. Det er ikke funnet sammenheng mellom bruk av fedrekvote og husarbeid eller omsorgsoppgaver. Før innføringen av fedrekvoten var det først og fremst høystatuspar som tok ut permisjon. Etter innføringen av fedrekvoten er det langt flere fedre som tar ut permisjon. Differansen mellom inntekten til far og mor har størst betydning for om fedrekvoten blir brukt. Inntektsforskjellen var dobbelt så stor blant de som ikke brukte fedrekvoten som de som benyttet seg av den. Det er også større sjanse for at far bruker fedrekvoten dersom mor arbeider i full stilling. Dette er ikke så underlig i og med at fars rettigheter er avledet av mors. Forel-

drenes samlede inntektsstatus er viktigste indikator på hvem som tar ut fedrekvote.

*Utvalget mener at fedrekvoten er et godt eksempel på utforminger et tiltak som har et kjønns spesifikt utgangspunkt, men som bidrar til større likestilling.*

#### 11.4.4 Kontantstøtte

Kontantstøtte for ettåringer ble innført 1. august 1998. Målet med ordningen er at familiene skal sikres mer tid til å ha omsorg for egne barn. De skal ha reell valgfrihet med hensyn til omsorgsform, og det skal være mer likhet i overføringene til barneomsorg fra staten (St.meld 53 for 1997–98). Kontantstøtten for to-åringer innføres fra nyttår 1999. Det er ikke på forhånd foretatt noen utredning eller konsekvensanalyser av hvilken effekt denne ordningen vil ha for kvinner og kvinners arbeidsdeltakelse med påfølgende rettigheter eller for hvilken betydning ordningen vil ha for delingen av omsorgsarbeidet i hjemmet. Ordningen er heller ikke konsekvensvurdert med tanke på hva menn eventuelt taper på at det er kvinnene som blir hjemme. *Utvalget vil påpeke at det er en svakhet at så dramatiske forslag ikke er konsekvensutredet før de iverksettes.*

Statistisk sentralbyrå har foretatt en kartlegging av forventet bruk av kontantstøtteordningen. Av de 1469 mødrene som besvarte spørreundersøkelsen og som er berettiget kontantstøtte, vil 6 av 10 benytte ordningen mens 24 prosent ikke hadde bestemt seg. Bare 17 prosent oppga at de ikke ville bruke den. De spurte ble også bedt om å vurdere andre tiltak som har vært fremme i debatten om kontantstøtte. De fleste vurderte barnehageplass til alle som ønsker det som det beste valget. Deretter følger utvidet permisjon. Kontantstøtte rangeres som det dårligste alternativet. Familier med to forsørgere vil bruke ordningen mer enn familier med en forsørger. De som vil bruke ordningen er kvinner, far vil fortsette som før. Andelen er høyest når mor er hjemmeværende. I tillegg er det kvinner som har lav utdanning, svak yrkestilknytning og lav lønn som vil bruke ordningen mest. Samtidig viser undersøkelsen at de fleste ville ha valgt barnehageplasser eller utvidede permisjonsordninger dersom de fikk velge. Begrunnelsene for å velge kontantstøtten er mer tid med barna og at det vil lønne seg økonomisk. *Utvalget vil påpeke som nevnt innledningsvis at det bør legges til rette for at kvinner deltar i arbeidslivet på lik linje med menn. I tillegg bør slike ordninger gi incentiver til at menn deltar i omsorgen for barn. Vi kan ikke se at kontantstøtten vil bidra til at menn tar et større ansvar, men heller til at kjønnsrollene forsterkes.*

#### 11.4.5 Stønad til enslige forsørgere

Stønadene til enslige forsørgere skal sikre inntekt for dem som er alene om omsorgen for små barn, og skal gi hjelp til selvhjelp slik at de kan bli i stand til å forsørge seg selv (se boks 11.11). Ordningene til enslige forsørgere skal også bidra til at kvinner har mulighet til å tre ut av ekteskap og til at de kan velge å få barn i stedet for å ta abort, noe som kan gi kvinnene helsemessige gevinster. Stønadene til de enslige forsørgerne ble endret fra 1. januar 1998 med en presisering av arbeidslinja. Målet med endringene var å gi grupper med tradisjonell liten arbeidsdeltakelse bedre mulighet til å forsørge seg og sine barn og å delta i arbeidslivet. Virkemidlene er utdanning, kvalifisering og etablering av bånd til arbeidslivet. Lange perioder med stønad kunne føre til passivitet og kunne vanskeliggjøre senere arbeidsdeltakelse.

---

### Stønader til enslige forsørgere

*Overgangsstønad* er en ytelse til livsopphold. Stønaden gis til enslige forsørgere som er midlertidig ute av stand til å forsørge seg selv ved eget arbeid på grunn av omsorg for barn. Sammen med bidragsforskudd er stønaden en garanti for at forsørgeren og barna har et minstebeløp å leve av. Endringene i 1998 innebærer at stønadsnivået er økt, samtidig som stønadstiden ble begrenset til tre år, etter at barnet er fylt tre år. Det stilles krav at den enslige forsørgeren tar utdanning, er i arbeid eller er reell arbeidssøker.

*Stønad til barnetilsyn* skal gjøre det mulig for enslige forsørgere å fortsette eller starte opp med arbeid eller utdanning. 70 prosent av dokumenterte tilsynsutgifter dekkes, med øvre grenser som er avhengig av antall barn og egen inntekt.

*Utdanningsstønad* kan gis til enslige forsørgere som tar nødvendig utdanning for å bli i stand til å forsørge seg selv. Som hovedregel gis det stønad til yrkesutdanning i inntil tre år, men vanligvis ikke utover det tidspunkt hvor yrkeskompetanse er oppnådd. Endringene i 1998 innebærer at utdanningsstønad gis bare i tilfelle der den enslige forsørgeren har rett til overgangsstønad, dvs. inntil fem år.

---

Det er etablert permanente brukerkontaktordninger for enslige forsørgere over hele landet. Disse ordningene har som formål å kvalifisere og motivere enslige forsørgere til arbeid eller utdanning. Det er engasjert en brukerkontakt i de fleste av landets kommuner.

Det har gjennom hele 1990-tallet vært en utvikling i retning av at stadig flere forsørgere er «aktive» – dvs. enten er i arbeid eller under utdanning.

---

### Forbruk av ytelsen

- Totalt var det 56500 enslige forsørgere som mottok ytelser fra folketrygden ved utgangen av 1998. Det har siden den nye ordningen ble innført skjedd en reduksjon.
- De enslige forsørgerne utgjorde 5,3 prosent av den kvinnelige befolkningen i alderen 15–49 år.
- I 1997 mottok om lag 37 prosent kun overgangsstønad, 38 prosent både overgangsstønad og stønad til barnetilsyn, mens 25 prosent mottar kun stønad til barnetilsyn.

---

Det er flest aleneforsørgere i aldersgruppene 25–34 år. Tendensen de siste årene har vært at andelen enslige forsørgere under 30 år reduseres. Blant enslige forsørgere som ikke har vært gift har de fleste ett barn (73 prosent). Av de som har vært gift har ca 62 prosent mer enn ett barn.

Kjelstad (1998) påpeker at de med høy utdanning eller som er i arbeid enten kommer i arbeid eller forblir i arbeid selv om de blir alene med barn. Det er ikke vanlig å gå fra full jobb til stønad. Deltidsarbeidende mottar ofte redusert stønad, eller går over til full selvforsørgelse.

Det er store forskjeller mellom gruppene som blir enslige forsørgere før og etter fylte 25 år. En av tre av de enslige forsørgerne er under 25 år. Av disse har halvparten tidligere ektefelle eller samboer, noe som sannsynligvis har

betydning for hvilken hjelp/støtte de får etterpå. Å bli enslig forsørger tidlig i livet innebærer at kvinner med liten utdannings- og yrkesbakgrunn får et forsørgeransvar. De har dermed liten mulighet til å forsørge seg og barnet med lønnet arbeid. Seks av ti av de yngre enslige forsørgerne mottar da også sosialhjelp. Dette er betydelig flere enn de som blir enslig forsørger senere i livet. Alderen ved overgang til status som enslig forsørger har betydning også uavhengig av utdanning og yrke.

*Utvalget anbefaler at når endringene fra 1998 skal evalueres, rettes det et særlig fokus mot de yngste og mest ressursvake kvinnene. I en evt konjunkturedgang bør man særlig evaluere utslagene av et eventuelt strammere arbeidsmarked for de enslige forsørgerne.*

### 11.5 Sosialhjelp – en skjønnsbasert tilleggssytelse

---

Sosialhjelpen finansieres ikke over folketrygden, men gjennom de enkelte kommunenes sosialbudsjetter. Ytelsen skal gis når alle utveier er prøvd, og når mottakeren ikke er berettiget til noen av folketrygdens ytelser. Mange får også sosialhjelp når trygdeytelsene de har krav på ikke strekker til, eller når de får uventede, store utgifter.

Sosialhjelp er ikke noe man automatisk har krav på, gitt at man har et bestemt problem eller en diagnostisert sykdom. Loven om sosialhjelp gir derfor stort rom for skjønn i vurderingen av hvem som skal få hjelpen, og hvor mye de skal få. Selve loven i seg selv behandler kjønnene likt, men siden loven gir så stort rom for skjønn, er det svært interessant i hvilken grad dette skjønnnet i praksis tar høyde for kjønnsforskjeller.

Det finnes kvalitative studier av enslige mødres erfaringer med sosialhjelpen og sosialkontorene. Studien gir et tydelig bilde av at mange av de enslige forsørgerne føler seg vurdert som omsorgspersoner og ikke bare økonomisk svakstilte (Syltevik 1996, Hem 1994). I tillegg til å måtte redegjøre for sin økonomiske situasjon og husholderingsevne, må de også forholde seg til en evaluering av deres evne til å ta omsorg for sine barn. Trusselen om bruk av barnevernet oppleves som et ris bak speilet.

#### *Mange mottar sosialhjelp*

Sosialhjelpen var opprinnelig tiltenkt en relativt liten gruppe personer som falt gjennom velferdsstatens øvrige sikkerhetsnett. Utviklingen har vist seg annerledes. I 1980 var det 60 000 personer som hadde mottatt sosialhjelp, mens antallet sosialhjelpsmotakere i 1994 var mer enn 100 000 høyere. I årene etter 1994 har vi sett en viss nedgang i antallet mottakere, i takt med bedre økonomiske konjunkturer. Sosialhjelp ytes i særlig grad til unge mennesker uten arbeid og opptjente rettigheter i forhold til folketrygden.

Sosialhjelpen blir gitt både til enslige personer, enslige forsørgerne og par med og uten barn. Blant de enslige personene er menn i klar overvekt, mens blant de enslige forsørgerne som mottar sosialhjelp var sju av åtte kvinner i 1996. Mer enn 21 000 enslige kvinner med barn under 18 år mottok sosialhjelp i dette året.

#### *Overgangsstonaden som ikke strekker til*

Vi vil med en gang nyansere bildet: Ikke «alle» enslige mødre er klienter i velferdstaten, gruppen enslige mødre er svært sammensatt (Kjeldstad 1998).

Men en viktig gruppe enslige mødre mottar overgangsstønad, som vi tidligere har sett, og i denne gruppen er det igjen en viktig gruppe som må spe på inntektene ved å gå på sosialkontoret og be om mer. I 1995 mottok litt mer enn hver tredje kvinne med overgangsstønad sosialhjelp i tillegg (Sosialt Utsyn 1998). De fleste av disse kvinnene mottar sosialhjelp i relativt få av årets måneder, men rundt en tredel av dem må gå til sosialkontoret og be om ekstra inntekter i halvparten eller mer av årets måneder.

Det unike ved disse kvinnene som sosialhjelpsmottakere, er selvfølgelig at de har ansvar for et barn og ikke bare seg selv, og at de i mer eller mindre grad er alene om dette ansvaret. De må forholde seg til et lappverk av sosiale ytelser, og de er ofte i denne posisjonen i lang tid (Kalve og Osmunddalen 1995). Kombinert med at denne gruppen enslige mødre ofte ble det i ung alder, at de har liten utdannelse og arbeidserfaring, står vi overfor en situasjon der en gruppe kvinner og deres barn risikerer å komme i en marginalisert posisjon. Dette er også drøftet i kapittel 5.

#### *Kvinner opplever stigma i møtet med sosialkontorene*

Vi har som nevnt noen kvalitative studier av de enslige mødrenes møter med sosialkontorene og sosialhjelpen. Et gjennomgående inntrykk fra disse studiene, er at kvinnene opplever et betydelig stigma i møtet med kontorene. Rollen som enslig mor føles ikke så besværlig overfor slekt, venner og nærmiljø som den føles overfor sosialkontoret.

I en artikkel om innvandrere og sosialhjelp har Lofthus og Osmunddalen (1997) pekt på hvordan det har skjedd en «funksjonstapping» av sosialhjelpen. Grupper av ungdom og gjeldsofre er blitt «løftet ut» av sosialhjelpen og over i andre ordninger av mer permanent og rettighetspreget karakter, mens grupper av innvandrere og enslige mødre er eksempler på økonomisk vanskeligstilte som er blitt «værende igjen» i sosialhjelpssystemet.

#### *Overgangsstønad, sosialhjelp og arbeidslinja*

Forbruket av sosialhjelp blant enslige mødre viser tydelig at overgangsstønaden ikke strekker til for en ikke ubetydelig gruppe. Skulle man «løfte» de enslige mødrene ut av sosialhjelpssystemet, med de fordelene det ville ha, ville et vesentlig tiltak være å yte en mer generøs overgangsstønad over et lengre tidsrom til en særlig utsatt gruppe.

Dette tiltaket synes å stå i strid med vektleggingen av arbeidslinja. Blir overgangsstønaden såpass høy at den ligger i nærheten av hva de samme kvinnene kan tenkes å oppnå som lønn i arbeidsmarkedet, vil det foreligge færre incentiver til å søke arbeid, noe som igjen kan øke sjansen for en varig marginalisering av utsatte grupper enslige mødre. På den annen side er det tvilsomt om kvinner med lav utdanning, liten arbeidserfaring og betydelig forsørgelsesbyrde er attraktive på arbeidsmarkedet. De jobbene som de er kvalifiserte til vil ofte være lavt betalte jobber i servicesektoren, der man krever en grad av fleksibilitet som er vanskelig å kombinere med omsorgsansvaret. Mange av disse jobbene gir også helsefarlige belastninger som kan gi en særlig risiko for personer som må kombinere jobbene med en omsorgsoppgave som de er alene om. Se forøvrig kapittel 5 for en nærmere drøfting av risikoen for marginalisering og derav følgende negative helsekonsekvenser.

## 11.6 Møter med folketrygden – møter med mange?

---

For dette utvalget står brukeren i sentrum. På lekfolkskonferansen ble noen klare brukersynspunkter formulert. Ett av hovedønskene var å bli møtt med helhetstenkning – mellom instanser og over tid. I tillegg påpekte lekfolkene at kvinner ofte måtte bruke mye krefter over lang tid for å få ytelser. Kortere saksbehandlingstid var dermed et ønske.

Et møte med trygdeetaten kan skje på ulike måter. Retten til og betingelsene for å ta ut egenmelding er forankret i trygdelovgivningen, men føler vi at vi «møter» trygden når vi vurderer en egenmelding? Når vi går til legen, føler vi da at hennes eller hans vurderinger er tuftet på det profesjonelle skjønn, eller på folketrygdens regler om sykemeldinger eller at han/hun vurderer sin bruk av tid i forhold til egne muligheter for refusjoner fra folketrygden?

Poenget er at vi møter folketrygdloven og dens grenser i mange situasjoner. Vi møter folketrygdens regler – hjemme, på jobben, hos legen, hos arbeidsformidlingen, eller på trygdekontoret. Møtet kan skje direkte, f.eks. ved at trygdekontoret gir et konkret avslag. Møtet kan skje indirekte ved at legen velger en form for behandling fremfor en annen på grunnlag av hvilke refusjoner som gis. Det blir dermed for snevert å beskrive dette møtet bare som et oppmøte på trygdekontoret og møte med saksbehandleren der. Møtet foregår på mange nivåer og med mange aktører. Vi har tidligere behandlet ytelsene og de føringene som ytelsene har for våre rettigheter. I dette avsnittet går vi nærmere inn på holdninger og i hvilken grad disse holdningene har et kjønnsperspektiv.

### 11.6.1 Praktiseres skjønn likt overfor kvinner og menn?

Noen regler kan ikke fravikes og er ikke gjenstand for skjønn. Dette gjelder f.eks. kravet om at du må være 67 år for å få alderspensjon. Folketrygdloven er en rettighetslov, og i så måte er det færre forhold som er overlatt til skjønn enn i f.eks. sosialloven. Men selv om den er en rettighetslov, inneholder den mange begreper og vurderinger som innebærer skjønn. Dette gjelder f.eks. begreper som sykdom, der menn og kvinner møtes forskjellig på grunn av skjønn (legenes eller trygdeforvalterens). I tillegg har vi sett at kvinner med såkalte ubestemte sykdommer og plager, møtes forskjellig av helsevesen og trygdeetat enn andre. Dette vil med stor sannsynlighet føre til en annen trygdeprosess for dem, enn f.eks. for dem som har kreft. Når tidligere arbeidstilknytning og erfaring skal vurderes i forhold til hva som er hensiktsmessig eller nødvendig attføring, kan det være at en del kvinner ses på som mindre attraktive i arbeidsmarkedet enn menn. Dette er vurderinger der saksbehandlerens skjønn er viktig.

Hvem som har rett til å forvalte trygdereglene skjønn, vil variere. F.eks. har legen rett til å kunne henvise pasienten til laboratorier, røntgenundersøkelser, fysioterapi eller liknende. Slike vurderinger beror på den enkelte legens faglige skjønn – og et møte med trygden blir i denne sammenheng et møte med legen. Hva som er hensiktsmessig attføring vil kanskje bli vurdert av arbeidsmarkedsetaten, som gjør sine vurderinger avhengig av blant annet søkerens arbeidspraksis, utplasseringer, utdanning, alder og/eller forhold på arbeidsmarkedet. I tillegg kan f.eks. trygdeetaten overprøve en behandlende leges skjønn ved å støtte seg til en rådgivende leges vurdering.



Noen ganger er det vilkårene for å få ytelsen som skjønnsreguleres. Skal uførepensjon tilstås, må det foretas skjønnsvurderinger i forhold til begreper som sykdom, høvelig arbeid, hensiktsmessig behandling eller attføring. Alderspensjon, sykepenger og uførepensjon er svært standardiserte ytelser når de først blir tilstått, det er altså få skjønnsvurderinger når det gjelder størrelsen på ytelsene. Andre ytelser, feks refusjon av utgifter på grunn av sykdom avgjøres av legen.

- Der folketrygdloven er regelstyrt, må det lovendringer til for å ivareta kjønnsperspektivet
- Der det finnes skjønnspregete ytelser er saksbehandlers og premissleverandørers holdninger sentrale. Disse aktørene må opplyses om kjønnsforskjeller og om kvinnens helse og sykdommer.

*Kjønnsperspektivet kan ikke bare komme til uttrykk gjennom endringer av noen regler som slår uheldig ut for kvinner. Kjønnsperspektivet må ivaretas gjennom opplæring av forvaltere, slik at skjønnets funderes på en oppfatning av at menn og kvinner er forskjellige. Trygdeetaten og premissleverandører for trygdeetaten bør derfor ha kjønn, kjønnsforståelse og kvinnesykdommer som del av sin undervisning og opplæring. Til dette arbeidet er det behov for å utvikle tydelige kriterier for hva et kjønnsperspektiv innebærer.*

### **11.6.2 Behovsprøvingen – slår den uheldig ut for kvinner?**

I tillegg til skillet mellom skjønns- og regelstyrte bestemmelser er det også et annet sentralt moment som utvalget vil peke på. Dette gjelder behovsprøving. Denne behovsprøvingen kan ramme kvinner. Dette gjelder særlig i de tilfellene der rettighetene til en ytelse er avledet av *familiens inntekt* og ikke individets.

Noen av folketrygdens bestemmelser prøves mot inntekt – enten egen inntekt som feks ved uførepensjon, eller mot familiens inntekt som feks ved retten til stønad til bil. I tilfeller der *familiens inntekt* legges til grunn før tilståelse av en ytelse, vil dette slå uheldig ut for den parten som tjener minst. Dersom det f eks søkes om lån til bil gis ikke slike lån dersom den samlede familieinntekten er over kr. 255000. Ektefellens inntekt kan dermed begrense mulighetene til å få ytelsen. Så lenge det er slik at menn tjener best i en familie og mannen blir syk, vil konsekvensene bli at kvinnens inntekt, fordi den er lav, i liten grad forhindrer han fra å få en ytelse. Når kvinnen som tjener lite blir syk, vil hun ikke kunne få lån til bil fordi mannens inntekt er for høy, uavhengig av om han vil la henne få bil eller ikke. Så lenge det er slik at menn tjener bedre enn kvinner, vil en slik regel i hovedsak få konsekvenser for kvinnene, og det er kvinnene som blir avhengig av at mannen er villig til å bruke deler av sin inntekt til å dekke kvinnens behov. Mange menn vil i slike tilfeller bruke deler av inntektene sine til dette, men ikke alle. For menn blir konsekvensene at de får en ytelse eller stønad når de har et reelt behov.

*Utvalget er av den oppfatning at når inntekt skal legges til grunn for å måle et behov, er det den personlige inntekten som må legges til grunn. Utvalget mener at så lenge det er slik at menn tjener best i en familie, vil det være slik at det er når kvinnen blir syk at ytelsene behovsprøves. Dette gjelder for eksempel i tilfelle søknad til bil.*

### 11.6.3 Møte med trygdeetaten – et møte med mange.

I det følgende vil vi se på møtet med trygdeetaten. Slik vi ser det er dette er møte som kan skje på ulike måter og med flere aktører. I neste avsnitt (11.6.4) vil vi se at et møte med trygden kan innebære møter med andre etater, og der samhandlingen mellom etatene kan ha betydning for hvordan en bruker kan oppleve møtet.

#### 11.6.3.1 Møtet på legekantoret

Trygden påvirker legerollen på to måter. For det første setter trygdesystemet noen rammer rundt hva legen kan gjøre (undersøkelser og henvisninger), og for hva hun eller han får betalt for, for eksempel refusjoner for tidsbruk. I et kvinnehelseperspektiv vil dette få betydning dersom det er slik at kvinner ofte har behov for mer tid enn menn hos legen.

For det andre er legen ofte den mest sentrale premissleverandøren for at en pasient skal få en trygdeytelse, enten dette gjelder hva pasienten skal henvises til eller hvilke ytelser legen mener at pasienten bør få. Legen blir dermed satt til å være mer enn smertelindrer, og kan også bli pasientens advokat eller trygdeetatens portvokter.

Legen forholder seg til sykdommer, plager og symptomer som pasienten har. Legen setter dette inn i sin sammenheng som omfatter prognoser, behandlingsformer og muligheter som finnes enten for å lette personens smerter eller for å kurere pasienten. Gjennom folketrygdloven gis legen rett til å henviser pasienter videre, for eksempel til fysioterapeuter eller spesialister på grunnlag av eget skjønn. Lekfolkskonferansen tok opp spørsmålet om det bare var legen som burde ha henvisningsrett, og mente at blant annet fysioterapeuter i visse tilfeller (for eksempel ved muskel- og skjelettplager) kunne være en vel så god koordinator og henviser som legen. Dette ville i såfall innebære en radikal omlegging av dagens system. *Utvalget foreslår at spørsmålet om henvisningsretten utredes nærmere.*

Folketrygden legger også premisser for hvilke typer av medisiner pasienten tilbys. Når Fosamax, som er et legemiddel mot osteoporose, tilbys på blå resept, mens østrogen ikke refunderes, kan det påvirke hvilket legemiddel legen skriver ut.

Legen er også en forvalter av folketrygdens ytelser på grunn av retten til å sykmelde, friskmelde eller skrive ut legeerklæringer i forbindelse med uførhet og rehabilitering. Legen kan kanskje anbefale personen å søke om uførepensjon, attføring eller yrkesskade, og erklæringene fra legen legges til grunn når en slik søknad foreligger. Legen kan dermed settes i en vanskelig dobbeltrolle. Som behandler er hun avhengig av pasientens tillit. Som forvalter av trygdeytelsene skal legen være portvokter. I slike saker er det av avgjørende betydning at leger selv kan og forstår trygdereglene. Det bør ikke være slik at legene gir sine pasienter urealistiske forventninger i forhold til hvilke løsninger systemet har. Likevel bør det ikke være slik Bruusgaard har tatt opp (1994). Han påpeker at rammevilkårene for legers utøvelse av sitt profesjonelle skjønn er blitt så stramme at det rammer pasienter på måter som ikke var tilsiktet. *Det er sentralt at legen først og fremst er opptatt av pasientens helse. Utvalget mener også at det er sentralt at trygdeetaten gir legene opplæring i trygderegler, orienteringer om endringer i trygderegler, og tilbakemeldinger der legen har opptrådt uriktig, slik at legene kan bidra til å gi pasientene korrekt informasjon.*

Folketrygdens regler kan altså ha avgjørende betydning for pasientens møter med legen. I tillegg kan møtet hos legen være avgjørende i forhold til et senere møte med trygdeetaten. Poenget er at de fleste av oss ikke tenker på at det i møtet med legen skjer et møte med folketrygden. Slik legerollen er utformet i dag, blir legen både behandler, en forvalter av helsetjenester og en premissleverandør for trygden. Legen ses på som en portvokter i forhold til forbruk av trygdeytelser, men også som en advokat eller forsvarer for pasienten i forhold til retten til trygdeytelser. Legene opplever derfor selv at deres rolle kan være vanskelig og ikke entydig. Spørsmålet blir da hvordan pasientene oppfatter det.

### *Trygdespørsmål*

Er pasientene eller trygdesøkerne klar over hvilken viktig rolle medisinerne har i forhold til videre trygdebehandling?

En lege som er skeptisk til at pasienten feiler noe, om dette er sykdom eller om personen er en av disse «vondtedamene» der det «sikkert er noe psykisk», vil la dette skinne gjennom når hun skal skrive en legeerklæring til trygden. Motsatt vil en lege som kanskje tar symptomer og plager på alvor, klare å finne en diagnose og formulere en legeerklæring som blir slik at kravet lett går gjennom.

*Når medisinen på denne måten brukes som en svært avgjørende premissleverandør for hvordan trygdesøknader vil bli behandlet, eller for hvilke behandlingsformer som blir valgt, skjer møtet med trygden alt på legekantoret. Det er sentralt at brukere, trygdesøkere og fremfor alt kvinner er klar over dette. Det er i denne sammenheng også sentralt at det utarbeides noen faglige kriterier eller standarder eller minstemål for hva som kan regnes som god klinisk praksis.*

### **11.6.3.2 Møtet med trygdeetaten**

Også i møtet med trygden kan holdninger påvirke møtet mellom bruker og etat. Det er ofte vanskelig å avdekke og systematisere slike holdninger og hvilke virkninger de eventuelt har på møtet med brukeren. Men enkelte avisoppslag og tilbakemeldinger viser i alle fall at det finnes et stort forbedringspotensiale i trygdeetaten i forhold til møtet med brukerne.

Etaten arbeider også aktivt med dette gjennom fokus på serviceerklæringer, brukerutvalg, saksbehandlingstider og brukerundersøkelser. Mye av dette arbeidet er nettopp startet opp, slik at vi ennå ikke vet hvordan denne opprustningen av brukerperspektivet vil innvirke.

*Vi trenger mer kunnskap om brukernes erfaringer med og kunnskaper om trygdesystemet. For utvalget er det sentralt at brukerperspektivet tar høyde for at det ikke er sikkert at kvinner og menn vil bli, eller føler seg møtt, på samme måte eller har samme behov. Brukerundersøkelser ol bør ta høyde for dette.*

Møter med trygdeetaten skjer også på flere nivåer, f.eks. det lokale trygdekantoret, fylkestygdekantoret, Rikstrygdeverket, Trygderetten og i Sosial- og helsedepartementet, Storting og regjering. Hvert av nivåene råder over sine vedtak og myndighetsområder. De fleste personmøtene skjer i det lokale trygdekantoret. Der oppleves de direkte møtene mellom saksbehandler og bruker. Møtene med fylkestygdekantorene skjer f.eks. ved vedtak om uførepensjon. I slike saker har trygdekantorene som regel bare innstillingssrett. Fylkestygdekantorene er også første klageinstans. Sakene kan deretter gå til Trygderetten som er øverste ankeinstans. Storting og regjering tar opp

generelle problemstillinger og vedtar lovendringer. Sosial- og helsedepartementet er øverste forvaltningsorgan, mens Rikstrygdeverket har en sentralledelsesfunksjon, styrer av ytre etat og en premisleverandør. Dersom kjønnsperspektivet skal ha effekt må det integreres på alle nivåer i etaten og i overordnede organer. *Utvalget utfordrer derfor Sosial- og helsedepartementet og Rikstrygdeverket til å redegjøre for hva kjønnsperspektivet skal og bør være, og hvilke implikasjoner dette har for virksomhetene.*

Et møte med trygdeetaten kan skje i det en person stiller et spørsmål eller fyller ut et søknadsskjema. For noen kan møtet skje forholdsvis automatisert, f.eks. ved at barnetrygden kommer som et brev i posten. Andre må både søke og anke flere ganger og på flere ytelser. Hvordan møtene arter seg vil avhenge av hva du søker om og hvordan dette forholder seg til folketrygdlovens regler. Noen møter er forholdsvis enkle, og innebærer at personen får god informasjon, får det hun har søkt om og møter få problemer underveis. Dette er tilfeller vi hører lite om, men som det er mange av. Andre møter er mer problematiske. Dette kan bero på at den enkelte ikke blir møtt med riktig informasjon til riktig tid. Det kan være et møte som oppleves som en kamp, eller møter som ødelegges av urealistiske forventninger.

For den enkelte kan det være vanskelig å forstå trygdereglene. Møtene kan dermed bli vanskelige hvis opplysningene som gis ikke er gode nok, hvis det skjer en «skrankeavvisning», eller hvis vedtakstekster, brosjyrer eller annet materiell blir misforstått. Trygdesøkere kan oppleve seg selv som kasterballer: for syke til å få en ytelse, men for friske til å få en annen. De kan oppleve det som nedverdiggende eller forulempede å bli spurt om opplysninger som trengs i saken, dersom de ikke behandles på en god nok måte. De kan oppleve at de ikke blir hørt, eller at deres synspunkter teller mindre enn legens. De kan oppleve at begrunnelsene for et vedtak enten er ubegripelige eller urettferdige. For trygdeetaten er det en nedfelt målsetning at alle skal behandles med tillit og respekt. Det kan likevel skje at ikke brukerne opplever denne tilliten og respekten.

*Trygdeetaten bør sørge for at alle brukerne er inneforstått med hva som skjer, hvorfor det skjer og hva som skal skje når. Innsikt i trygdeprosessen kan minske følelsene av fremmedgjorthet og kompleksitet.*

De møtene som er vanskeligst for trygdeetaten er grensetilfellene – tilfellene der linjen skal trekkes mellom de som har «fortjent» og de som «ikke har fortjent», eller møter der forventningene til å få noe ikke blir tilfredsstillt. Dette er blant annet synliggjort i møtene med noen av kvinnene som har ubestemte plager, der grensene mellom sykdom og andre forhold kan være vanskelig å trekke. I andre saker kan det være at opplysningene som er lagt til grunn i saken kan være for dårlige eller lite utfyllende. Det kan være saker som omhandler feilutbetalinger eller saker der trygdemisbruk blir avdekket i en kontroll. Det er saker der den enkelte må henvises til sosialetaten eller til den private forsørgelse fordi det er huller i lovverket. Etterhvert har også rollen som trygdeforvalter endret karakter. Arbeidslinja stiller krav til oppfølging, samtaler og en helt annen form for kommunikasjon mellom bruker og forvalter enn tidligere. Mange trygdefunksjonærer føler nok at de ikke er godt nok skolert til å ivareta alle disse hensynene.

Kvinner har i gjennomsnitt kortere saksbehandlingstid enn menn. Dette gjelder for de fleste saksområder i 1997 og 1998.

En brukerundersøkelse fra oktober 1997 (Feedback Research og Consulting AS) tok sikte på å kartlegge brukernes oppfatninger av service og brukerbehandling, tilgjengelighet og tidsbruk, informasjon, saksbehandlere

og saksbehandling. Undersøkelsen viste at de fleste trygdemottakere har et positivt inntrykk av sitt trygdekontor. Likevel mente 14 prosent at de hadde et litt dårlig eller dårlig forhold til trygdekontoret. De som har fått avslag er minst fornøyd. De som er langtidssykmeldte, på rehabilitering eller er enslige forsørgere er mindre fornøyd. De som får avslag oppgir oftest at de i liten grad eller ikke i det hele tatt behandles med respekt. *Menn er mer fornøyd enn kvinner.* Interesse for trygdemottakerens behov og problemer, samt å møte brukerne med respekt og på en hjelpsom og hyggelig måte, har mye å si for trygdemottakerenes vurderinger av trygdekontoret. Denne undersøkelsen gikk ikke inn på årsakene til observerte forskjeller. Vi vet derfor ikke hvorfor kvinner er mindre fornøyd enn menn. Undersøkelsen viste også at flere kvinner enn menn har fått bedre inntrykk av trygdekontoret i løpet av kontaktperioden, flere kvinner enn menn bestiller time på trygdekontoret, menn syntes å ha et bedre inntrykk av trygdekontorenes hjelpsomhet og er mer fornøyd med saksbehandlingen. At det kan se ut til at brukernes fornøydhet varierer med kjønn, kan også gi indikasjoner om at det i arbeidet med brukeroppfølging er sentralt å anvende et kjønnsperspektiv.

*Trygdeetaten vil gjennomføre flere brukerundersøkelser. Utvalget vil i den anledning understreke behovet for at slike undersøkelser gjøres med et kjønnsperspektiv. Det er ikke gitt at kvinner og menn opplever de samme møtene eller har de samme behovene i møtene. Utvalget er av den oppfatning at det er bra at trygdeetaten arbeider med disse spørsmålene. Men vi utfordrer etaten til å anlegge et kjønnsperspektiv i dette arbeidet. Menn og kvinner har ulike sykdommer og forutsetninger, dette bør etaten møte i forhold til hvilke behov den enkelte har. Vi understreker også at å anlegge et brukerperspektiv innebærer mer enn å gi bedre service. Det sentrale er at brukeren og brukerens premisser tas på alvor.*

### **11.6.3.3 Møtet med rådgivende lege – et møte på papiret**

I trygdeetaten er det ansatt ca 150 rådgivende leger, hvor ca 20 av stillingene er besatt av kvinner. At så få er kvinner, skyldes blant annet at det ikke finnes søkere. Trygdeetaten er ikke i en slik situasjon at de kan velge mellom ulike kandidater til stillinger. Dette er synd, i og med at den jobben de gjør er svært viktig. De rådgivende legene arbeider mellom 6 og 36 timer i uken. Ønsket fra trygdeetaten er at de helst skal jobbe for trygden 20–24 timer, og kombinere dette med sin vanlige praksis. De rådgivende legene er ansatt på ulike nivåer i etaten. Utbyggingen av den rådgivende legetjenesten har blitt utvidet bla i forbindelse med behovet for medisinsk diagnostikk, og for å bidra til en tidligere oppfølging f eks i forbindelse med oppfølging av yrkesmessig attføring samt i oppfølgingen av langtidssykmeldte (47 nye stillinger i 1991).

Når rådgivende leger skal rekrutteres, skjer dette nå på fylkesplan. Det har vært vanlig å kreve enten at søkeren har lang erfaring som allmennpraktiker, eller at han/hun har spesialitet innenfor nevrologi, revmatologi, psykiatri, arbeidsmedisin eller samfunnsmedisin, indremedisin eller bred klinisk erfaring. Det blir ikke spurt spesielt etter kunnskap om kvinnehelse eller kvinners sykdommer, men det finnes bla en som er gynekolog.

Når det var fokus på fibromyalgi i etaten, ble det arrangert flere stormøter om denne sykdommen som de rådgivende legene deltok på, men ikk ansatt noen spesialist på f. eks. ubestemte plager eller fibromyalgi.

*Utvalget har tidligere understreket behovet for mer helhetlige funksjonsvurderinger, og for at diagnoser tillegges mindre vekt. Det er likevel slik at det særlig har vært kvinnens helse og sykdommer som har utfordret trygdeetaten på måter den*

*ikke håndterer godt nok, feks i forbindelse med innstramningene av sykdomsvilkåret. En måte å skape mer bevissthet om kvinners sykdommer og problemer på, samt å få avklart en del spørsmål om kvinner og trygd kan være å ansette en som har spesiell kompetanse på kvinners sykdommer og helseplager i RTV. Denne legens oppgaver burde da være å spre kunnskap og forståelse om kvinners sykdommer til resten av etaten, og å ta opp problemstillinger som er særlig relevante for kvinner. Dersom det ikke er mulig å ansette noen på hel tid, bør det eventuelt kunne leies inn slik kompetanse til kurs eller veiledning.*

Som det går frem av boks 11.13 skal de rådgivende legene være kunnskapsformidlere og bindeledd mellom den medisinske fagverden og trygdeetaten. Den rådgivende legen skal også på eget initiativ ta opp trygdefaglige problemstillinger og presentere disse for den administrative instansen hun jobber mot. De er rådgivere for trygden, og skal i sine uttalelser gi uttrykk for sine medisinske standpunkter som igjen skal holde faglig mål. De har med andre ord ikke vedtaksrett. Men hvis en leges råd fravikes, skal det informeres om grunnen til dette. De er forpliktet til å holde sine spesialistkunnskap ved like og å holde seg faglig oppdatert. Siden det ofte er vanskelige saker som fremlegges for den rådgivende legen, er sannsynligheten stor for at den rådgivende legen vurderer de såkalt ubestemte lidelsene eller de med psykiske lidelser, i mange tilfeller kvinner.

For de fleste vil et møte med rådgivende lege fortone seg som et møte på papiret. Den rådgivende legen vurderer legeerklæringene i saken og kommer med sin uttalelse. Slik den norske modellen er utformet skal ikke den rådgivende legen møte pasienten, og dette skjer bare unntaksvis. Den rådgivende legen skal altså forholde seg til trygdeetaten og de medisinske opplysningene som foreligger i saken og ikke til brukeren. Dersom de medisinske opplysningene i saken ikke er gode nok til at den rådgivende legen kan komme med råd, skal pasienten utredes nærmere. For brukeren innebærer dette at han/hun kan bli snakket om og vurdert uten at hun har anledning til å uttale seg i saken eller til å korrigere opplysninger i saken. For mange oppleves dette som svært negativt. Og spørsmålet blir hvor god den rådgivende legens vurdering blir, når han/hun ikke har møtt pasienten.

---

### Rådgivende legers oppgaver

De fleste rådgivende leger er tilknyttet *trygdekontorene*. På trygdekontorene er den rådgivende legens viktigste rolle å gi trygdemedisinske råd til trygdekontorene i enkeltsaker og i ankesaker, delta i opplæring, delta i utredning av trygdefaglige problemstillinger, følge med og rettlede leger i eget distrikt, besøke trygdekontorene regelmessig, medvirke til oppretting av basisgrupper, delta i attføringsutvalg i bedrifter, ha kontakt med og informere allmenpraktiserende leger, spesialister og andre.

På *fylkestrygdekontorene* skal de rådgivende overlegene drive en utadrettet virksomhet mot behandlingsapparat og samarbeidspartnere. De skal også være rådgivere på enkelte av kapitlene om folketrygd (rehabilitering, uførhet og yrkesskadesaker), utrede enkelte trygdemedisinske spørsmål for fylkestrygdekontoret, og delta i opplæring av etatens ansatte, leger og praktiserende spesialister. De skal blant annet også drive trygdefaglig oppfølging og bidra til at fylkestrygdekontoret får innsikt i legers sykmeldingspraksis, rekvisjonspraksis, standpunkter og holdninger til diagnoser og forbruk av trygdemidler.

Også i *Rikstrygdeverket* er det ansatt noen rådgivende overleger. Disse fungerer som faglige rådgivere og som koordinatorene av den trygdemedisinske rådgivningstjenesten. De skal også undervise og drive med kompetanseformidling til etaten og særlig de rådgivende legene.

---

*Utvalget er av den oppfatning at sett i et brukerperspektiv bør brukeren få delta der brukerens sak skal vurderes. Vi mener derfor at det er sentralt at den rådgivende legen møter søkeren og først tar stilling til saken etter at brukeren er hørt.*

#### **11.6.4 Flere etater, ingen samordning**

Møtet med trygdeetaten innebærer også møte med andre etater. For å finne ut om en person kan attføres, overføres saken til arbeidsmarkedsetaten. Hvis det skal vurderes om en hjemmearbeidende kan få pensjon, trekkes sosialetaten inn for å vurdere omfanget av hjemmearbeidet. Pensjonspoengene fastsettes etter opplysninger gitt til skatteetaten. Noen ganger betyr dette at en anke på pensjonens størrelse betyr en anke på den pensjongivende inntekten, altså at saken må ankes inn for likningsmyndighetene.

Mange klienter trenger felles samordnet bistand med kombinasjoner av sosialhjelp, trygd og arbeidsmarkedets tjenester. Basisgruppene kan til en viss grad løse noe av samarbeidsbehovene for etatene, men ikke alle. Det utbygges servicekontorer som har som siktemål å bedre informasjonen til brukerne gjennom blant annet samlokaliseringer, men disse tiltakene ivaretar på langt nær behovene for faglig enhet og helhet.

##### **11.6.4.1 Basisgrupper**

Basisgruppene ble etablert i 1988. Før den tid var det opp til det enkelte trygdekontor å ta initiativ til, organisere og samarbeide med aktuelle instanser. Aktuelle instanser kunne feks være lege, arbeidsmarkeds- eller sosialetat eller andre sakkyndige som feks bedriftshelsetjenesten.

Etableringen av basisgrupper innebar en formalisering av oppfølgingen av langtidssykmeldte gjennom et forpliktende regelverk for tverretattlig samarbeid. Sammensetningen kan variere, men det skulle være en fra trygdeetaten, arbeidsmarkedsetaten og helst en behandlende eller en rådgivende lege. Den sykmeldte kunne selv oppmuntres til å møte. I tillegg kan også andre sakkyndige innkalles feks sosialetat, psykolog, bedriftshelsetjeneste eller arbeidsgiver. Basisgruppene skal møtes minst en gang i kvartalet. Trygdekontorene har det koordinerende ansvar. Gruppen har en rådgivende funksjon, og skal i fellesskap komme frem til en anbefaling i saken.

Basisgruppene skal følge opp langtidssykmeldte ved sykmelding II, mao 8 uker etter ordinær sykmelding. Målet er å finne egnede tiltak for brukeren, i samarbeid med brukeren. Dette gjelder særlig behovet for og muligheter til å igangsette yrkesrettede attføringstiltak i saker som gjelder sykmeldte, yrkeshemmede eller andre. Saker som krever aktive tiltak så snart som mulig skal prioriteres.

En undersøkelse fra SINTEF viste at bare 8 prosent av 200 kommuner hadde hatt basisgruppemøter siste år. Disse kommunene hadde møter mer enn fire ganger i halvåret og i gjennomsnitt behandlet de 3–4 saker pr møte. Som regel er det trygdekontoret som melder saken til behandling. Brukeren og behandlende lege deltar nesten i alle tilfeller. Rådgivende lege deltar i vari-

erende grad. Sakene er ofte medisinsk komplekse. Legene bruker basismøtene når de står fast i sin behandling. Basismøtene anses av trygde- og arbeidsmarkedsetaten som deltar, som egnete for avklaring av attføringspotensialet.

Undersøkelsen viser ikke entydig at basisgruppene fanger opp sykmeldte i en tidlig fase, men mange av informantene i undersøkelsen mener at basisgruppene er egnet for de komplekse sakene. I SINTEFs undersøkelse ble også brukerne av basismøtene intervjuet. For brukerne var det viktig med informasjon. Videre var tidsbruken, hvem som deltok, samhandlingen samt rask og konkret oppfølging og klarhet om hvor og når ting skal skje, viktig.

*Utvalget mener at basismøtemodellen bør bestå og videreutvikles, men at det kan åpnes for en fleksibel sammensetning. Brukeren bør få møte selv, evt med en representant som hun kan velge selv. Dersom brukeren ikke ønsker å møte, bør det likevel være mulig å ha et basismøte.*

#### **11.6.4.2 Servicekontorer**

Noen kommuner har innført forsøksordninger med offentlige servicekontorer. I slike kontorer møter brukerne flere etater som likningskontor, noen kommunale tjenester og trygden. Slike servicekontorer omfatter imidlertid enkle serviceoppgaver som kan behandles ved skranke eller fronttjenester av såkalte generalister. Denne modellen inkluderer ikke faglig samarbeid, men resepsjons- og sentralbordsfunksjoner, enkelte refusjoner og informasjon. De mer avanserte oppgavene utføres fortsatt av saksbehandlere i den enkelte etat. Målet med disse prosjektene er å lette tilgangen på informasjon, men målet er ikke faglig samarbeid eller enhetsbehandling, der kasteball effekter kan unngås. En slik samlokalisering kan være positivt i forhold til service, men løser ikke etatenes faglige grenseflateproblemer.

#### **11.6.4.3 Enhetsorganisering – felles målsetninger, budsjetter og prioriteringer**

Slik systemet er i dag har hver etat sine perspektiver, hver sine målsetninger og prioriteringer, hver sine budsjetter og overordnede instanser. Ingen av etatene har et overordnet ansvar for hverandre, og på sentralt nivå sogner oppgavene til ulike departement eller ulike avdelinger i departementer. I tillegg har kommunene ansvar for sosialtjenestene, mens staten har ansvar for de andre ytelsene. Kontorene har overlappende målgrupper, til dels hver sin ideologi og målsetninger, egne virkemidler, arbeidsmetoder og regelverk. I tillegg har stat og kommune forskjellige interesser når det gjelder hvem som skal betale og hvem som er rette vedkommende.

Det kan se ut til at den manglende helheten i den offentlige forvaltningen kan ha rammet kvinner. Særlig gjelder dette i forbindelse med instrammingene der sykdomsvilkåret og presiseringen av arbeidslinja. Kvinner var for syke til attføring, men for friske til uførepensjon. Den enkelte kan i dette oppleve seg selv som en kasteball. Ofte er det dem som trenger mest hjelp som har mest behov for et samordnet tjenesteapparat. Evalueringer har vist at det som ville tjene klientene best var en «helhetlig organisering av sosialhjelp, trygd og arbeidsmarkedstiltak» (Pedersen 1996).

I følge evalueringen vil ikke samarbeid mellom etatene i tilstrekkelig grad løse grunnleggende strukturproblemer mellom etatene. Disse problemene gjenfinnes på flere nivåer:

- samfunnsnivå: klarer ikke å hjelpe brukere ut av klientrolle



- etatsnivå: manglende koordinering og oversikt
- brukernivå: havner i gråsoner mellom etater

I følge Pedersen vil en enhetsetat kunne løse disse problemene, selv om det også er noen farer forbundet med enhetsetatene. Pedersen nevner følgende:

- fare for maktmisbruk
- problemer med å skape likhet i tilbud mellom lokalsamfunn
- koordinering av virksomhet på nasjonalt nivå

*Vi har på flere steder i denne utredningen pekt på behovet for mer samordning. Og det er på denne bakgrunn at utvalget går inn for at sosial-, trygd og arbeidsmarkedspolitikken ses under ett. Et forpliktende samarbeid på toppnivå må integrere målsetninger og budsjettering og sørge for nødvendig koordinering og planarbeid. Ut fra brukernes synspunkt er det viktigste å få hjelp, ikke hvilken etat som gjør det. For brukeren er det viktigste å unngå at de havner mellom to stoler, eller å måtte stå uten forsørgelse eller å måtte kjempe en kamp på tre forskjellige kontorer. Dette gjelder i særlig grad for personer med nedsatt helse. At brukere i dag er nødt til dette, skyldes manglende helhetstankegang mellom etater, og etatsprestisje. Det kan være grunn til å tro at kvinner rammes mer enn menn. For det første har en del kvinner med ubestemte plager ikke fått uførepensjon, men samtidig blitt vurdert som for syke til attføring. For det andre møter også en del enslige forsørgere problemer i forhold til samspillet mellom trygdeetat og sosialkontor.*

*Utvalget mener at det bør iverksettes flere forsøk med enhetsetater, med utgangspunkt i kunnskapen fra Grimstadsprosjektet. F eks kan to kommuner forsøke ulike former for etatsledelse ved enten trygdekontor eller sosialkontor. Forsøkene bør inkludere sosialetat, trygdeetat og arbeidsmarkedsetat. Brukerperspektivet blir det mest sentrale, etatsmessige motsetninger blir i den sammenheng uinteressante. De kommunene som velges må derfor få nok frihet til å unngå etatsprestisje. Personvern hensyn må ikke være et hinder for et slikt samarbeid.*

### 11.6.5 Trygdeombud?

Statskonsult (1998:1) pekte i sin evaluering av servicekontorene på at det bør gjøres forsøk med å innføre en ombudsfunksjon til hjelp for brukere som har problemer med å finne fram til rette instanser i offentlig forvaltning, trenger hjelp med å bruke ny teknologi for å få slik kontakt, eller som «faller i mellom» etablerte ordninger. Kort sagt vil ombudet gi «hjelp til å bli bruker».

Forslaget om ombud har også vært lansert av Dag Bruusgaard ved Institutt for trygdemedisin. I tillegg har som tidligere nevnt lekfolkskonferansen tatt opp spørsmålet.

Da vi gikk nærmere inn på problemstillingen i diskusjonen med lekfolkene, så vi imidlertid at de ikke ønsket et nytt sentralt eller lokalt forvaltningsnivå å forholde seg til. Det de ønsket var hjelp – hjelp til å forstå hvor de skulle henvende seg, hva lovene og reglene sa, hvorfor de fikk avslag etc. En del brukerorganisasjoner har slike tilbud til sine brukere, f eks revmatikerforeningen.

*Utvalget vil påpeke at det ikke gir mening å etablere enda en offentlig instans som en trygdesøker skal henvende seg til. Isteden mener vi at det er sentralt at personer får hjelp til å forstå det kompliserte regelverket og til å unngå å havne mellom to stoler.*

Møter med brukeren må skje med respekt. Møter må også skje med kunnskap om menn og kvinners ulike sykdommer, plager og forutsetninger.

For å få dette til trenger etatene et brukerperspektiv, og særlig et brukerperspektiv som er preget av en forståelse av kjønnsforskjeller. Kunnskap og informasjon om kvinner og menns ulike forutsetninger, sykdommer og behov kan bidra til dette.

*Det er sentralt at brukeren får del i all informasjon om seg og sin sak, i tillegg til generell informasjon. Utvalget mener at det særlig er nødvendig i forbindelse med de rådgivende legenes virksomhet. Målet må være å gi kunnskap, informasjon og hjelp til brukeren, slik at hun blir i stand til å påvirke og forstå hva som skjer. Særlig er dette sentralt når brukeren kanskje har svekket helse. I slike tilfeller bør det også vurderes om det kan opprettes flere støttepunkter for personer som trenger hjelp i møte med de offentlige tjenestene. Dette utvalget foreslår at disse ordningene bygges ut etter modell av revmatikerforeningens brukerstøtte .*

## 11.7 Utvalgets anbefalinger

---

### 11.7.1 Innledning

Vi har i denne fremstillingen sett at menn og kvinners trygdebruk er noe forskjellig og at møter mellom trygdeetaten eller andre offentlige etater, og kvinner kanskje fortøner seg noe annerledes enn møtet mellom menn og disse etatene. I den forbindelse har vi pekt på at forskjellsperspektivet er viktig.

Som forklaringer på dette har vi lagt vekt på at menn og kvinner til dels har ulike sykdommer. Kvinner blir syke i forbindelse med graviditeter, kvinner har mer muskel- og skjelettrelatert fravær og har i større grad sykdommer som regnes som ubestemte. Vi har også sett at kvinners stilling på arbeidsmarkedet er forskjellig fra menns, både fordi en del kvinner har liten eller sporadisk tilknytning til arbeidsmarkedet og fordi mange kvinner arbeider i næringer som medfører store fysiske belastninger (jf kapittel 5).

I møter med trygdeetaten og andre etater er det bare liten grad tatt hensyn til forskjeller mellom menn og kvinners levekår og sykkelighet. Lovverket skal være kjønnsnøytralt og sjanselighet er et mer uttalt mål enn resultatlighet.

Videre har vi pekt på mangelen på et eksplisitt kjønnsperspektiv, fører til at vi ikke får kunnskap om huller i lovverket, hvordan enkelte lovendringer eller endringer av praksis slår ut for kvinner og menn. I tillegg vet vi lite om kvinner og menn som brukere har de samme behovene.

*Utvalget er i hovedsak enige i de ideologiske føringene som er lagt inn i våre velferdsordninger. Det skal lønne seg å arbeide fremfor å leve på trygd og trygde-systemet skal virke slik at det gir incentiver til arbeid fremfor trygd. Yrkesaktivitet og selvforsørgelse er av sentral betydning for kvinners (og menns) frihet, selvstendighet og makt. På den annen side mener utvalget at vi må praktisere arbeidslinja med mer fleksibilitet. Det er særlig kvinner som har behov for denne fleksibiliteten på grunn av tilknytningen til arbeidsmarkedet og omsorgsoppgaver. I tillegg har samfunnet et ansvar for dem som faller utenfor. Vi trenger et arbeidsmarked for dem som ikke fungerer etthundre prosent. En bedre arbeidslinje fordrer også tiltak for dem som faller utenfor. For å få dette til trenger vi tiltak som gjelder både for kvinner og menn, men der vi ser spesielle problemer for kvinner.*

*Ett av de viktigste problemene for vår offentlige velferdsforvaltning er slik utvalget ser det, mangel på helhet. Ulike etater og departementer er forvaltere av tilgrensende områder, men gir ulike prioriteringer, forholder seg til ulike budsjetter og ulike forståelser av regjeringens politiske signaler. Brukere blir kasteballer i et slikt system, og systemet rammer i større grad dem som har små ressurser i forhold til dem som har flere ressurser. Dette gjelder ofte kvinner. I et bruker- og kvinneper-*

*spektiv blir derfor enhet viktig. Dette leder frem mot utvalgets forslag om enhetsorganisering.*

### 11.7.2 Behov for kunnskap

Vi har i dette kapitlet pekt på flere områder der vi mangler kunnskap, eller der kunnskapen er fragmentert. Trygdesystemet er komplisert. Utvalget tror derfor at en del ikke kjenner sine rettigheter. Vi trenger kunnskap om dette. Utvalget vet at det er gjort enkeltstudier på ulike trygdeområder. Det utvikles også datagrunnlag i registrene for å se på vandring gjennom trygdesystemet. Vi savner imidlertid mer akkumulert helhetlig kunnskap om disse spørsmålene, og da særlig kunnskap om dem som faller utenfor.

- Vi mangler kunnskap om hvem som faller mellom ordninger og som ikke får del i våre velferdsgoder. Det legges fortiden frem en stortingsmelding om levekår. Utvalget forutsetter at denne meldingen har et kjønnsperspektiv og at dersom meldingen påpeker forhold som særlig rammes kvinner, bør spesielle tiltak for kvinner vurderes.
- Vi mangler også kunnskap om hvilke forhold det er som påvirker trygdeforbruket. Vi vet noe fra ulike studier, men mye av kunnskapen er fragmentert. Det er behov for kunnskap om hvilke tiltak det er som påvirker tilbakeføringen til arbeid og hvem det er som tilbakeføres til arbeid. Vi vet heller ikke nok om gangen gjennom trygdesystemet eller effekter av arbeidslinja.
- Vi mangler også kunnskap om effekter av utstøtning på arbeidsplasser og om ulike incentiveffekter i forhold til trygdeforbruk i et kjønnsperspektiv.
- Vi trenger også mer kunnskap om i hvilken grad arbeidsliv og/eller omsorgsoppgaver virker sykdomsskapende. I særlig grad trenger vi kvalitativ kunnskap om forholdet mellom belastninger i arbeidslivet og i hjemmet, i forhold til sykefravær og uførhet.
- Vi mangler kunnskap om brukerne kjenner sine rettigheter. Hva vet brukerne, hva savner de av informasjon og hvordan kan denne informasjonen presenteres på en måte som er forståelig. En mulighet for å få avdekket brukerkunnskapen kunne være å utføre brukerundersøkelser om disse temaene.
- Vi mangler kunnskaper om en del sykdommers og ubestemte plagers innvirkning på arbeidsevnen. Vi trenger mer kunnskap og faglig enighet om sykdommer og funksjonsvurderinger. Konsensuskonferanser og utarbeidelse av kriterier for enkelte av de kvinnelige sykdommene, kunne være virkemidler for å få til en mer enhetlig trygdeforvaltning på dette området
- Utvalget støtter etableringen av et nytt sentralt sykefraværsregister, som i tillegg til å gi oss statistikk om alt fravær også gir informasjon om forholdet mellom yrke og fravær.
- Arbeidsmarkedsetaten bør omarbeide sine statistikkpublikasjoner, slik at kjønn i større grad er med som variabel. Kjønn bør være med selv om man feks deler statistikken på alder, ytelse, stønad eller andre bakgrunnskjenetegn.
- I kjølevannet av debatten om avslag på uførepensjon har vi stilt noen spørsmål om kvinner har samme tilgang på trygdeytelser som andre. Dette er et område vi trenger mer kunnskap om.

### 11.7.3 Kjønnsperspektivet

Vi har i denne utredningen sett på hvordan og i hvilken grad kjønnsperspektivet er integrert i trygdeetaten, arbeidsmarkedsetaten og sosialetaten. Dette er etater som kan yte økonomisk bistand ved helse- eller levekårsproblemer. Disse etatene forholder seg som regel til et såkalt kjønnsnøytralt regelverk og en kjønnsnøytral virkelighet. I denne utredningen har vi sett på kvinner og menns ulike livsbetingelser, livsfaser og sykdommer og forsøkt å skape en forståelse av at menn og kvinner ikke er like. Kvinner er ofte heller ikke like. Denne forståelsen må etter utvalgets mening ligge til grunn for forvaltningen av våre velferdsytelser og tjenester.

For både kvinner og menn er det av sentral verdi å kunne delta i arbeidslivet og i omsorgsarbeidet for barn. Velferdsordningene må på best mulig måte ivareta begge hensyn. Offentlige ordninger bør ikke sementere kjønnsroller og kvinner må ikke bindes til omsorgsoppgavene. Omsorgsarbeidet kan gi positive helseeffekter, som også menn må få en del av. Fedrekvoten er et godt eksempel på en ordning som bryter med tilvante forestillinger om kjønnsroller og dersom fødselspengeordningen utvides, bør flere uker forbeholdes far. Kontantstøtten ser på den annen side ut til å bli et eksempel som sementerer kjønnsrollene.

Endringer av trygdeordninger må på grunn av at slike sentrale forskjeller mellom kjønn, konsekvenses evalueres. Vi har i denne utredningen pekt på flere tilfeller der slik konsekvensevaluering ikke er blitt gjort feks i forhold til praktiseringen av arbeidslinja, i forhold til kontantstøtteordningen og i forhold til endringene i inntektsgrunnlaget på sykepenge og i forhold til justeringene av særtillegget. I tillegg vil vi peke på fremtidige endringer av pensjonssystemet, som et område som bør konsekvenses evalueres.

Nedenfor konkretiseres noen av de forslagene utvalget har lagt til grunn. Alle forslagene må forstås på bakgrunn av hva som er sagt om et kjønnsperspektiv og et brukerperspektiv. Utvalget kan bli møtt med kritikk fordi forslagene i mange tilfeller krever ytterligere konkretiseringer eller utredninger. I den anledning vil utvalget minne om mandatet og den tiden vi har hatt til rådighet. Rammebetingelsene har ført til at utvalgets anbefalinger og tiltakene blir generelle og summariske.

- Ingen tiltak på trygdeområde eller andre områder skal iverksettes uten at endringene er konsekvensutredet i et kjønnsperspektiv. Ved endringer av folketryktdloven eller tilsvarende lover eller ordninger som kan ha stor betydning for kjønnsroller, arbeidsliv, rettigheter eller økonomiske ytelser må reformene konsekvensvurderes særlig med tanke på at menn og kvinner er forskjellige. Vi har sett flere eksempler på at manglende konsekvensvurderinger har uheldige effekter for kvinner, menn og kjønnsroller. I den anledning trekker vi frem arbeidslinja, endringer av sykepengegrunnlaget og kontantstøtten som eksempler. Vi oppfordrer også til konsekvensvurderinger i et kjønnsperspektiv av pensjonssystemer og av eventuelle endringer i særtillegget.
- Ofte vil vurderingene som legges til grunn enten det gjelder sosiale ytelser eller folketrykdytelser inneholde skjønnsvurderinger. Skjønnsvurderinger kan påvirkes av holdninger feks til kvinner. Kunnskaper om kvinner og menns ulike livsbetingelser og sykdommer er en forutsetning for å kunne forvalte dette skjønnet. Utvalget tror at forvalterne av velferdsordningene kan gjøre mye i forhold til å bedre kunnskapene om kvinnens sykdommer i etaten. Samtidig tror vi at trygdeetaten kunne arbeide mer aktivt med legenes kunnskap om trygd. Det må satses på formidling av kunnskap om

forskjeller mellom kjønn, særlig med vekt på å synliggjøre områder der kvinner og menns behov er forskjellige. Opplæring av forvaltere må gis i kjønn kjønnsforståelse og kvinnesykdommer. En slik opplæring er nødvendig for å fundere skjønnnet.

- Innarbeidelse av kjønnsperspektivet i planer og budsjetter. Planarbeidet er sentralt når det gjelder prioriteringer av tiltak innenfor etatene. Det er sentralt at dette planarbeidet tar høyde for at menn og kvinner er forskjellige og kan ha ulike behov. Prioriteringer innenfor planarbeidet bør gjøres i forhold til konsekvenser for menn og konsekvenser for kvinner. For øvrig må også kjønnsperspektivet innarbeides i beslutningsprosesser, f.eks. i forsøksvirksomheten
- Det er sentralt at rekrutteringen i etatene sikrer at kvinner kommer inn på alle nivåer der beslutninger fattes. Dersom det er nødvendig må det tas spesielle virkemidler i bruk for å sikre en likere kjønnsfordeling
- All forskning bør gjøres med et kjønnsperspektiv. F.eks. bør det ikke gis midler til trygdeforskningsprosjekter til de forskningsprosjektene som har et eksplisitt kjønnsperspektiv.
- Når kvinners og menns fravær sammenliknes, holdes alt svangerskapsrelatert fravær utenfor.
- I oppfølgingsarbeidet med langtidssykemeldte og i arbeidet med å forhindre varig trygding anlegges et bevisst kjønnsperspektiv. Tiltak trenger ikke å ha samme effekt for kvinner som for menn.
- Motivasjon, sosial støtte og bevissthet om mestring, ser ut til å være tiltak som virker for flere kvinner. Skal atføring eller tilbakeføring til arbeid lykkes, er sentralt at dette også inkluderes i arbeidsmarkedsetatens aktørperspektiv.
- Nye familieformer stiller nye krav til våre velferdsordninger særlig i forhold til familiestatus som grunnlag for ytelser. Samboerutvalget fremlegger i løpet av våren en utredning som omhandler problemstillinger knyttet til dette. Vi forutsetter at utvalget anlegger et kjønnsperspektiv.
- Rådgivende lege ansettes i RTV, med kompetanse på kvinnehelse, spørsmål og med ansvar for å sette kvinnehelse på dagsorden samt sørge for opplæring og formidling av kvinnehelse i etaten.

#### 11.7.4 Brukerperspektivet er sentralt

Vi har flere steder i denne utredningen vurdert brukerperspektivet og forklart hvorfor og i hvilken grad dette særlig er viktig for kvinner. Videre har vi påpekt at et brukerperspektiv er mer enn god service. Et brukerperspektiv handler om respekt, verdighet og fokus på hvilke behov brukeren har. Det er ikke nødvendigvis slik at en bruker skal få alt hun ber om, men hun skal i alle fall forklares på en god måte som hun forstår hvorfor hun ikke får det. Utvalget vil påpeke at det å sette brukeren i fokus, har konsekvenser utover det å yte service. Det har betydning for organiseringen av tjenestene, for måtene man arbeider på og for måten den enkelte brukeren blir møtt. Utvalget understreker i denne sammenheng at menn og kvinner ikke nødvendigvis har de samme behovene.

Utvalget har i den sammenheng foreslått følgende tiltak:

- En bruker bør kunne forholde seg til en etat, og til ett sett av tiltak og ordninger. Utvalget foreslår derfor et nytt forsøk med enhetsorganisering, der trygdeetat, arbeidsmarkedsetat og sosialkontorer i minst to kommuner samordnes, og helelig gjennom et faglig institusjonalsert samarbeid.

- En bruker bør ikke bli stående uten forsørgelse, ved avslag om feks uførepensjon må brukeren kanaliseres til bakte på eventuelt andre ytelses.
- En bruker bør ikke oppleve å sendes fra en etat til en annen – eller å falle mellom alle ordningene fordi etatenes mål og prioriteringer ikke er samstemte. Samarbeidet mellom arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten fungerer til dels på lokalt plan, men savner sentral forankring. Utvalget krever derfor en samordning av plan- og budsjett arbeidet i trygde-, arbeidsmarkeds- og sosialeetaten. Dette krever en samhandling mellom Sosial- og helsedepartementet, kommunaldepartementet og Arbeids- og administrasjonsdepartementet.
- Basismøter er en ordning som er operativ i dag og som kan gi brukeren et samlet inntrykk av egne muligheter og begrensninger i møtet mellom ulike etater og aktører. Utvalget mener derfor at basismøtene er egnet i arbeidet med feks langtidssykmeldte, etatene burde derfor oppfordres til å bruke dem i større grad enn i dag. Brukeren er en selvskreven deltaker, men bør kunne velge å ta med seg en representant eller å la sin representant stille. Hvilke etater eller aktører som ellers deltar på basismøtene kan variere avhengig av behov.
- En bruker bør få god innsikt i hva som skjer, når ting skal skje og hvorfor det skjer. Innsikt i trygdeprosessen kan øke brukerens forståelse.
- I flere sammenhenger er det gitt uttrykk for at i møte med så komplekse systemer som feks trygdeetaten trenger brukere hjelp til å forstå både trygdeprosessen og hva som skjer i sin sak. Utvalget foreslår utredning av brukerhjelp enten som et «brukerombud» på lokalt plan feks etter modell av pasientskadeombudet eller som en fortsettelse og institusjonalisering av «likemannsarbeidet».
- Det bør iverksettes flere brukerundersøkelser. Disse brukerundersøkelsene bør utformes i et kjønnsperspektiv. Det er ikke gitt at kvinner og menn har samme ønsker eller behov. Et tema for brukerundersøkelsene kan være hva brukere vet om trygdesystemet.
- Brev og brosjyrer må utformes med tanke på brukernes behov.
- Utarbeidelse av felles informasjonsmateriell om forholdet mellom skatt og pensjon vinklet mot kvinner.
- Innenfor et brukerperspektiv er det sentralt at møtet med rådgivende lege ikke er et papirmøte, men et møte der brukeren har mulighet til å presentere sin side av saken.

#### 11.7.5 Møtet mellom trygdeetaten og helsetjenestene

Mange av de helserelevante ytelsene er avhengig av legenes erklæringer. Legene er trygdens kanskje viktigste premissleverandører og mange av møtene med trygden skjer allerede på legekantoret. Utvalget vil i så måte peke på sykdomskapitlet og det som er sagt bla om ubestemte lidelser. Helsetjenesten må og bør være klar over hvilken avgjørende rolle de har i forhold til trygderettighetene. Trygdeetaten bør på sin side satse mer på opplæring av legene.

- Utvalget stiller spørsmål om hvor egnet sykdomsbegrepet er og stiller seg kritiske til om innstramningene har hatt ønsket effekt. I stedet for å vektlegge hvor syk en person er, bør spørsmålet være hva kan en person gjøre på tross av sykdom. Dette fører til en sterkere vekt på vurderingen av funksjonsevnen. Vurderingen av funksjonsevne bør inkludere en vurdering av funksjonsevnen i forhold til arbeidsmarkedet samt en medisinsk funksjon-

sevnevurdering og vil kunne danne et bedre grunnlag for tildelelse av trygdeytelser. Utvalget er imidlertid usikre på hvordan og i hvilke tilfeller en slik funksjonsevnevurdering kan erstatte sykdomsvilkåret og foreslår derfor at dette spørsmålet utredes nærmere. Dette spørsmålet må også ses i sammenheng med ønsket om en mer enhetlig forvaltning.

- Selv om diagnoser bør tillegges mindre vekt, må trygdeetatens kunnskaper om kvinnehelse og kvinnesykdommer økes.
- Legenes vurderinger legges til grunn for trygdesøknader. Legenes har delvis portvokterensrolle, delvis portåpnerens rolle i forhold til trygdesystemet. Medisinernes kunnskaper om trygdesystemet og befolkningens rettigheter derfor være sentral. Opplæringen i trygderegler, endringer i trygderegler og tilbakemeldinger til leger som har opptrådt uriktig, kan være virkemidler for å bevisstgjøre legene om den betydningen deres vurderinger har.
- Kvinnesykdommenes prioritet hos en lege, kan også tenkes å bli lagt til grunn for ytelsene de syke kvinnene evt får. Det er sentralt at legene er seg dette ansvaret bevisst. Det bør utarbeidelse noen retningslinjer og minstemål for hva som er god klinisk praksis .
- Vi har flere steder i utredningen pekt på behovet for å ha en helhetstenkning rundt pasienten. Det kan i den sammenheng pekes på at bla lekfolkskonferansen mente at også andre enn legene kunne ha henvisningsrett. Utvalget foreslår at dette spørsmålet utredes nærmere.

#### **11.7.6 Konkrete forslag knyttet til en del tiltak som ikke ser ut til å slå likt ut for kvinner og menn.**

Utvalget kommer med en rekke konkrete forslag knyttet til folketrygden. I denne sammenheng har vi valgt en summarisk fremstilling, med henvisning til de enkelte sider.

##### *Yrkesskadefordeler*

- Det er viktig å beholde yrkesskadefordelene i trygdelovgivningen, fordi det synliggjør at personer utsettes for skader og belastninger i arbeidet. Utvalget ønsker en utredning av et mer generelt sykdomsvilkår som ikke diskriminerer belastningslidelser eller psykiske lidelser. Utredningen skal være en konsekvensvurdering, der forskjeller mellom menn og kvinners helse trekkes inn som sentrale variable. Konsensuskonferanser kan bidra til at det blir en enighet om hvordan kravet om at skaden eller sykdommen skal ha oppstått i forbindelse med arbeid, når det gjelder yrkesskade, skal håndteres.

##### *Fødselspenger*

- Selvstendig opptjeningsrett til menn . Dette er et sentralt tiltak for å gi menn incentiver til å delta i omsorgen for barn.

##### *Sykepenger*

- Graderte sykepenger og svangerskapspenger kan erstatte noe av behovet for sykepenger under graviditet. Samtidig må det legges større vekt på arbeidsmiljøfaktorer og tilpasninger på arbeidsplassen, framfor syk-

meldinger. Den enkelte bedrift bør i sine bemanningsplaner ta høyde for at kvinner i bestemte aldersgrupper har en viss sjanse for å bli gravide. Offentlig sektor bør selv arbeide mer med å ta hensyn til dette.

*Uførepensjon:*

- Utredning av om hjemmearbeidende og delvis hjemmearbeidende kan vurderes i forhold til yrkeslivet ved fastsetting av uføregrad. Ved beregning av fremtidige pensjonspoeng regnes omsorgspoengene som fullverdige poeng for kvinner som har omsorgspoeng i forbindelse med at de er hjemme med små barn.

*Behovsprøving:*

- Det bør utredes om ytelser som behovsprøves, skal prøves i forhold til egen inntekt og ikke familiens inntekt. En konsekvensanalyse vil vise om behovsprøving i forhold til familiens inntekt rammer kvinner i større grad enn menn.



## Kapittel 12

**Tiltak, organisering og ansvar****12.1 Innledning**

---

En målsetning for norsk helsevesen og velferdsordninger er at de skal være best mulig for alle innbyggere – for kvinner og menn. Gjennomgangen av kvinners helse og levekår, av helsetjenester og velferdsordninger, har pekt på behovet for en lang rekke tiltak på ulike nivå. Det er kunnskapsmangel både om spesifikke kvinnesykdommer og om sammenhenger mellom helse og levekår. Samtidig har vi pekt på viktig kunnskap som ikke tas i bruk eller får prege helsepolitiske beslutninger og praksis i helsevesen og trygdeetat.

Utvalget mener at det er behov for å utforme et bedre grunnlag for å

- forebygge og behandle sykdom og plager hos kvinner
- sikre likeverdig tilgang til og bruk av helseressurser for kvinner når sykdom rammer
- sikre ivaretagelse av kvinners verdighet i møte med helsetjenester og velferdsordninger
- sikre kvinners velferd og redusere konsekvenser når sykdom eller funksjonshemming har rammet

Dette er målsettinger som forutsetter formell rettferdighet; like god utforskning og behandling for samme typer plager. Men de krever også anerkjennelse for særpremisser; at spesielle utfordringer når det gjelder kvinners helse møtes med tilstrekkelige kunnskaper og ressurser. Endelig er det avgjørende for å nå målene at en vurderer helserelevante systemer og forståelser i et kjønnsperspektiv (se kap.3).

Sykdommer og plager har ofte ulik utbredelse og betydning for kvinner og menn; de arter seg ofte forskjellig for kvinner og menn; de kan ha ulike risikofaktorer for kvinner og menn; de har ofte ulike konsekvenser for kvinner og menn; og de bør ofte behandles forskjellig. Det betyr at sykdommer og plager må forstås utfra kjønns spesifikk biologisk kunnskap og i tillegg utfra kjønns spesifikk kunnskap om samfunnsmessige og sosiale forhold. Medisinsk vitenskap og praksis er til dels kjønnsblind.

Kvinner utgjør mer enn halve befolkningen. Kvinner er ikke en spesiell og ensartet gruppe mennesker. Kvinner er på samme måte som menn innbyrdes svært forskjellige. Utfordringen er ikke at kvinner i større grad enn menn har særegne helseproblemer som er forskjellige fra den øvrige befolkningen. I helsetjenester og velferdsordninger ligger noen grunnleggende forestillinger om befolkningen som kjønnsnøytral. Måten kunnskap dannes på i det medisinske fagfeltet og i mye annen helserelevant forskning og statistikkproduksjon medvirker til at den menneskemodellen som tiltak og tjenester er utviklet for å tjene har en mannlig norm. Det er betegnende at man snakker om «kvinnehelse» og «kvinnesykdommer», mens man sjelden eller aldri hører ordet «mannhelse» eller «mannesykdommer».

Spørsmål om forskjelligheter i kvinners og menns biologi, i livsbetingelser og livsutfordringer må inngå som premiss for kunnskapsproduksjon, beslutninger og i praksis. Kvinner skal ikke i utgangspunktet gjøres til en særgruppe

eller kategori, slik at helsetjenester og velferdsordninger opererer med tiltak for befolkningen og i tillegg tiltak for kvinner.

Utvalget tar dels utgangspunkt i en kvinnefokuseret beskrivelse og drøfting innenfor et tradisjonelt medisinsk «skjema», og dels i beskrivelser og drøftinger av kvinnehelse som stiller seg kritisk til det samme skjemaet. Et mulig spenningsforhold mellom disse ståstedene er det nødvendig å leve med; kvinner vil både ta del i og sette preg på de mulighetene biomedisinsk kunnskaps- og teknologiutvikling gir- og samtidig peke på medisinenes hjelpeløshet i forhold til flere sentrale helseproblemer for kvinner.

Utvalget vil påpeke at et kjønnsperspektiv ikke bare skal være et kvinneperspektiv. I arbeidet med å bedre befolkningens helse generelt og kvinnehelse spesielt, er det avgjørende at det også skaffes kunnskap om menn med utgangspunkt i et kjønnsperspektiv. Dette vil være viktig for å bedre menns helse og for lettere å forstå mange kvinners helseplager. Mangler vi kunnskap om menn i et kjønnsperspektiv vil våre analyser av både menn og kvinner halte.

Tidligere forskning har i stor grad sett på menn og kvinner under ett og på den måten mistet kjønnsspesifikk kunnskap. Dette har blitt særlig tydelig i forhold til kvinner, men et kritisk kjønnsperspektiv på menn har også manglet. Utvalget ser mannsforskning /maskulinitetsforskning som en viktig del av et kjønnsperspektiv i forskningen. En slik forskning vil markere et brudd med den kjønnsblinde forskningen som gjør kvinner til kjønn (avviket) og menn til menneske uten kjønn (standard).

Utredningen har gjennomgående avdekket både stor kunnskapsmangel og manglende integrering av kjønnsperspektiv i helsepolitikk og -praksis. Flere sentrale tiltak har derfor som siktemål å skape strukturer, rutiner og redskaper som kan sikre integrering av kjønnsperspektiv i forskning og annen kunnskapsinnhenting, i politikktutforming, forebyggingsarbeid, helsetjenester og velferdsordninger. Både brukerperspektiv og tverrfaglig samarbeid står sentralt.

Utvalget er gitt et svært omfattende mandat. Vi har prioritert å utvikle overordnede perspektiver, og tiltak som kan åpne for disse perspektivene i helsepolitikk og praksis. På en del områder har vi ikke kunnet konkretisere tiltak på et detaljert nivå. Tiltakene er ordnet under stikkordene beslutningsprosesser, kunnskapsutvikling og formidling, helsepraksis, vold, velferdsordninger og arbeidsliv og til sist likestilling som kvinnehelsetiltak.

## 12.2 Beslutningsprosesser

---

For å kunne oppnå bedring på svært mange av de problemområdene utredningen har pekt på må konsekvenser av tiltak og prioriteringer innen helse- og velferdsområdene utredes både for kvinner og menn. Slike analyser er i dag for en stor del utelatt i planlegging og organisering av helsetjenester og velferdsordninger. Det er ikke etablert noen sterk tradisjon for å konsekvent utrede beslutninger i et kjønnsperspektiv, eller å stille spørsmål om hva økonomiske eller forskningsmessige prioriteringer, lovgivning og forskrifter, vil komme til å bety for kvinner og menn. Derfor må kjønnsperspektiv integreres både i kunnskapsproduksjon og i helse- og velferdspolitiske beslutningsprosesser. Dette krever at det gjøres relevant slik at for eksempel forskere og beslutningstakere ser at ivaretagelse av kjønnsperspektiv vil gi bedre tjenester

og mer vellykket forebygging, behandling og rehabilitering for både kvinner og menn.

### 12.2.1 Kriterier for kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlag og -prosesser

I dag finnes det ikke gode kriterier for å gjenfinne kjønnsperspektiv på en systematisk måte i prosjekter som ikke selv definerer seg inn under en slik overskrift. Det er heller ikke etablert kriterier for å ivareta kjønnsperspektiv i styrings- og beslutningssystemer eller i dokumenter som gir rammer og betingelser for utforming av praksis. For å hente inn kunnskap om kjønnsperspektiv og vurdere relevans i forhold til problemområder innenfor helse- og velferdsfeltet, er det nødvendig å vite hva man skal se etter. Hvilke krav skal stilles – hva skal det søkes etter når vi skal sikre at kjønnsperspektiv ivaretas i utredninger, rapporteringssystemer, reformforslag, handlingsplaner, endringsprosesser. Et viktig skritt vil være å utvikle normer og redskaper for å vurdere hvordan kjønnsperspektivet ivaretas.

*Utvalget forslår at det etableres et prosjektsamarbeid hvor forskning og utredningsarbeid innenfor sosial- og helsesektoren gjennomgås med tanke på å etablere kriterier for å ivareta kjønnsperspektiv. Prosjektet skal også operasjonalisere kriteriene og utarbeide et verktøy som kan anvendes for å sikre at kjønnsperspektiv ivaretas i beslutningsprosesser. Instituttene for kvinne- og kjønnsforskning, Forskningsrådet og representanter fra relevante områder trekkes inn i arbeidet. Prosjektet må utvikles i samarbeid med aktørene.*

### 12.2.2 Utforming av indikatorer og spørsmålsett i et kjønnsperspektiv

Det er bygget opp flere informasjonssystemer som skal bidra til å gi et bedre beslutningsgrunnlag for helse- og sosialtjenester både lokalt og sentralt. Dette er systemer som skal gi en samlet og systematisk oversikt over befolkningens helse, behovet for tjenester, eksisterende tjenestetilbud og faktisk ressursbruk. Blant slike nasjonale informasjonssystemer finner vi:

*Ventelisteregisteret*, som administreres av Norsk pasientregister. Det pågår et arbeid for å bedre kvaliteten på slike data slik at de kan brukes aktivt som styringsdata både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå

*Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjeneste i kommunene*, som er et oppfølgingssystem for utveksling av informasjon med helse- og sosialtjenestene i kommunene. Det utgis årlige rapporter med sammenlikningstall for kommunene.

*KOSTRA* som skal skaffe tall om kommunenes prioriteringer, produktivitet og dekningsgrad.

*GERIX* som er et informasjonssystem for den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Her er målsetningen å få kunnskap om brukere, tjenestene og ressursinnsatsen som kan danne grunnlag for bedre faglig og administrativ styring og planlegging av pleie- og omsorgstjenestene på alle nivå.

*Sykefraværstatistikk*. Det pågår et utviklingsarbeid for å styrke kvaliteten på sykefraværstatistikken. Fravær skal kobles til bakgrunnsdata som yrke og arbeid.

Statistisk sentralbyrå arbeider med å utvikle en database som skal gjøre det mulig å studere hvordan folk kommer inn i trygdesystemet, hvordan de beveger seg mellom trygdeordninger og andre sosiale stønader og arbeidsmarkedet.

Det pågår arbeid med å utvikle ett *nasjonalt indikatorsystem for folkehelse*. I tillegg utvikles *indikatorer for folkehelsearbeidet* i kommunene og for *rehabilitering*.

Våren 1999 skal det legges frem en ny *lov om helseregistre* som skal gi rammer for hvordan helseforvaltningen skal få informasjon om befolkningens helseforhold til bruk for generell administrasjon, styring, planlegging og kvalitetssikring av helsetjenestene.

*Utvalget vil legge vekt på at statistikk- og beslutningssystemer ikke bidrar til å befeste et unyansert og i verste fall et misvisende bilde av sykdommer og plager og konsekvenser av dem for kvinner og menn. Utforming av indikatorer og spørsmålssett må vurderes i et kjønnsperspektiv. Utvalget foreslår at det gjøres en gjennomgang av kriterier og indikatorer innenfor rammene for prosjektet som er beskrevet i pkt. 12.2. 1.*

### 12.2.3 Sikring av kjønnsperspektiv i offentlige organer

I likestillingsloven § 21 heter det at når et offentlig organ oppnevner et utvalg med 4 medlemmer eller flere skal hvert kjønn være representert med minst 40 prosent. I utvalg med to eller tre medlemmer skal begge kjønn være representert. Dette gjelder også for varamedlemmer.

I Utredningsinstruksen (Instruks om utredning av konsekvenser, foreleggelse og høring ved arbeid med offentlig utredninger, forskrifter, proposisjoner og meldinger til Stortinget, heter det under punkt 2.1 at forslag som får store konsekvenser for *likestilling* skal omtales.

*Kjønnkvotering i beslutningsprosesser er et godt, men ikke tilstrekkelig virkemiddel. Utvalget vil fremheve at punktet om likestilling må operasjonaliseres og konkretiseres på en slik måte at det synliggjør relevans og kan legges inn i anvendelige arbeidsrutiner. Arbeidet med en slik operasjonalisering bør knyttes til prosjektet som er beskrevet under pkt.12.2. 1.*

Plan- og budsjettarbeid er grunnlaget for prioriteringer av arbeid og satsingsområder innenfor etatene. Derfor må planarbeidet også bygge på kunnskap om at kvinner og menn kan ha ulike behov og ofte blir møtt på forskjellig måte i etatene.

*Utvalget foreslår at det innføres rutiner som sikrer at plan- og budsjettarbeid, og prioriteringer i offentlige etater, gjøres på bakgrunn av konsekvensvurderinger for kvinner og for menn.*

*Videre vil utvalget foreslå at rekrutteringsprosesser i etatene må sikre en rimelig kjønnsfordeling til posisjoner, i dag betyr det flere kvinner, der beslutninger fattes.*

### 12.2.4 Innspill fra allmennheten

Det er et anerkjent prinsipp at den som berøres av beslutninger skal høres. Det er viktig at systemer og rutiner for medvirkning og innflytelse finnes. Det er særlig viktig for kvinner at synspunkter og erfaringer innhentes og høres når det gjelder helse- og velferdsspørsmål, fordi en stor del av premissene for utforming av tjenester og praksis bygger på en mannlig norm.

I utredningsinstruksen pkt. 4.1 heter det at fagdepartementer skal sende en sak på alminnelig høring til alle berørte offentlige og private institusjoner (med noen unntak). Men spørsmål og problemdefinisjoner utformes av eksperter. Det bærende prinsippet i lekfolkskonferanser er å få fram spørsmål og meninger som finnes blant folk flest om spesielle og vanskelige tema.

Poenget behøver ikke å være representativitet i streng forstand, men variasjon i representantenes ståsted; verdier, kultur og bakgrunn. I arbeidet med denne utredningen er det gjennomført en lekfolkskonferanse (ref vedlegg 5 og kap.2). Modellen ga gode erfaringer som et virkemiddel når det gjelder å hente inn bred kunnskap og synspunkter for å definere problemområder og prioritere tiltak.

Det er i vårt samfunn et grunnleggende spenningsforhold mellom lønnsarbeid og omsorgsarbeid som særlig rammer kvinner. Her ligger en utfordring som er forsøkt møtt med en rekke tiltak, permisjonsordninger, kontantstøtte, tidskontoordninger og så videre.

*Utvalget mener det ligger ubrukte ressurser hos dem som berøres sterkest av denne spenningen. Vi foreslår at Barne- og familiedepartementet gjennomfører en lekfolkskonferanse og en systematisk innsamling av erfaringer og forslag til bedre ordninger som kan dempe spenningen mellom lønnsarbeid, foreldreansvar og andre private omsorgsoppgaver.*

*Utvalget vil foreslå at det i utrednings- og beslutningsprosesser på statlig nivå, som har et bestemt omfang, arrangeres åpne høringer eller lekfolkskonferanser. Dette kan gjennomføres etter ulike modeller. Ett aktuelt tema for en lekfolkskonferanse kan være fødsler og fødselspraksis i Norge.*

### 12.2.5 Brukerperspektiv

Trolig er et brukerperspektiv enda viktigere for kvinner enn for menn. Dette kan begrunnes i at kunnskap om kvinners helse er mangelfull og dårligere integrert i helsevesenet. Som vist bygger mye av medisinens forståelse på en mannlig norm. Dette nødvendiggjør en skjerpet ydmykhet og åpenhet fra systemenes og helseprofesjonenes side i møte med kvinners helseplager. Brukermedvirkning er ulike metoder som gir brukerperspektivet større plass. Brukermedvirkning er en tilnærming som kan og bør anvendes i mange sammenhenger – og de konkrete metodene vil måtte variere.

Både når det gjelder representativitet og saklighet – altså om brukere har gode nok sakkunnskaper til å ta stilling til slike spørsmål – vil vi peke på at helsepolitiske spørsmål aldri utformes i tråd med spørreundersøkelser til representative utvalg eller etter folkeavstemning. Verken ekspertgrupper eller profesjonene kan sies å være representative. Likevel blir ekspertbeslutninger ofte sett på som saklige og objektive, mens brukerperspektivet oppfattes som subjektivt og dårligere begrunnet. Målet er at relevante brukergrupper får supplere det helhetlige kunnskapsgrunlaget beslutningene bygger på.

Særlig utfordrende er det å fremme brukermidvirkning i tjenester til grupper som vanligvis ikke deltar i organisasjoner og som har spesielle vansker med å bli hørt, for eksempel mennesker med psykisk utviklingshemning, mennesker med alvorlige psykiske lidelser, eldre kvinner eller ofre for overgrep. I noen tilfeller må slike grupper høres gjennom representanter, som pårørende og pleiepersonale, og det kreves uansett en særlig vektlegging av menneskeverd, menneskerettigheter og muligheter til innflytelse over eget liv.

*Utvalget vil understreke behovet for brukermidvirkning på alle nivå; i enkeltmøter mellom pasienter og helsearbeidere, i kunnskapsutvikling og beslutningsprosesser, og i kvalitetssikring av tjenestene.*

### 12.2.6 Kjønnsperspektiv på organisasjonenes arbeid

En rekke organisasjoner som arbeider med viktige helsespørsmål får tilskudd fra det offentlige. Tilskuddsmidlene fordeles etter forslag fra organisasjonene og etter retningslinjer fastsatt av departementene. Tildelingene går i hovedsak til landsomfattende organisasjoner.

*Utvalget anbefaler at alle organisasjonene som utfører helserelevant arbeid med offentlig tilskudd, anmodes om å sikre at kjønnsperspektiv ivaretas i sine prioriteringer og sitt arbeid. Det utarbeides verktøy og veiledningsrutiner som kan bistå organisasjonene i dette arbeidet, eventuelt som en del av tiltaket under pkt. 12.2.1.*

## 12.3 Kunnskapsutvikling og -formidling

---

### 12.3.1 Egne fagområder for kvinne- og kjønnsforskning på helse og sykdommer.

Utvalget er kjent med at Stortinget allerede i 1995 (Inst.S.nr.165 1994–95) har bedt Regjeringen om å avsette flere midler til en større forskningsinnsats på kvinnehelse, blant annet gjennom Norges forskningsråd, og at Sosial og helsedepartementet er anmodet (Budsjettinst. S.nr.11 1996–97) om å fremme forslag om etablering av et forskningssenter for kvinnesykdommer i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 1997.

Utvalget har vurdert behovet for å styrke forskning på kvinners helse og vil legge vekt på at det er flere strategier som må iverksettes parallelt for å styrke slik forskning. Slik situasjonen er i dag vil ikke utvalget gå inn for at det etableres et eget forskningssenter for kvinnesykdommer. Dels fordi det allerede finnes flere miljøer som forsker på kvinners helse og sykdommer og det er stort behov for å styrke disse fremfor å opprette et konkurrerende senter. Dels fordi det er behov for å integrere forskning om kvinners helse og sykdommer i tradisjonelle medisinske forskningsmiljøer.

Forskning med relevans for kvinners helse og sykdom pågår allerede i flere miljøer. Det er behov for en «motor» som kan være pådriver for dette arbeidet og vedlikeholde samarbeidsnettverk innenfor de akademiske medisinske miljøene, med andre kunnskapsprodusenter og i formidlingen mellom teori og praksis. Det må skapes legitimitet og sikres at ressurser til dette feltet prioriteres. Likeså må det etableres en struktur som sikrer at bred kunnskap om kvinnens helse og sykdom integreres i undervisning og praksis.

*For å styrke disse fagfeltene ved universitetene, vil utvalget gå inn for at det opprettes egne fagområder for kvinne- og kjønnsperspektiv på helse og sykdom ved de medisinske fakultetene. Dette må organiseres slik at det også sikres at formidling av kjønnsperspektiv og kunnskap om kvinners helse ivaretas og styrkes i medisinske og helsefaglige utdanninger.*

Fouten deltids professoratet ved Universitet i Oslo har NTNU i Trondheim allerede etablert et professorat på dette fagområdet. Forslaget vil konkret innebære at det opprettes tre nye professorater henholdsvis ved Universitetet i Bergen, ved Universitetet i Tromsø og ved Universitetet i Oslo.

- Ved et av universitetsmiljøene hvor det allerede er lagt et grunnlag for å implementere kvinneperspektivet i forskningen og i klinisk arbeid opprettes et nettverkssekretariat med ansvar for koordinering av satsningen på forskning og formidling. En mulighet er at dette sekretariatet blir lagt til Trondheim. Her er det allerede opprettet et professorat i kvinneme-

- disin og etablert et tverrfaglig samarbeid – også med samfunnsfaglige miljøer og teknologimiljøer.
- Det bygges opp en nettverksstruktur som sikrer kontinuerlig formidling, kunnskapsutveksling og dialog mellom miljøene – basert på et felles overordnet ansvar for løpende diskusjon om behov for forskning og kunnskaputvikling.
  - Til hvert av de fire universitetene legges et hovedansvar for forskning, informasjon og kunnskapsformidling knyttet til bestemte felt/områder som angår kvinnens helse og sykdom – feks basert på hvor de allerede i dag har spesiell kompetanse.

### 12.3.2 Utdanning

Undervisning i kvinne- og kjønnsforståelse i medisin- og helsefaglig utdanning synes å være tilfeldig og lite godt ivaretatt. En grunnleggende forståelse av hva kjønnsperspektiv innebærer for medisin og helsefagene må legges inn i fagplaner for alle relevante fag og studier.

En rundspørring på medisinske fakulteter om det fantes noen eksplisitte kjønnsfokuserte eller kvinnehelse-forankrede undervisningstemaer eller forskningsområder, viste at verken Universitetet i Tromsø eller Oslo har noen eksplisitt beskrivelse av kjønnsdimensjonen i undervisningen. På NTNU i Trondheim finnes det planer for undervisning innen området kjønn og helse. I første omgang er kvinnehelse et eget emnefag, som undervises i en uke i sammenheng. Det er utarbeidet en oversikt over læringsmål for kurset. I Bergen undervises det både i kvinners og menns helse i noen deler av studiet. Vi har ikke fått forelagt noen fagplan. Ved institutt for medisinske atferdsfag i Oslo, som tradisjonelt tar opp sosiale ulikheter og samfunnsskapt valg, er kjønnsperspektivet en eksplisitt del av undervisningen, men det foreligger ingen fagplan. På alle fakultetene er det undervisning i kjønnsproblematikk innen fødselshjelp, som jo er naturlig, siden dette er et rent kvinne relatert fag. I de andre fagene, inkludert psykiatrien, er kjønnsdimensjonen nærmest ikke tilstede. Dette får avgjørende betydning for hvordan fremtidens legers syn på kjønnsdimensjonen i helse blir formet.

*Utvalget foreslår at alle som tilbyr medisinske-, helsefaglige- og sosialfaglige utdanninger må utarbeide fagplaner som sikrer undervisning om kjønnsperspektiv og kvinner. Prosjektet for utarbeidelse av kriterier som er beskrevet under pkt 12.2.1 bør bistå i dette arbeidet. I tillegg må de nye fagområdene som er foreslått under pkt. 12.3.1 ha et særlig ansvar.*

*Utvalget vil understreke at også forståelse av kulturelle forskjeller og av marginalisering må inngå i helsearbeideres utdanning, opplæring og videreutdanning der hvor dette er relevant.*

### 12.3.3 Faglig debattforum

På en rekke områder som er viktige for kvinners helse, avdekker utredningen manglende utveksling av kunnskap og refleksjon mellom forskning, utredning, helseutdanning, helsepolitiske beslutningsprosesser og praksis på helse- og velferdsfeltet.

*Det bør arrangeres konferanser med det formålet å drøfte strategier for bedret behandling og oppfølging av pasienter med tilstander som særlig rammer kvinner (for eksempel fibromyalgi, hypothyreose, bekkenløsning). Konferansene må samle representanter fra ulike miljøer som arbeider med datainnsamling og analyse, for-*

*skning, formidling, tilsyn og politikktutforming på feltet kvinners helse. Et sentralt perspektiv i konferansene må være å integrere kjønnsperspektiv og likestilling i helsefeltet og velferdsfeltet.*

*Her bør Norges Forskningsråd og Statens helsetilsyn, som har fått ressurser og ansvar for å kvalitetssikre ivaretagelse av kjønnsperspektiv i helsetjenestene, samarbeide om arrangementet. Representanter fra velferdsfeltet må også engasjeres i denne debatten. Koordineringsenheten som vi foreslår opprettet i tilknytning til fagområdene for kvinners helse og sykdom ved universitetene bør også ansvarliggjøres i forhold til slike faglige fora.*

### **12.3.4 Inkludering av kvinner i medisinsk forskning**

Mye medisinsk forskning utelukker kvinner. Etter modell av National Institute of Health i USA, er et aktuelt virkemiddel for å få opp andelen forskningsprosjekter med relevans for kvinnehelse, å innføre en klausul i all forskningsbevilgning om at potensielle kjønnsulikheter skal drøftes i søknaden. Kliniske og basalmedisinske prosjekter kan ikke få bevilgning dersom ikke begge kjønn er inkludert i protokollen, hvis det ikke kan gis en overbevisende grunn for å utelate dem. På samme måte kan regionale etiske komiteer underkjenne forskningsprotokoller som ikke gjør rede for mulige kjønnsulikheter. En slik sikring vil ikke koste noe i rene penger, men vil bidra til å høyne bevisstheten om kjønnsperspektivet på sykdom.

*Utvalget foreslår at tilsvarende krav må etableres for norsk forskning. Etiske implikasjoner av å inkludere gravide og kvinner i fruktbar alder i kliniske studier og annen medisinsk forskning må vurderes i hvert enkelt tilfelle.*

### **12.3.5 Grunnleggende forskning om kjønnsforskjeller i forekomst, risiko og utvikling av sykdom**

Kvinner og menn har ulik risiko for å få en rekke sykdommer. Gitt samme sykdom kan kvinner og menn oppleve ulike sykdomsforløp og kanskje ha behov for ulik behandling (ref. kap.9). Men kunnskapen om kjønnsforskjeller innen medisinsk vitenskap er mangelfull.

Forskningsrådet har fra tidlig på 1990-tallet bevilget øremerkede midler til kvinnemedisinsk forskning. Dette har resultert i oppbyggingen av flere miljøer for forskning om kvinners sykdommer. Ett av miljøene (NTNU) har nå opprettet et professorat, etter å ha fått stimuleringsmidler i form av en flerårig bevilgning til forskningskoordinator. Bevilgninger til kvinnemedisinsk forskning er de senere årene gitt til et par sterke fagmiljøer, og Forskningsrådet laget i 1996 et fagnotat om behovet for å satse på forskning om kvinners helse.

Det som ellers foregår av forskning og fagutvikling, er mye basert på enkeltforskeres egne interesser og tildeling i konkurranse om de vanlige forskningsmidler. Det foregår også en del kjønnsrelevant forskning på andre, især statlige, institusjoner, som Kreftregisteret, Statens helseundersøkelser og Folkehelsen.

Til tross for at Forskningsrådet og andre offentlige institusjoner er forpliktet av blant annet likestillingslover, har kjønnsdimensjonen i medisinsk forskning kun vært tydelig i prosjekter om kultur og samfunn. Det er fremdeles store kunnskapsbehov innen basalmedisin, trygdemedisin og ikke minst klinisk medisin. Kjønnsperspektivet i psykiatri er bare belyst gjennom enkelte, men gode, prosjekter, og her er det behov for en større mønstring og fagutvikling.



### *Kjønnsforskjeller i forløp av sykdom*

Det er nødvendig med bedre kunnskap om kjønnsforskjeller i sykdomsforløp og prognose for ulike sykdommer som for eksempel hjerteinfarkt, hjerneslag, diabetes eller astma. Med tilstrekkelige ressurser til forskning vil det være mulig å igangsette langsiktige studier som i større grad enn i dag, kan brukes til å studere kjønnsforskjeller i sykdomsforløp og faktorer som påvirker forløpet.

### *Biologi*

Kjønnsforskjeller i forekomst og forløp av sykdom henger også sammen med biologiske forskjeller. Dette vil ha konsekvenser for forebygging og behandling av sykdom. Mye av vår grunnleggende kunnskap om biologiske funksjoner og svikt i funksjoner bygger på forskning på hanndyr og menn. Det er behov for mer kunnskap om biologiske forskjeller som grunnlag for bedre forståelse av kjønnsforskjellene i helse.

*Utvalget anbefaler at det bevilges 50 millioner kroner til Norges forskningsråd over en 5 års periode til grunnleggende forskning om kjønnsforskjeller i forekomst, risiko og utvikling av sykdom.*

### **12.3.6 Konkrete kunnskapsbehov**

Her følger en oversikt over de viktigste kunnskapsbehovene utredningen har avdekket. På enkelte felt har det gitt lite mening å skille kunnskapsutvikling fra helhetlige tiltaksforslag. I slike tilfeller er kunnskapsbehovet beskrevet sammen med konkrete tiltak.

#### **12.3.6.1 Studier av behandlingsskjeder**

Det er mangelfull kunnskap om konkrete prosesser og prioriteringer for pasienter i møter med helsetjenestene. Det gjør det vanskelig å kvalitetssikre at kjønnsperspektiv ivaretas.

Avhengig av sykdom og lidelse vil kvinner og menn ha behov for en ulik tilnærming i behandlingssystemet.

*Utvalget mener det er behov for studier som følger pasienter gjennom behandlingssystemet. Utvalget ser behov for en gjennomgående vurdering av når kvinner er tjent med en annen behandling enn menn. Særlig bør forløp av kroniske sykdommer som ofte rammer kvinner studeres med hensyn til etterspørsel, tilbud, bruk og virkninger av helsetjenester over tid.*

#### **12.3.6.2 Helse og levekår hos funksjonshemmede kvinner**

Utvalget anbefaler at det iverksettes en samlet prosess for å fremskaffe kunnskap om sammenhengen mellom sykdom, funksjonshemming og levekår knyttet til kjønn. Det skal settes fokus på sykdom og samfunn. Data om funksjonshemmede kvinners helse kan blant annet fremskaffes gjennom levekårsundersøkelser og annen statistikkinnhenting (se også punktet 12.2 om beslutningsprosesser)

Det er behov for forsknings- og utredningsarbeid omkring vold og overgrep mot kvinner med funksjonshemming, blant annet når det gjelder forekomst av overgrep. Hvordan slike overgrep kan forebygges og hvordan kvinner

med funksjonshemming behandles i helsevesenet hos politiet og i rettsvesenet, etter at overgrep har skjedd, må utredes.

Det er behov for kunnskap om livssituasjonen for eldre kvinner med funksjonshemming. Særlig gjelder det helsesituasjon, økonomi, husholdsansvar, omsorg for andre. En intervjuundersøkelse vil være egnet til dette.

Leger og det øvrige hjelpeapparatet må heve sin kompetanse om lidelser som særlig rammer funksjonshemmede kvinner. Det må skje en faglig oppdatering og en styrking av oppfølgingskompetanse for kvinner med kroniske sykdommer.

*Utvalget vil foreslå at det iverksettes et treårig forsknings- og utredningsprogram, som kan være knyttet til en forsknings- og utredningsstiftelse og som skal arbeide med levekår, helse og likestillingsspørsmål for kvinner med funksjonshemming .*

#### **12.3.6.3 Helse og levekår blant samiske kvinner.**

Samiske kvinner vil i tillegg til sin rolle som kvinne, også møte utfordringer som minoritetsmedlemmer. Disse prosessene vil ofte gå parallelt, og stille større krav til mestring enn for mange andre kvinner. I hvor stor grad de kulturelle utfordringene innvirker på samiske kvinners generelle helsetilstand, vet vi svært lite om. Det er også mangel på kunnskap om forekomst av generelle sykdommer og spesielt kvinnespesifikke sådanne hos samiske kvinner og om disse både i symptombylde og behandling viser det samme mønsteret som hos norske medsøstre og menn generelt.

Sosial- og helsedepartementet og Sametinget arbeider nå med en egen handlingsplan for oppfølging av NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Det er store kunnskapshull når det gjelder systematisk kunnskap om samekvinnens helse og levekår.

*Utvalget mener at økt fokusering på samiske kvinners helse er viktig og nødvendig. Det kan blant annet gjøres ved å heve bevisstheten om etnisitet og etniske faktorerens betydning hos forskere og institusjoner som er ansvarlig for generelle helseundersøkelser eller generelle kvinneundersøkelser. Det vil også være behov for egne undersøkelser spesielt for samiske forhold. Økt kunnskap vil i neste omgang kunne forbedre tilnærming og behandling av samiske kvinner. Prosessen med å hente fram og prioritere kunnskap om samekvinnens helse og levekår må drives fram i nært samarbeid med samekvinner og deres egne organisasjoner. Slik kunnskap bør innarbeides i iverksetting av handlingsplanen.*

#### **12.3.6.4 Helse og levekår blant innvandrerkvinner**

Det fins forholdsvis lite forskning på innvandrerkvinnens forhold i Norge. Kvantitativ forskning er vanskelig p ga. kategoriseringsproblemer. Men det fins en del kvalitativ forskning som peker på viktige problemstillinger. Ellers er mye av den eksisterende kunnskapen ervervet via praksis, både i de tjenestene som er opprettet spesielt for å betjene innvandrere og flyktninger, og på annet hold.

*Utvalget vil understreke at det er behov for systematisk kunnskapsoppbygging om innvandrerkvinnens helse- og sykdommer og livsvilkår relatert til disse.*

### **12.3.6.5 Geriatrisk forskning med kjønnsperspektiv**

Trolig er det mange eldre som feilbehandles både i primærhelsetjenesten og i sykehusavdelinger fordi kunnskap om eldre menneskers individuelle reaksjonsmønstre ikke i tilstrekkelig grad er til stede. En vellykket medisinsk behandling er ofte avhengig av at behandlingene legges opp i forhold til vedkommendes totale livssituasjon. Særlig viktig er dette ved kliniske tiltak overfor eldre.

Klinisk geriatrisk forskning er vesentlig. Utvalget har tidligere pekt på at behandlingsopplegg og utprøving av medisiner som regel skjer etter en implisitt mannlig norm. Eldre kvinner har her en «dobbel risiko» i den forstand at det ikke alltid blir tilstrekkelig vektlagt at eldre mennesker ofte har særegne, individuelle reaksjonsmønstre for eksempel på medisiner.

*Den geriatriske kompetansen ved sykehusene bør styrkes. Like vesentlig er det at geriatrisk kompetanse spres i et samarbeid med primærhelsetjenesten.*

*Utvalget vil anbefale forsknings- og utviklingsprogrammer hvor geriatrisk kompetanse ved sykehusene og primærhelsetjenesten inngår samarbeid med det mål å spre gjensidig kompetanse, evaluere behandlingsopplegg og utvikle samarbeidsmodeller. Kjønnsperspektivet må ivaretas i prosjektene. Utvalget vil også anbefale at det gjøres en særlig vurdering av mulighetene for, og fruktbarheten av, forløpsstudier hvor en kan følge samme individ over tid, både gjennom de fylkeskommunale og de kommunale tiltakskjedene.*

### **12.3.6.6 Kjønnforskjeller i bruk og effekt av medikamenter**

Kvinner og menn kan ha ulik effekt av medikamenter og dermed også ulikt bivirkningsmønstre. I dag finnes det for lite kunnskap om dette. De fleste medikamenter som brukes, er godkjent på grunnlag av klinisk utprøving blant menn. Det er mange forhold som kan påvirke medikamentomsetningen hos kvinner, menstruasjonssyklus, p-pillebruk og amming. I tillegg kommer kvinners livsfaser før, under og etter fertil alder.

*Det er behov for kunnskap om effekt av medikamenter i forhold til ulikheter mellom kjønn og mellom ulike livsfaser. Medikamenter bør være utprøvd for begge kjønn før de godkjennes i Norge.*

*Det er behov for bedre overvåking av medikamentbruk etter kjønn og alder. Utvalget har forventninger til at dette vil bli ivaretatt i etablering av reseptbasert legemiddelstatistikk, som er under planlegging.*

*Det er behov for bedre overvåking og forskning om bivirkninger av medikamentbruk, med særlig fokus på eldre mennesker .*

### **12.3.6.7 Kunnskapsbehov på trygd- og velferdsfeltet**

Det er behov for bedre kunnskap om hvilke typer tiltak som har ønsket effekt og hvilke som ikke har det. Det er også behov for mer kunnskap om hva som skjer med dem som ikke får ytelse.

*Utvalget anbefaler at det foretas en systematisk gjennomgang av trygd- og velferdsfeltene for å avdekke hvor det er kunnskapsmangel om kvinner og menn når det gjelder ytelse og tiltak, og i hvilken grad og på hvilken måte det er tatt hensyn til kjønnsperspektiv i kunnskapsproduksjon. Økonomisk støtte til forskningsprosjekter innenfor trygd- og velferdsforskning bør forutsette at kjønnsperspektiv er ivare tatt.*

### **12.3.6.8 Kjønnsperspektiv på kunnskap om arbeidshelse og arbeidsmiljø**

Sykefravær er ofte regnet som en god indikator på folks helsetilstand. Helsesstatistikk for det norske arbeidsmarkedet viser at det er betydelige kjønnsforskjeller i sykefraværet særlig for de lange sykefraværene. Kvinner i yrker med lav status har høyest fravær og kjønnsforskjellene ser ut til å være økende. Sykefravær blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren er mer utbredt enn i arbeidslivet for øvrig. 93 prosent av ansatte i denne sektoren er kvinner.

Forskning om kvinner, arbeid og helse tar som regel utgangspunkt i at arbeidsplassen er lik for kvinner og menn. I tillegg tas det utgangspunkt i at rolleforventningene i forhold til menn og kvinner er like og at arbeidsplassen kan ses på som et avgrenset system. Både biologiske forskjeller og forskjeller i arbeidsforpliktelser knyttet til hjem og familie ignoreres.

*Utvalget mener det er stort behov for kunnskap om arbeidshelse og arbeidsmiljø som tar hensyn til kjønnsulikheter. Slik kunnskap må legges til grunn både i overvåkningssystemer, i utforming av helse- miljø og sikkerhetstiltak og planlegging og organisering av arbeid.*

### **12.3.6.9 Forskning, informasjon og statistikk om vold og seksuelle overgrep**

I arbeidet mot vold og overgrep trengs en systematisk innhenting av informasjon og statistikk over vold i hjemmet, seksuelle overgrep, helseskader som skyldes vold og overgrep. Det foreligger i dag svært sparsomt med forekomstundersøkelser over disse områder. Overvåkingen av dødelighet forårsaket av vold må bedres ved å innføre relevante variable i registreringsrutinene. I dag er det for eksempel ikke mulig å lese ut av den generelle drapsstatistikk at svært mange av de som hvert år drepes, blir drept av sine ektemenn eller ekspartner. Forhold som peker på hvordan disse dødsfallene kan unngås må kartlegges, for eksempel etter samme metode som ved dødsfall ved reproduktive hendelser – graviditet og fødsler.

*Utvalget foreslår å gjøre kjønn og vold synlig i offentlige registreringer og statistikk.*

### **12.3.6.10 Tverrfaglig forskning om ubestemte plager og psykisk helse**

Kroniske smerter, ubestemte plager og psykiske lidelser hos kvinner, er områder som gir særlig gode eksempler på at det er nødvendig med et bredt kjønnsperspektiv og tverrfaglig tilnærming. Årsaksforhold og behandling må forstås i tilknytning til kvinners posisjon, relasjoner, utsatthet og belastninger i forhold til levekår, arbeidshelse, vold og overgrep, og i forhold til rådende helsetjenestemodeller og praksis. I denne utredningen er diskusjonen av disse sykdommene og plagene integrert i flere av de temaene som behandles. Mange av tiltakene som foreslås kan knyttes til forebygging, behandling og rehabilitering av slike sykdommer og plager.

*Utvalget har anbefalt at det etableres et faglig debattforum (se pkt 12.3.3). Dette er problemstillinger som et slikt forum raskt bør gripe fatt i for å utarbeide retningslinjer for etablering og koordinering av tiltak og prioriteringer for tverrfaglig forskning og dokumentasjon.*

*Utvalget vil også anbefale at det initieres forskning som spesielt legger vekt på samspill mellom vold og overgrep, psykiske lidelser og ubestemte plager.*

### 12.3.6.11 Psykisk helse

Kunnskap om kjønnsperspektiv i Norsk psykiatri og psykisk helsevern er i for liten grad integrert i offentlige dokumenter og i helsevesenets tilbud. Det foregår for tiden en utvikling og utprøving av en rekke ulike tiltak for kvinner med kroniske smerter. Mange av disse bygger på et mestringsperspektiv, hvor en viktig målsetting er å avdekke og styrke kvinnenegne helse- og mestringsressurser. Grunntanken er hjelp til selvhjelp, og ofte trekkes medpasienter inn som viktige ressurser for hverandre. Utvalget ser med bekymring på den omfattende medikaliseringen av det som kalles lettere psykiske plager. En depresjon er ikke lett for den som rammes. Medisiner (for eksempel såkalte «lykkepiller») kan sikkert være en god hjelp for mange. Dette er imidlertid ofte den eneste behandlingen helsevesenet tilbyr, og den kan passivisere og dreie oppmerksomheten bort fra nødvendig bearbeiding og utvikling av egenstyrke.

*Utvalget mener det bør utvikles mer mestringsfokuserede tilbud for kvinner med psykiske plager, og at det trolig er fornuftig å bygge på mange av de modellene og erfaringene som er gjort på feltet kroniske smerter.*

*Utvalget vil anbefale at det gjennomføres en evaluering av effekt av behandling av psykiske lidelser. Evalueringen skal ivareta kjønnsperspektiv. På bakgrunn av den og internasjonal forskning og erfaring om behandling av kvinners psykiske sykdommer bør det utvikles gode kvinnespesifikke tilnærminger i behandlingen av slike sykdommer.*

*Utvalget vil understreke behovet for bedre kompetanse når det gjelder behandling og oppfølging av kvinner med psykiske plager og sykdommer i primærhelsetjenesten.*

### 12.3.6.12 Fysisk aktivitet og helse

Internasjonal forskning har dokumentert at kvinners som regelmessig driver fysisk aktivitet kan oppnå en sykdomsforebyggende og helsefremmende effekt. Samtidig er dokumentasjon av direkte sammenheng mellom fysisk aktivitet og helse hos norske kvinner mangelfull, og det har vært vanskelig å påvise effekter av fysisk aktivitet for eksempel på sykefravær.

*Utvalget vil anbefale det iverksettes studier av fysisk aktivitetens betydning for lidelser som høyt blodtrykk, benskjørhet (osteoporose), overvekt, muskel-skjelett plager, lettere depresjoner og ubestemte plager.*

Flere kvinner enn menn slutter å mosjonere når de får barn, og få tilbud synes å appellere til godt voksne og eldre kvinner.

*Aksjonsforskning bør i nært samarbeid med brukergruppene, søke å finne fram til hva som kan inspirere kvinner i ulike aldre og livssituasjoner til å bevege seg mer. Utvalget ønsker å peke på at generelle forebyggingsstrategier kan gi ulik effekt hos kvinner og menn. Fysisk trening som skal anbefales kvinner bør bygge på forskning og prosjekter hvor kvinner er aktører.*

## 12.4 Helsepraksis – behandling og forebygging

---

### 12.4.1 Kliniske kompetansesentre for grupper med ubestemte, sammensatte eller langvarige helseplager

Det finnes noen eksempler på tilbud på spesialistnivå til kronisk syke, som er kjennetegnet ved at de tar omsorg for flere aspekter ved pasientens liv. Ekspertise fra flere områder trekkes inn, og gir kvinnene mulighet for en og

samling helhetlig ekspertise rundt seg, i stedet for å måtte være kasteball mellom fagfolk på forskjellige steder og uten sammenheng i behandlingen. Pasienter med lignende plager får anledning til å utveksle viktig kunnskap om behandling og mestring av situasjonen.

*Utvalget ser det som viktig at tverrfaglige og helhetlige kompetanse- og behandlingssentra videreutvikles og utbygges for en rekke pasientgrupper. Slike fagmiljøer og kompetansesentra må også være oppmerksomme på hvordan de helseplagene det arbeides med påvirker svangerskap, fødsel og spedbarnsomsorg, og hvordan komplikasjoner kan behandles og mestres.*

*Det er avgjørende at tverrfaglig spisskompetanse på den ene siden gis muligheter til stadig utvikling, og at disse miljøene på den andre siden forpliktes til å konkretisere og formidle sine kunnskaper på en slik måte at primærhelsetjenesten kan gjøre en bedre innsats for flere pasienter. Et godt eksempel her er spiseforstyrrelser.*

#### **12.4.2 Kommunenes oppfølging av personer med kroniske plager**

For personer med kroniske lidelser er det et problem med manglende oppfølging i kommunene. Det synes å være liten oversikt over behov for hjelp og bistand. Utvalget vil understreke behovet for en klar ansvars plassering og konkrete kontaktpersoner for denne gruppen.

*Kommunene må gjøres i stand til å skaffe oversikt over innbyggere med kroniske plager og langvarige behov for oppfølging (Jfr. Kommunehelsetjenesteloven 1982). Statens helsetilsyn bør, blant annet ved å bruke debattforumet beskrevet i pkt. 12.3.3, ta et ansvar for å utarbeide gode redskaper og tiltak til hjelp for kommunenes arbeid på dette feltet.*

#### **12.4.3 Gyldiggjøring av brukerkunnskap**

I all individuell utforming av helsetjeneste til den enkelte er det viktig å være klar over at et hvert individ har rett til å være medaktør i viktige beslutninger om eget liv og helse, og at individuell medvirkning gjennom god informasjon og kommunikasjon bør bli bærebjelke i all tjenesteyting. Behandlingsapparatet må struktureres slik at de som arbeider der makter å ta inn kunnskap både fra forskningen og fra klientene/pasientene; to helt sentrale kunnskapskilder.

Å anerkjenne brukerperspektivet, betyr for de ansatte å gi slipp på tryggheten ved å «vite best». For å tåle dette over tid, må tapet av trygghet kompenseres, for eksempel gjennom gode veiledningsrutiner og kompetansehevingstiltak, som også stadig bekrefter at ingen er utlært.

*I møter mellom brukere og behandlingsapparat, må brukerkunnskap anerkjennes som en gyldig og viktig kunnskapskilde. Dette fordrer både kompetanse og trygghet. Det er viktig at slik kunnskap formidles inn i og tas i bruk i medisinske og helse- og sosialfaglige utdanninger. Utvalget vil anbefale at det utarbeides en mal for hvordan brukerkunnskap kan integreres som obligatorisk element i pensum for alle disse utdanningene.*

*For alle som arbeider med omsorg og helseytelser må det legges inn rutiner og rom for veiledning/rådgivning, bearbeiding av erfaringer og utvikling av kunnskap.*

#### 12.4.4 Tilgjengelighet og kompetanse i psykiske helsetjenester for kvinner

Det er avdekket store mangler i helsetjenestetilbudet, og et lite problematisert og høyt forbruk av legemidler i forhold til kvinners psykiske plager. *Tiltak for å fremme bedre tilbud vil omfatte:*

- *Lett tilgjengelige polikliniske tjenester.*
- *Økonomisk overkommelige tilbud.*
- *En styrking av kjønnsespesifikk kunnskap blant aktuelle fagfolk.*

#### 12.4.5 Svangerskaps- og fødselsomsorg

Overfor graviditet, fødsel og visse gynekologiske sykdommer, skjer en hurtig utvikling av avansert teknologi. Utviklingen bør overvåkes og drøftes kritisk i både fagmiljøer og offentlighet. Det er samtidig behov for å innføre kompetanse som kan gi bedre psykososial omsorg til gravide, fødende og andre pasienter ved kvinneklinikkene i Norge.

*Teknologiske nyvinninger bør bare tas i bruk etter like grundig utprøving som det som kreves for legemidler. Lekfolkskonferanser og andre brukerinnspill bør tas i bruk for å utforme et best mulig tilbud i spenningsfeltet mellom høyteknologi og individuell omsorg.*

#### 12.4.6 Forståelse for kulturelle forskjeller i helsevesenet

Mange innvandrere får ikke et helsetjenestetilbud som de opplever som relevant eller som fungerer godt for dem. Helse og kultur er størrelser som er tett innvevd i hverandre. Siden kvinner på en særlig måte er kulturbærere, spesielt innen familien, kan de bli tapere i et møte med et helsevesen som er basert på en for dem fremmed tankegang.

*Det er behov for å rekruttere helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn. Godkjenning av utdanning i andre land må gjøres effektivt og rasjonelt. Det beste helsetjenestetilbudet vil bare kunne utformes i et nært, likeverdig og forpliktende samarbeid med brukere med ulik kulturell bakgrunn.*

#### 12.4.7 Forebygging av eldre kvinners helseplager

Ett område som særlig kan forbedre eldre kvinners helse og livskvalitet er tiltak som kan forebygge depresjoner, depressive reaksjoner og ensomhet. Tiltak på dette området kan ofte være sosiale aktivitetstilbud. I flere kommuner kan slike tilbud være lavt prioritert fordi kommunene ser seg tvunget til å prioritere behandling og direkte omsorgstiltak, det vil si oppgaver som mer direkte oppfattes som lovpålagte. Tyngre omsorgstiltak kan imidlertid forebygges dersom det settes inn hjelp i forhold til depressive reaksjoner og ensomhet. I forhold til utbredelsen av psykiske lidelser har eldre kvinner også et stort underforbruk av tjenester fra den fylkeskommunale psykiatrien.

*Utvalget vil særlig peke på behovet for å styrke kompetansen blant primærkommunenenes personell. Både gjennom satsingen innenfor psykiatriområdet og handlingsplanen for omsorgstjenestene bør det gis rom for å styrke kompetansen slik at det personell som allerede arbeider i primærkommunenene kan forstå enkeltindividens problemer og legge til rette for individuelle tiltak.*

### 12.4.8 Østrogenbehandling

Østrogenbehandling etter overgangsalderen (hormonbehandling) brukes for å erstatte kroppens eget østrogen når nivåene synker naturlig ved overgangsalder. Hormonbehandling kan brukes for å lindre plager knyttet til denne perioden. Da er behandlingstiden kort, fra noen måneder opp til fem år. Plagene lindres effektivt. Som sykdomsforebyggende behandling må hormonbehandling brukes i flere år for å ha effekt. Resultatene har vært lovende. Undersøkelser har vist 20–50 prosent reduksjon i dødelighet, opp til 3 1/2 års økt levetid og opp til 50 prosent reduksjon i risiko for hjertesykdom og osteoporotiske brudd. Men dårlig kvalitet på mange undersøkelser har ført til ambivalens til østrogenbruk både blant kvinner og leger.

*Utvalget vil anbefale at det utarbeides nasjonale anbefalinger for hormonbehandling med østrogen (9.14.5) Anbefalingene må bygge på et brukerperspektiv, og utformes slik at de gir den enkelte kvinne et bedre grunnlag for å foreta egne valg.*

### 12.4.9 Nasjonal handlingsplan mot osteoporose

Med rundt 9 000 nye lårhalsbrudd per år ligger Norge (særlig Oslo-området) svært høyt når det gjelder forekomst av brudd i verdensmålestokk. Det har skjedd en femdobling siden 1950 og det forventes en fortsatt økning. En vesentlig del av den akuttkirurgiske beredskapen i Norge benyttes til behandling av lårhalsbrudd. Osteoporose gir økt risiko for brudd. Årsakene til osteoporose er langt på vei ukjent.

*Utvalget vil foreslå at det iverksettes en Nasjonal handlingsplan mot osteoporose og brudd. Handlingsplanen bør omfatte kunnskapsoversikt, ny forskning, en samlet strategi for forebygging og behandling av osteoporoserelaterte brudd samt smertebehandling og rehabilitering.*

*Utvalget ser det som ønskelig at østrogenbehandling omfattes av blåreseptordningen.*

### 12.4.10 Brystkreft

Brystkreft rammer mer enn 2000 kvinner per år i Norge. Antallet er økende, særlig blant kvinner under 50 år. Blant disse er brystkreft den viktigste årsak til død. Årsakene til brystkreft er ukjent. Vi har behov for bedre kunnskap om årsaker til brystkreft, og om forløpet. Det har ikke vært vesentlige gjennombrudd i behandlingen av brystkreft. Det har vært liten villighet blant norske eksperter til å ta del i forskning om nye behandlingsformer. Det er imidlertid viktig at Norge er med og bidrar i den forskningen som foregår internasjonalt. Mye tyder på at blant annet ventetid for brystkreftbehandlingen og annen type kreft varierer her i landet

*Alle kvinner må få lik tilgang på gode helsetjenester ved brystkreftbehandling. Geografiske forskjeller innen Norge i dødelighet etter en kreftdiagnose bør studeres. Gjennomgang av internasjonale studier tyder på at unge kvinner med brystkreft har bedre prognose dersom tidspunkt for operasjon vurderes i forhold til menstruasjonssyklusen. Rutinene på operasjonsavdelinger over hele landet hvor slike kvinner behandles, bør derfor innrettes etter dette.*

*Masseundersøkelse av brystkreft for alle kvinner mellom 50–69 år er iverksatt. Utvalget mener det er viktig at dette tiltaket evalueres, særlig med tanke på redusert dødelighet og psykisk belastning av falske diagnoser. En slik evaluering bør være uavhengig .*



*Utvalget støtter at Norge tar del i den flernasjonale undersøkelsen om effekt av masseundersøkelse av brystkreft blant kvinner 40–50 år. Det ville være ønskelig at studier av psykisk belastning som følge falske diagnoser, ble inkludert i de norske delen av denne undersøkelsen.*

#### **12.4.11 Nedfrysing av egg**

Det bør vurderes om unge kvinner som skal bli behandlet for kreft eller annen alvorlig sykdom som kan ødelegge deres fruktbarhetsevne, skal få tilbud om nedfrysing av egg. I dag er lagring av ubefruktede egg forbudt, jfr lov av 5 august 1994 nr 56 om medisinsk bruk av bioteknologi (Befruktede egg kan lagres i inntil tre år) Begrunnelsen for forbudet er at det da loven ble vedtatt ikke var teknisk mulig å fryse ubefruktede egg uten å skade kromosommaterialet (Ot prp nr 37 1993–94).

*Utvalget har innhentet vurderinger fra fagmiljøer som tilsier at det i dag ikke er grunnlag for å forby nedfrysning av ubefruktede egg under henvisning til biologisk risiko. Den teknologiske utviklingen tilsier også at mulighetene for å gjennomføre slike prosesser stadig blir bedre.*

*Utvalget vil anbefale at spørsmålet om nedfrysing av egg utredes og vurderes på nytt med tanke på lovendring.*

#### **12.4.12 Forebygging av tobakkskader**

Hypigheten av lungekreft øker mest blant kvinner og har økt med 500 prosent fra 1954 til 1993. 500 kvinner dør årlig av lungekreft. I de yngste aldersgruppene som nå får lungekreft er der like mange kvinner som menn. Kvinner får antakelig tobakkskader raskere enn menn. Dersom det ikke skjer en radikal endring i norske kvinners røykevaner, vil lungekreft kunne bli den viktigste årsaken til død blant yngre kvinner i løpet av de nærmeste 20 år.

*Utvalget vil anbefale at kjønnsesifikke tiltak for å forebygge røyking utvikles og prøves ut. Statens tobakkskaderåd oppfordres til å finne gode tiltak som kan forhindre at salgsstedene bryter loven om at ingen under 18 år skal kunne kjøpe tobakk.*

#### **12.4.13 Forebygging av alkoholskader**

Blant ungdom i 13–17 årsalder, er jenters alkoholforbruk likt gutters. Jenter debuterer like tidlig som alkoholbrukere. Tidlig alkoholdebut hos kvinner er en viktig faktor som kan forutsi uheldige sosiale og fysiske konsekvenser av alkohol.

Kvinner tåler mindre alkohol før bruken får fysiske og sosiale følger. Kvinners alkoholforbruk og de uønskede konsekvensene det kan gi, er nært knyttet til partnerens forbruk. Utvalget mener at det er viktig å gjøre unge jenter oppmerksom på at de tåler mindre alkohol enn menn, og at alkoholbruk ofte skaper risikosituasjoner for seksuelle krenkelser. I behandling av alkoholavhengighet hos kvinner er det viktig å ta hensyn til kvinnens totale situasjon.

*Utvalget mener det er ønskelig å bygge ut egne behandlingssenheter for kvinnelige rusmisbrukere etter modell av Stockholmklinikken (tidlig intervensjon) og utvide særtilbud til kvinnelige misbrukere etter modell av Bergensklinikken (til mer langtkomne misbrukere). Vi viser også til egenstyrkingsprogram for unge jenter, foreslått under avsnittet om vold.*

#### 12.4.14 Forebygging av selvmord

Det er langt flere kvinner enn menn som forøker å ta sitt eget liv. Mange av disse får ingen oppfølging etter akuttbehandlingen.

*Gode modeller for sekundærforebyggende selvmordsarbeid i kommunehelsetjenesten bygger på samarbeid mellom somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Slike modeller bør vurderes i et kjønnsperspektiv og utvides på landsbasis .*

#### 12.4.15 Andre tiltak

En rekke andre forslag til kunnskapsutvikling, forebygging og behandling av sykdommer er omtalt i kapittel 9. under punktene om de enkelte sykdommene. Her fremheves noen andre tiltak som utvalget mener bør vurderes.

- *Hjerneslag er en alvorlig lidelse, men det er vist at god behandling gir god effekt, og kapasiteten på slagenheter bør utvides med tanke på eldre slagrammede kvinner*
- *Hodepine forekommer omtrent dobbelt så hyppig hos kvinner som hos menn. Det er kvinner i ung og voksen alder som rammes. Migrene opptrer hos 5–6% av befolkningen, tre ganger så hyppig blant i middelaldrende kvinner som blant menn. Bedre behandling vil hjelpe mange, og det trengs økt kunnskap i primærhelsetjenesten om behandling.*
- *Multipel sklerose rammer kvinner dobbelt så hyppig som menn. Det er særlig behov for styrking av det tverrfaglige støtteapparatet rundt MS-pasienter.*
- *Kronisk leddgikt er en alvorlig og smertefull sykdom som rammer kvinner tre til fire ganger hyppigere enn menn. Det er behov for kompetanseheving i primærhelsetjenesten med tanke på tidlig diagnostikk, behandling og rehabilitering. Det er også behov for å øke kapasiteten for leddgiktkirurgi.*

#### 12.4.16 Evaluering av helsetjenestereformer

*I de planlagte evalueringene av fastlegereformen og av inntaksstyrt finansiering, må det følges opp om ordningene i praksis har ulike konsekvenser for kvinner og menn.*

### 12.5 Vold og seksuelle overgrep

---

Utvalget anser vold, trussel om vold, angst for vold og seksuelle overgrep som et betydelig helseproblem for kvinner i Norge i dag. Forskning og klinisk erfaring viser at mange helseplager hos kvinner kan spores tilbake til traumatiske opplevelser knyttet til vold og overgrep. Kvinner som har vært utsatt for vold og overgrep rapporterer i større grad enn andre om angstproblemer, depresjon, søvnproblemer og psykisk ubehag, og økt forbruk av alkohol og medisiner. Fordi slike sammenhenger fremdeles er tabubelagt, både for behandler og pasient, trengs et kraftig fokus på området.

*Utvalget ønsker en satsning på kvinnehelse gjennom konkrete tiltak for dem som rammes av vold og overgrep. I tillegg ønsker utvalget langsiktige tiltak som kan redusere volden i hjemmet og overgrep mot barn. Endelig mener utvalget at mange konkrete tiltak mot vold i sterkere grad bør oppjustere offerets posisjon. I de fleste saker som omhandler vold i hjemmet og overgrep mot kvinner og barn står offeret meget svakt. Dette tilsier at kvinner og barn som utsettes for overgrep må prioriteres både hva gjelder rettsvesen og behandlingstilbud.*

Utvalget er kjent med at regjeringen arbeider med en handlingsplan knyttet til vold og overgrep mot kvinner og anbefaler at følgende forslag vurderes og konkretiseres i dette arbeidet.

### 12.5.1 Kvinnevoldsutvalg

Et helhetlig perspektiv vil gjøre det mulig å bygge opp et mer effektivt vern mot kvinnevold der både helsevesen, politi, frivillige organisasjoner og juridisk kompetanse er representert. Satsningen mot vold mot kvinner bør favne vidt både i definisjonen av denne typen vold og i bruk av virkemidler og innsatsområder. Arbeid mot vold og overgrep i hjemmet, voldtekt, arbeid mot prostitusjon og innsats mot seksuell trakassering bør alle være innenfor definisjonen av vold mot kvinner.

*Utvalget foreslår at det opprettes et kvinnevoldsutvalg etter modell av det store svenske utredningsarbeidet «Kvinnofrid». Et kvinnevoldsutvalg skal synliggjøre vold mot kvinner, samle inn kunnskap og legge fram forslag til tiltak mot vold mot kvinner på en bred basis. Hovedpoenget med et kvinnevoldsutvalg vil være å se ulike virkemidler mot kvinnevold i sammenheng. Det er et stort behov for å sammenstille den innsatsen som allerede eksisterer, for lettere å se hva som skal til for å avhjelpe problemene og komme med nye forslag til tiltak som bygger på, omorganiserer og/eller utvider det eksisterende tilbudet*

*I tillegg til henvisninger til kvinnevoldsutvalget under en del av tiltakene nedenfor, bør mandatet for kvinnevoldsutvalget ivareta følgende punkter:*

- I forhold til juridiske virkemidler bør utvalget særlig se på om den svenske loven med et eget «Kvinnofridsbrott» kan være nyttig å innføre i Norge.*
- Det må etableres faste forpliktende samarbeidsstrukturer med best mulig ressursutnyttelse i forhold til andre faginstitusjoner og miljøer. Fagmiljøer som arbeider med voldsproblematikk må styrkes. Det bør etableres kriterier for kvalitetsmålinger i helsevesenet på dette området, slik at det kan overvåkes systematisk av helseforvaltningen, og det bør iverksettes systematiske prosedyrer for å vurdere effekt av tiltak.*
- Alarmbeskyttelse for voldsutsatte kvinner må evalueres og videreutvikles.*
- Gevinster og problemer ved en rapporteringsplikt for helsepersonell ved avdekking av mishandlingsforhold må drøftes.*
- Kvinnens frykt for vold er et alvorlig anslag mot deres utfoldelsesmuligheter, deres bevegelsesfrihet og dermed også deres helse. Kvinnevoldsutvalget må vurdere kriminalpolitiske og andre tiltak som kan redusere denne volden og frykten for vold hos kvinner.*

### 12.5.2 Krisesentrene

Krisesentrenes økonomi og organisering bør bedres, slik at tilbudet til kvinner og barn på krisesentrene også kan bli mer fremtidsrettet. Kvinner som utsettes for vold og overgrep av sin samlivspartner bør i tillegg til et krisetilbud også få et realistisk tilbud om en «ny start». Her kan tenkes tettere samarbeidsformer mellom krisesenter, sosialkontor, boligstøtte, jobbstøtte osv for at kvinnen og barna kan få muligheten til å etablere seg på nytt. Det bør også vurderes hvordan krisesentrene og samarbeidende institusjoner skal bedre tilbudet til kvinner med annen etnisk bakgrunn og de spesielle problemer som disse kan ha (for eksempel kjønnslemlestelse og tvangsgifte).

Det bør også fokuseres nærmere på hvilket tilbud krisesentrene kan gi til barna, og hvordan samarbeidet mellom krisesentrene og offentlige etater kan

utvikles. En del kvinner går i dag tilbake til voldsutøveren fordi de selv ikke ser andre løsninger. Hvordan kan en gi disse kvinnene ressurser, både materielt og psykisk til å velge annerledes enn det sporet som fanger henne i mannens vold? I en slik startpakke hører det også med en fokusering på hvordan en kan hindre at guttebarn som har vært eksponert for vold og konflikter mellom foreldrene adopterer farens voldsmønster. Og hvordan jenter med en oppvekst preget av vold skal unngå å lære destruktive tilknytningsformer til menn.

*Statens har et særlig ansvar for å sikre grunnlaget for drift av krisesentrene, og å legge til rette for godt samarbeid med andre instanser. Hvordan dette best kan organiseres, er problemstillinger kvinnevoldsutvalget bør utrede nærmere.*

### **12.5.3 Helsetjenester**

Helsevesenet må utvikle bedre strukturer for å kunne å bidra med hjelp i forhold til de helsemessige belastningene som mange familievoldsofre blir bærere av. *Utvalget* vil særlig understreke behovet for styrking på følgende punkter:

#### **12.5.3.1 Mottaksapparatet for voldtatte kvinner**

Helsevesenet relaterer seg i hovedsak til skadebehandling for vold dvs akutt medisinsk behandling. De som har vært utsatt for overgrep har ofte stort behov for oppfølging, blant annet i form av psykiatrisk hjelp.

*Mottaksapparatet for voldtatte kvinner må bygges ut og kvalitetssikres over hele landet, både som akuttberedskap og som et ledd i å forebygge senvirkninger. Det bør etableres standardiserte tilbud til voldtekstofre og stilles krav om slike tjenester i hvert fylke.*

#### **12.5.3.2 Kompetanseutvikling hos helsepersonell**

Kompetansen hos helsepersonell er varierende og gjennomgående mangelfull når det gjelder møter med og oppfølging av voldsofre. Det foregår i dag et nordisk samarbeid om vold og helse. Fagmiljøer bør styrkes gjennom nordisk samarbeid og videreutdanningstilbud, og en må her legge vekt på tverrfaglighet. Kunnskapsområdet må defineres, og det må utarbeides undervisningsmateriale og etableres kompetansekriterier.

*Det må bygge opp et utdanningstilbud til helsepersonell som skal behandle/ta imot voldtatte kvinner. Det bør etableres et utdanningsprogram på nordisk nivå.*

#### **12.5.3.3 Selvhjelpsgrupper for overgrepsofre**

*Selvhjelpsgrupper for kvinner som har vært utsatt for overgrep må etableres som landsdekkende tilbud.*

#### **12.5.3.4 Tilbud til overgrepsofre blant gutter og menn**

Gutter og menn som utsettes for seksuelle overgrep mangler i dag et reelt og synlig tilbud om kontakt og behandling. For å aktivere og finne disse guttene/menn trengs en helt annen grad av synliggjøring av problemet med gutter som utsettes for seksuelle overgrep.

*Tilbud til gutter og menn må forankres i helseforvaltningen og sikres regelmessig kvalitetskontroll og oppfølging.*

#### 12.5.4 Politi og rettsvesen

Både når det gjelder vold i hjemmet, voldtekt og overgrep mot barn er det viktig at disse sakene prioriteres innefor rettsapparatet. Det er nødvendig både for å beskytte offeret mot nye overgrep i den lange ventetiden som det i dag er før en sak kommer opp og for å komme tidlig i gang med tilpasset og god behandling.

*For å ivareta både offerets verdighet og hjelpebehov, og for å møte befolkningens rettsbevissthet på dette feltet, vil utvalget særlig framheve følgende punkter:*

- *Bevissthet og kompetanse må økes i både rettsvesen og hjelpeapparat.*
- *Det må utvikles strukturer, kunnskaper og holdninger som muliggjør godt samarbeid mellom politi/rettsvesen, barnevern og behandlingsapparat.*
- *Rask og god rettsbehandling må sikres.*
- *Traumebehandling og annen hjelp og støtte må ikke begrenses av hensyn til etterforskningen.*

*Det bør også utredes om egne etterforskningsenheter med spesialkompetanse skal opprettes på regionalt nivå. Utvalget er kjent med et forslag til Justisdepartementet om å arbeide videre med en prøveordning for en regional enhet for etterforskning og påtale av saker som gjelder seksuelle overgrep og familievold i de tre nordligste fylkene. Kvinnehelseutvalget støtter forslaget.*

*Utvalget vil også påpeke at de lave straffer det er tradisjon for å gi overgriper i en del sedlighetsaker vil kunne virke som en dobbel krenkelse på offeret, og heller ikke står i rimelig forhold til alvoret i krenkelsene dersom en sammenligner med straffereaksjoner for andre typer lovbrudd. Utvalget understreker derfor muligheten til å idømme lengre straffer innenfor de strafferammer som eksisterer i dag. Utvalget er innforstått med at dette antakelig ikke har særlig forebyggende virkning og vil derfor foreslå at andre tiltak i forhold til overgriper utredes.*

Både behandling og eventuell straffskjerpelse for personer som allerede har begått overgrep vil ha liten betydning for det totale antallet overgrep i Norge, ettersom de aller fleste overgrep til enhver tid begås av ukjente personer. Samtidig er hver enkelt overgrepshistorie en tragedie for de som rammes. Det har ikke vært utvalgets mandat å gå grundig inn i kriminalpolitiske problemstillinger. Utvalget ønsker likevel å be om en vurdering av om gjentatt volds- og overgrepskriminalitet er så alvorlig at samfunnet bør bruke alvorligere og mer langvarige reaksjoner mot overgriper.

*En utredning av både strafferettslige og andre virkemidler overfor overgriper vil også være en viktig oppgave for et eventuelt kvinnevoldsutvalg.*

#### 12.5.5 Behandlingstilbud til overgriper

Behandlingstilbudet til menn som slår er i dag svært beskjedent. Et godt behandlings tilbud for menn vil i mange tilfeller være med å bryte onde sirkler mellom generasjoner av menn, og kan redusere død og sykdom hos kvinner. En voldelig far er en av de sterkeste læringsmekanismer for vold.

*Behandlingstilbud til menn som slår må bygges ut til å bli landsdekkende.*

Krise og rådgivingstelefon for menn er viktige oppsamlere av voldelige menn og menn i krise, som kan komme til å bruke vold i pressede situasjoner – ved skilsmisse, uenighet om barn, økonomi osv – eller som systematisk bruker vold i samlivet.

*Krise og rådgivingstelefon for menn må bli landsomfattende og gis et skikkelig fundament.*

Aggressive problemgutter må fanges opp tidlig. Det arbeidet med vold som gjøres ved behandlingsentre som «Alternativ til vold», bør i større grad brukes i oppfølging av unge gutter som bruker vold. Her ligger store utfordringer for et samarbeid mellom blant annet skole, barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og andre instanser.

*Forsøksprosjekter overfor aggressive problemgutter bør utredes av kvinnevoldsutvalget.*

*Arbeidet med forskning og nye terapiformer på menn som begår overgrep må styrkes.*

## **12.5.6 Forebygging**

### **12.5.6.1 Vær-varsom-plakat for reklamebransjen**

Et grunnleggende premiss i utvalgets tenkning er å verne om og bygge oppunder enkeltindividets ressurser, egenverd, selvtillit og egenstyrke. Dette som en motsats til de krefter som gjør kvinner til objekter og til mindreverdige. I den forbindelse reagerer utvalget sterkt på reklame der små barn brukes som modeller i en seksualisert sammenheng. Utvalget finner det særlig opprørende at enkelte reklamer framstiller barn, det vil i all hovedsak si jenter som «innbydende seksuelle objekter».

*Utvalget ber om at Justisdepartementet og Helse- og sosialdepartementet utfordrer reklamebransjen til særlig på dette området å utarbeide etiske standarder etter mønster av pressens «vær-varsom-plakat».*

### **12.5.6.2 Egenstyrkingsprogram for unge jenter**

Det er viktig at jenter lærer å sette grenser. Få undervisningsprogram rettet direkte mot forebygging av spiseforstyrrelser, røyking eller rusbruk kan vise til varige virkninger. Allmenn styrking av elevers påvirkningsmuligheter og trivsel er mer løfterike. Et program med klart kjønnsperspektiv, rettet mot jenter og unge kvinner, og med hovedvekt på generell egenstyrking, bør utvikles. Programmet må ha som klart mål å balansere mellom å gi unge kvinner redskaper til å sette grenser mot krenkelser, og likevel ikke skape skyld dersom krenkelser likevel skjer.

*Utvalget anbefaler at Sosial- og helsedepartementet, i samarbeid med Barne- og familiedepartementet, tar initiativ til å utarbeide et slikt program for egenstyrking (empowerment) for jenter i skolealder.*

### **12.5.6.3 Holdningskampanjer og synliggjøring**

En bør søke å bryte ned tabuene omkring disse vanskelige temaer ved å starte offentlige kampanjer om vold og overgrep. Det bør gis informasjon om temaet til bestemte målgrupper. Synliggjøring er i seg selv et mål når temaet er så vidt tabubelagt. Helsedirektoratets arbeid med opplysningsarbeide om ungdom og seksualitet kan være et godt eksempel på hvordan et slikt arbeid kan legges opp.

Synliggjøring av vold mot kvinner er ikke bare viktig for de som rammes og for overgripere med et potensiale for endring. Synliggjøring er et poeng i seg selv, og vil kunne motivere flere til å bry seg og engasjere seg i arbeidet mot vold og overgrep i hjemmet. I dag har disse temaene for liten plass i mange folks bevissthet, utenom jevnliges sensasjonsoppslag i avisen som det er vanskelig å forholde seg til. Særlig ser utvalget det som viktig å få menn til

å engasjere seg i arbeidet fordi dette vil ha en sterk signaleffekt for de menn som begår overgrep og vold. De frivillige organisasjoner med sine nettverk på lokalplanet kan være et viktig instrument i en slik satsning.

*Kvinnevoldsutvalget bør ha som en av sine oppgaver å utrede hvordan en slik synliggjøring, i samarbeid med organisasjonene, best mulig kan ansvarsforankres og utarbeides.*

## **12.6 Velferdsordninger og arbeidsliv**

---

### **12.6.1 Ivaretagelse av kjønnsperspektiv i offentlige etater**

Trygde-etaten, arbeidsmarkeds-etaten og sosial-etaten forholder seg gjerne til et såkalt kjønnsnøytralt regelverk og en kjønnsnøytral «virkelighet». Vurderingene som legges til grunn enten det gjelder sosiale ytelser eller ytelser fra folketrygden er fortolkninger av regelverk i kombinasjon med utøvelse av kjønn. Beslutningstakere og saksbehandlere i etatene må få forståelse av hva kjønnsperspektiv innebærer og det må etableres rutiner som sikrer at dette perspektivet gjøres relevant i saksbehandlingsprosesser. I de enkelte etatene må det legges vekt på formidling av kunnskap som synliggjøre områder der kvinners og menns behov er forskjellige.

Utvalget foreslår at Rikstrygdeverket ansetter en rådgiver med kompetanse på trygdemedisin, kvinnehelse og kjønnsperspektiv. Rådgiveren bør være del av og samarbeide med trygdeetatens rådgivende leger og bidra til at kompetanse om kjønnsperspektiv integreres i trygdemedisinsk kompetanse. Rådgiveren skal sørge for opplæring og formidling av denne kompetansen i etaten.

Andre offentlige etater bør utvikle lignende modeller og ansette rådgivere som kan utvikle og formidle forståelsen av kjønnsperspektiv i etaten.

### **12.6.2 Behov for konsekvensutredninger**

Ved endringer av folketrygdloven eller tilsvarende lover eller ordninger som kan ha stor betydning for kjønnsroller, arbeidsliv, rettigheter eller økonomiske ytelser må konsekvensene av slike reformer vurderes særlig med tanke på hvordan de slår ut for kvinner og menn. Det finnes flere eksempler på at manglende konsekvensvurderinger har gitt ulike og ikke tilsktede effekter for kvinner og menn, blant annet gjelder det arbeidslinja og kontantstøtten.

*Utvalget vil foreslå at det ved reformer og endringsforslag alltid gjennomføres konsekvensutredninger hvor kjønnsperspektiv legges til grunn.*

### **12.6.3 Enhetsorganisering på brukerens premisser**

Ivaretagelse av brukerperspektiv har stor betydning i forhold til de tjenesteytende institusjonene i samfunnet. Forvaltere av tjenester eller økonomiske stønader må sette brukerens behov og situasjon i fokus. Brukerperspektivet er mer enn serviceerklæringer og brukerundersøkelser. Ikke alle offentlige etater yte behovstilpasset hjelp på en måte som ivaretar brukernes verdighet. Hvis arbeidslinja skal styrkes og videreføres, må det ikke oppstå «kasteballseffekter», situasjoner hvor det ikke er mulig å identifisere hvem som har ansvar, eller at noen ikke får den hjelpen de har bruk for.

Brukerperspektivet kan gi viktige premisser for å unngå slike effekter, og vil ha betydning for organiseringen av tjenestene, for måtene man arbeider på

og for hvordan den enkelte brukeren blir møtt. Samarbeid mellom arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten fungerer i noen grad på lokalt plan, men savner sentral forankring. En bruker bør kunne forholde seg til én etat, og til ett sett av tiltak og ordninger, og slippe å bli sendt fra en etat til en annen – eller å falle mellom ordningene fordi etatenes mål og prioriteringer ikke er samstemt. Det er tidligere gjennomført forsøk med enhetsetater og samordning av trygdeetat, arbeidsmarkedsetat og sosialkontor.

*Utvalget vil foreslå at det iverksettes flere forsøk med enhetsorganisering, der arbeidsmarkedsetaten, trygdeetaten og sosialkontoret prøver ut ulike løsninger for å kunne ivareta målsetningen om samarbeid og tilrettelegging utfra en helhetstenkning med utgangspunkt i brukerens behov. Samordningen bør først og fremst ha som målsetning å skape en basis for faglig forankret samarbeid. Forsøket bør gjennomføres i minst to kommuner.*

*Utvalget vil også understreke at plan- og budsjettarbeidet i trygde-, arbeidsmarkeds- og sosialetat bør samordnes for å kunne få til en effektiv samordning av tjenestene. Dette arbeidet bør forankres på departementsnivå.*

#### 12.6.4 Funksjonsvurdering

Legene er trygdens kanskje viktigste premissleverandør fordi det som regel er deres vurderinger som legges til grunn for behandling av trygdesaker. Utvalget stiller spørsmål ved hvor egnet sykdomsbegrepet er, og stiller seg kritiske til om innstramningene har hatt ønsket effekt. I stedet for å vektlegge hvor syk en person er, bør det legges sterkere vekt på hva en person kan gjøre på tross av sykdom. Funksjonsevne i forhold til arbeidsmarkedet bør sammenholdes med en medisinsk funksjonsevnevurdering. Dette vil danne et bedre grunnlag for tildeling av trygdeytelser.

I lekfolkskonferansen som utvalget arrangerte i september 1998, ble det reist et samstemt forslag om at også andre enn legene burde ha henvisningsrett, og at funksjonsevne må være vel så viktig som medisinsk diagnose.

Utvalget er imidlertid usikre på hvordan og i hvilke tilfeller en funksjonsvurdering skal erstatte sykdomsvilkåret, og foreslår derfor at dette spørsmålet utredes nærmere. En slik utredning bør også vurdere om andre enn legene skal gis henvisningsrett. Dette spørsmålet må også sees i sammenheng med ønsket om en mer enhetlig forvaltning. Selv om diagnoser bør tillegges mindre vekt, må trygdeetatens kunnskaper om kvinnehelse og kvinnekunnskaper økes. Legene har også en rolle som portvakt i forhold til trygdesystemet. Derfor er det viktig legene har tilstrekkelig kunnskap om trygdesystem og trygderettigheter.

*Utvalget mener at trygdeetaten har et ansvar for kunnskapsformidling overfor leger og personell som trygden skal samarbeide med.*

*Trygdeetaten må sikre at det også foretas en bredere vurdering av trygdesøkerens funksjon og situasjon. I en slik sammenheng må utprøving av eventuell restervervsevne alltid inngå. Hvilke kvalifikasjonskrav som skal stilles til dem som skal foreta slike vurderinger bør utredes nærmere.*

*Utvalget foreslår at spørsmålet om hvem som skal ha henvisningsrett utredes nærmere.*

#### 12.6.5 Konkrete forslag knyttet til folketrygden

I kapittel 11 argumenteres det for en rekke konkrete forslag knyttet til folketrygden. Her følger en kort oppsummering av forslagene



- *Utvalget vil foreslå at det innføres et mer generelt sykdomsvilkår som ikke diskriminerer belastningslidelser ved vurdering av rett til yrkesskadeerstatning (yrkesskadefordel). Forslaget må utredes nærmere. Utredningen skal omfatte en konsekvensvurdering, der forskjeller mellom menn og kvinners helse trekkes inn som sentrale variable.*
- *Menn må få selvstendig opptjeningsrett til Fødselspenger. Trygdeordningene må utformes slik at de innbyr menn til å delta på lik linje med kvinner i omsorgsarbeidet*
- *Ordninger med graderte sykepenger og svangerskapspenger bør i større grad brukes i stedet for sykepenger til gravide.*
- *Det bør utredes om det er hensiktsmessig at ytelser som i dag behovsprøves skal prøves i forhold til egen inntekt, og ikke bare familiens inntekt.*
- *Ved beregning av fremtidige pensjonspoeng må omsorgspoeng i forbindelse med at foreldre er hjemme med små barn, regnes som fullverdige poeng.*

### 12.6.6 Helse- miljø og sikkerhet i pleie- og omsorgsyrkene

Særlig i pleie- og omsorgssektoren stilles kvinner overfor en rekke arbeidsmiljøutfordringer som ikke fanges godt opp i kartleggingssystemer; det gjelder både ergonomiske, fysiske og psykososiale belastninger. Det formelle helsemiljø og sikkerhetsarbeidet synes å være mest relevant for teknisk sektor dernest for merkantil sektor og kontorarbeidsplasser. Det er mindre relevant for institusjonsbasert pleie og omsorg og minst relevant for hjemmebasert pleie og omsorg.

Kjennskap til helse miljø og sikkerhetsarbeid ser også ut til å være størst i teknisk sektor, og minsker jo mer arbeidet har med mellommenneskelige forhold å gjøre og jo mer dette foregår på brukernes premisser. Dette kan til dels skyldes trekk ved arbeidets organisering, men også at dagens helse- miljø og sikkerhets forskrifter i for stor grad har industriarbeidsplasser som modell.

*Utvalget vil understreke at det er særlig behov for å sette fokus på forholdene i pleie- og omsorgssektoren. Utvalget anmoder om at denne sektoren prioriteres, både i forhold til kunnskapsutvikling, konkrete tiltak og opplæring. Blant annet er det en utfordring å utvikle internkontrollsystemer som er tilpasset pleie- og omsorgsyrkene, når verktøyet (lover og forskrifter) opprinnelig er laget med sikte på helse miljø og sikkerhetsarbeid på industriarbeidsplasser og andre mer teknisk pregede arbeidsplasser .*

### 12.6.7 Bedriftshelsetjeneste i pleie- og omsorgsyrkene

Pleie- og omsorgssektor er ikke inkludert i bransjeforskriften som sier hvilke virksomheter som har plikt til å ha bedriftshelsetjeneste. Bedriftshelsetjenesten er under evaluering.

*Utvalget mener at det snarest bør vurderes å innføre krav om bedriftshelsetjeneste for pleie- og omsorgssektor. I så fall må tjenesten være tilpasset behovene i sektoren.*

### 12.6.8 Yrkesskade/yrkessykdommer og belastningslidelser

Offentlig statistikk om arbeidshelse bygger på legers meldinger om yrkessykdommer og på arbeidsgivers meldinger om yrkesskader. Bare en liten del av all arbeidsbetinget sykdom registreres. Dagens meldesystem fanger til en viss grad opp lidelser som kan utløse økonomisk kompensasjon, men i liten

grad lidelser som ikke gjør det. Liknende erfaringer har man i flere andre land. I Norge gir ikke belastningslidelser rett til yrkesskadeerstatning (yrkesskadefordel), og de blir derfor sjelden meldt til tross for at Arbeidstilsynet oppfordrer til det. Det er bare en liten del av dem som har krav på yrkesskadeerstatning som får det. Dette er en stor gruppe og det er gode grunner til å anta at arbeidslivet spiller en stor rolle for forekomst og forløp. Det også er holdpunkter at en stor andel av belastningslidelsene kunne vært forebygget gjennom tiltak i arbeidslivet.

Det er altså i særlig grad de sykdommene som ikke godkjennes gjennom lov og forskrifter – muskel- skjelettplager, stress, utbrenthetssyndromer osv – som blir underrapportert.

*Utvalget foreslår at det lages en mer generell regel for hva som skal godkjennes som yrkessykdommer, for eksempel etter svensk modell, hvor ingen sykdommer er utelatt per definisjon. Likevel må det stilles strenge krav i forhold til at årsaksfaktoren skal knyttes til en påviselig faktor i arbeidslivet/arbeidsmiljøet og det kreves utredning etter bestemte kriterier.*

*En slik endring vil kreve en lovendring. Det må også tas hensyn til om loven- dringen skal få tilbakevirkende kraft.*

*Stortinget har ønsket en utredning om arbeidsrelaterte belastningslidelser og yrkesskadeerstatning (yrkesskadefordel). Utvalget vil anmode om at man i en slik utredning ivaretar kjønnsperspektiv, og vurderer behovet utfra kvinnens og menns arbeidssituasjon og belastninger.*

## 12.7 Likestillingspolitikk som kvinnehelsetiltak

---

I flere av utredningens kapitler er det gjort rede for sammenhenger mellom kvinnens helse og samfunnsforhold som utfordres av likestillingspolitikk. Utvalget ser det som særdeles viktig å bedre kvinnens posisjon i samfunnet generelt, og mener at målsettingene under følgende tre punkter helt klart vil bedre kvinnens helse. Kvinnehelsevirkninger av hvert enkelt likestillingspolitiske tiltak er imidlertid vanskelig å ta stilling til. Dette skyldes dels at det er snakk om svært kompliserte sammenhenger, dels at likestillingstiltak kan være utformet med tanke på andre mål enn kvinnens helse. Dels at sammenhengene mellom levekår og helse i liten grad er utforsket i et kjønnsperspektiv. Utvalget vil derfor også etterlyse slik kunnskapsutvikling.

1. *Å bedre kvinnens stilling med hensyn til arbeidsliv og økonomi. Det er vist klare sammenhenger mellom utdanning, økonomi og påvirkningsmuligheter i arbeidssituasjonen på den ene siden, og helse på den andre. Aktuelle tiltak:*
  - *Lik lønn for likt arbeid og bedre lønn i typiske kvinneyrker.*
  - *Styrke arbeidet mot diskriminering av kvinner ved ansettelser, ved utestenging fra lederstillinger og trakassering på arbeidsplasser. Bedre underordnedes innflytelse på egen arbeidssituasjon.*
  - *Be regjeringer følge opp partene i arbeidslivet slik at det systematisk jobbes for bedre vilkår for kvinner i arbeidslivet, og utvikles ordninger som gjør det lettere å kombinere arbeid med familieforpliktelser. Kortere og/eller mer fleksible arbeidstidsordninger for småbarnsforeldre må videreutvikles. Det siste vil også komme menn til gode og avlaste kvinner indirekte.*
2. *Å avlaste kvinnens dobbeltarbeid og ta i bruk menns uutnyttede omsorgspotensiale. Utdanning, arbeid og selvstendig økonomi er rettigheter mange kvinner ønsker og tar i bruk. Samtidig ønsker mange å ha barn, og at både barnas og*

*andre næres omsorgsbehov ivaretas på skikkelig vis. Å delta på mange områder uten at belastningene blir for store, forutsetter gode velferdsordninger. Aktuelle tiltak:*

- *Sikkert tilbud om trygt og godt barnetilsyn for alle som ønsker det.*
- *Fedre må få selvstendig opptjeningsrett til fødselspenger og fedres rettigheter til omsorgspermisjon må utvides.*
- *Velferdsstaten må sikre eldre og andre hjelpetrengende gode omsorgs- og pleietilbud. I denne sammenhengen trekkes slike tiltak fram ikke fordi flertallet av samfunnets eldste er kvinner, men fordi flertallet av de pårørende som tar omsorgsansvar er det.*
- *Kontantstøtteordningen må evalueres grundig med hensyn til kvinners arbeidstilknytning og omsorgsarbeid, og med hensyn til menns omsorgsmuligheter. Utvalget ser en fare for at kontantstøtten både ut fra økonomiske og identitetsmessige grunner kan sementere ulikheter mellom kjønnene. I så fall bryter ordningen med de likestillingsmål utvalget mener det er avgjørende å bygge på. Utvalget ser reformen som et godt eksempel på hvordan omfattende politiske beslutninger gjennomføres uten at de er konsekvensutredet i et kjønnsperspektiv.*

3. *Å motvirke menns vold mot kvinner.* En utsatt stilling i arbeidslivet og store omsorgsforpliktelser representerer belastninger som *kan* forårsake eller forsterke helseplager. Vold står i en særstilling, fordi vold er en helt direkte og tydelig trussel mot liv og helse. Utvalget har derfor valgt å fokusere dette spesielt (se 6.5 og 10.5). Her skal bare trekkes fram at eksperter på feltet ser det som viktig voldsforebyggende arbeid å styrke kvinners posisjon og selvstendighet – og slik leverer ytterligere argumentasjon for det generelle likestillingsarbeidet.

## Kapittel 13

**Økonomiske og administrative konsekvenser****13.1 Innledning**

---

Utvalget er bedt om å foreslå tiltak og komme med anbefalinger for hvordan innsats og virksomhet bør prioriteres og koordineres i tjenester, helse-, miljø- og sikkerhetstiltak og forskning for å bedre kvinnens helse og sikre kvaliteten i forebygging, behandling og rehabilitering.

Utvalget har anbefalt flere tiltak som skal sikre at kjønnsperspektiv ivaretas i kunnskapsproduksjon, beslutningsprosesser og praksis. Det er tiltak som skal gjøre kjønnsperspektivet relevant som tilnærming og sikre at det anvendes i praktisk arbeid på alle nivå og på relevante områder. Flere av tiltakene vil kunne innebære endring av rutiner og prioriteringer. Ansvar for å sette i gang prosesser som skal integrere kjønnsperspektiv og ansvarliggjøre dem som skal administrere dette på lokalt nivå må legges sentralt i helse- og velferdsforvaltningen og i forsknings- og utdanningsfeltet. Her må også ansvar for å følge prosessen plasseres og ressurser avsettes til dette formålet.

De administrative og økonomiske konsekvensene ved integrering av kjønnsperspektiv vil variere.

En innfallsvinkel som vektlegger administrative konsekvenser vil for noen av forslagene del innebære vurdering av hvordan det skal utredes eller arbeides på en annen måte. Det vil være lokale rammer og forutsetninger som bestemmer i hvilken grad dette medfører administrative konsekvenser. Slike konsekvenser må derfor vurderes lokalt.

Dersom innfallsvinkelen er vektlegging av økonomiske konsekvenser vil flere av forslagene bety iverksetting av lokalt tilpassede tiltak. De kan integreres i pågående prosesser eller handlingsplaner uten at det vil kreve store kostnadsøkninger, det kan for eksempel foretas omprioriteringer innenfor de eksisterende ressursrammene. I andre sammenhenger vil det være mest hensiktsmessig å gjennomføre tiltak som ikke legges inn i pågående planer og prosesser. Her vil de kostnadmessige konsekvensene kunne få et annet omfang. De må vurderes for hvert enkelt tiltak.

Flere av tiltakene som foreslås bør integreres i statlig initierte og finansierte handlingsplaner, programmer og reformprosesser som allerede pågår eller er under planlegging og som må vurderes med tanke på ivaretagelse av kjønnsperspektiv. Kostnads- og ressursbehov må vurderes i forhold til planenes, programmenes og prosessenes innhold.

Flere av tiltakene indikerer at administrativt ansvar for iverksetting og oppfølging legges til underliggende etater og institusjoner, særlig under Sosial- og helsedepartementet, men også under Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet, Kommunal og regionaldepartementet, Justisdepartementet og Barne- og familiedepartementet. Det vil være påkrevet med samarbeid mellom etater.

Utvalget har prioritert tiltak innenfor seks «hovedområder», hvor det synes å være størst behov for innsats. De er beskrevet som henholdsvis beslutningsprosesser, kunnskapsutvikling og formidling, helsepraksis, vold og seksuelle overgrep, velferdsordninger og arbeidsliv og likestillingspolitikk.

Nedenfor følger en redegjørelse for tiltak som vil kreve ressurser og/eller administrative endringer.

### 13.2 Beslutningsprosesser

---

Utvalget foreslår at det etableres et prosjektsamarbeid som skal utvikle kriterier og verktøy som kan anvendes for å ivareta kjønnsperspektiv i beslutningsprosesser. Et slikt samarbeid bør involvere Norges forskningsråd, forskningsmiljøer og instanser som skal anvende verktøyet. Kostnadsrammen for et slikt prosjekt avhenger av omfang og tid og må utredes i et forprosjekt. Prosjektet bør forankres på høyt nivå. Ved at kravet til konsekvensvurderinger styrkes følger at rutiner vil måtte endres i overordnede beslutningsprosesser og plan og budsjettarbeid på etats- og institusjonsnivå. Det bør settes av ressurser til implementering og opplæring. Bortsett fra kostnader til å etablere og drive et slikt prosjekt og til å formidle og implementere kunnskapen i beslutningsrutiner vil omkostningene variere. Utvalget anbefaler også at lekfolk-skonferanser og åpne høringer i større grad tas i bruk i beslutningsprosesser. Tid, rom og ressurser til å arrangere slike må legges inn i rammene for større utredningsarbeid som berører befolkningens levekår og helse. Ansvar for å sikre dette legges til oppdragsgiver.

### 13.3 Kunnskapsutvikling og formidling

---

En del av tiltakene som er foreslått vil kunne ivaretas innenfor eksisterende strukturer og ressursrammer – for eksempel gjelder det slike tiltak som det foreslåtte faglige debattforumet som bør forankres administrativt i Helsetilsynet.

Utvalget har anbefalt at det etableres egne fagområder for kvinners helse og sykdommer ved universitetene. Det innebærer etablering av tre professorater ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø. Videre har foreslått utvalget at det opprettes et nasjonalt nettverkssekretariat knyttet til et av miljøene hvor det allerede er lagt et grunnlag for å implementere kjønnsperspektiv og kunnskap om kvinners helse og sykdommer. Utvalget har antydnet at en mulig plassering vil være Universitetet i Trondheim. I tillegg til at det må avsettes ressurser til å etablere sekretariatsfunksjonen synes det rimelig å avsette to stillinger til oppbygning og drift av sekretariatet. Administrative og økonomiske konsekvenser må utredes nærmere i et forprosjekt.

Utvalget foreslår også at det over en periode på fem år bevilges 10 millioner årlig til Norges forskningsråd for å styrke grunnleggende forskning om kjønnsforskjeller i forekomst, risiko og utvikling av sykdom.

På flere områder innebærer utvalgets forslag at det gjøres prioriteringer ved tildeling av forsknings- og utredningsmidler. Blant annet at det gjennomføres studier av behandlingsforløp, omfattende evalueringer – for eksempel av erfaringene med masseundersøkelser, og gjennomgang av bestemte områder med tanke på å avdekke systematiske kunnskapsmangler om kvinner og menn. Det gjelder særlig enkelte trygd og velferdsordninger. Det er vanskelig å anslå eksakte kostnadsbehov. Sannsynligvis kan en del slike prosjekter finansieres innenfor eksisterende bevilgninger. Muligheter og rammer for gjennomføring vil bestemmes av prioriteringer.

Utvalget anbefaling om et treårig forsknings- og utredningsprogram for kvinner med funksjonshemming innebærer at det forankres i en forskningsinstitusjon og at det avsettes ressurser til gjennomføring over tid.

### **13.4 Helsepraksis**

---

Statens helsetilsyn må gis ansvar for veiledning og tiltak som kan gjøre kommunene i stand til å skaffe oversikt over innbyggere med kroniske sykdommer

Utvalget har foreslått en Nasjonal handlingsplan mot osteoporose, og viser til St.prop. nr.1 (1998 –99) hvor regjeringen har osteoporose som et satsningsområde. Her er det reservert 2 mill til et slikt formål. Det er behov for ytterligere midler dersom dette skal gjøres til en nasjonal strategi. Ansvar for iverksetting av handlingsplanen må vurderes nærmere utfra hensiktsmessighet og hvilke deler av strategien som skal prioriteres.

Fylkeskommunene og kommuner bør ansvarliggjøres i forhold til å legge til rette for oppbygning strukturer som kan sikre kompetansedeling og bedre samarbeidsformer blant annet innen geriatri og psykiatri og sikre muligheter for veiledning og rådgivning for personell på alle nivå. Dette vil kunne innebære endrede arbeidsformer, blant annet når det gjelder tidsbruk og formell organisering. Slike tiltak vil måtte være lokalt tilpassede og vil kreve vurdering av finansiering basert på utredninger og beslutninger på ulike administrative nivå.

### **13.5 Vold og seksuelle overgrep**

---

Utvalget har anbefalt at det opprettes et kvinnevoldsutvalg. Mandat og arbeidsform for et slikt utvalg er ikke grundig presisert og det er derfor ikke tatt stilling til de administrative og ressursmessige behovene i forhold til dette.

Mottaksapparatet for voldtatte kvinner må bygges ut til å dekke hele landet og kvalitetssikres både som akutt beredskap og med ansvar for å forebygge senvirkninger.

Utvalget har foreslått flere tiltak knyttet til utredning, kompetanseheving og etablering av bedre samarbeidsstrukturer på flere nivå. Likeledes er flere tiltak knyttet til holdningskampanjer, informasjon synliggjøring og egenstyrking. Utvalget foreslår at tiltakene vurderes med tanke på forankring, kostnader og finansiering innenfor rammen av handlingsplanen mot vold og overgrep mot kvinner som skal legges frem medio 1999.

Utvalget har vektlagt det statlige ansvaret for å sikre et økonomiske grunnlaget for drift av krisesentrene. Hvordan dette skal ivaretas administrativt og økonomisk må utredes nærmere.

### **13.6 Velferdsordninger og arbeidsliv**

---

Utvalget har foreslått at Rikstrygdeverket tilføres kompetanse på kvinnehelse og trygdemedisin. Det kan innebære opprettelse av en ny stilling.

Utvalget har foreslått forsøk for enhetsorganisering av trygdeetat, arbeidsmarkedetat og sosialetat. Det forutsetter at budsjett og planarbeid samordnes og at prosjektet forankres på sentralt nivå.

Utvalget har foreslått at funksjonsvurderinger må tillegges større vekt i behandling av søknader om trygd. Det forutsetter at annen kompetanse enn den medisinske anvendes i vurderingsprosessen. Hvordan dette skal organiseres har ikke utvalget tatt stilling til utover å foreslå at spørsmålet om hvem som skal ha henvisningsrett utredes nærmere.

Utvalget har foreslått flere tiltak som vil kreve egne utredninger av økonomiske og administrative konsekvenser:

- - innføring av et mer generelt sykdomsvilkår som ikke diskriminerer beslutningslidelser ved vurdering av rett til yrkesskedefordel
- -at menn får selvstendig rett til opptjening av fødselspenger.
- at kvinner som opptjener omsorgspoeng i forbindelse med omsorg for småbarn, må få godkjent disse som fullverdige ved beregning av fremtidige pensjonspoeng

Utvalgets forslag om at graderte sykepenger og svangerskapspenger i større grad brukes i stedet for sykepenger til gravide medfører en endring av praksis som også vil kreve veiledning. Økonomiske konsekvenser må utredes.

Utvalget har anbefalt at pleie- og omsorgssektor prioriteres i forhold til kunnskapsutvikling, konkrete tiltak og opplæring og at det utvikles internkontrollsystemer som er tilpasset sektoren. En samlet strategi for en innsats her må forankres på høyt nivå og involvere etater, forskningsmiljøer, arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner. Innføring av tilpasset bedriftshelsetjeneste til denne sektoren må også vurderes.

Utvalget vil foreslå at dette gjøres til et satsningsområde og at det sikres en økonomisk ramme for å utvikle en slik samlet strategi i og iverksette den.

### **13.7 Likestillingspolitikk som kvinnehelsetiltak**

---

Ingen tiltak hvor administrative og økonomiske konsekvenser kan presiseres.





**Forfatterliste delutredninger (1998)**

- Augestad, Liv Berit, NTNU Trondheim: «Om idrett om fysisk aktivitet».
- Austveg, Berit, Statens helsetilsyn: «Kvinnehelse i et globalt perspektiv».
- Backe, Bjørn, Regionsykehuset i Trondheim: «Svangerskapsomsorg og fødselshjelp».
- Berntsen, Gro K. Rosvold, Universitetet i Tromsø, «Østrogenbruk».
- Biørnstad, Nanna, Høyskolen i Oslo: «Bekkenløsning».
- Bjoro, Trine, Aker sykehus: «For høyt/ for lavt stoffskifte».
- Brækhus, Anne: Conrad Svendsens senter: «Demens»
- Bærheim, Anders, Universitetet i Bergen: «Akutt ukomplisert blærekatarr hos ellers friske kvinner».
- Bø, Kari, Norges Idrettshøyskole: «Urininkontinens»
- Dørum, Anne, Det Norske Radiumhospital: «Eggstokkrekft», «Endometriekrekft».
- Ellertsen, Bjørn, Universitetet i Bergen: «Kroniske smerter».
- Engeland, Anders, Statens institutt for folkehelse: «Lungekrekft».
- Forsmo, Siri, NTNU Trondheim: «Livmorhals krekft».
- Furu, Kari, Universitetet i Oslo: «Forskjeller i effekt av psykofarmaka hos menn og kvinner», «Hva er psykofarmaka og hva brukes de til?», «Bruk av smertestillende medikamenter».
- Gran, Malin Eberhardt, Statens institutt for folkehelse: «Postpartum depresjon».
- Hafstad, Anne, Aftenposten: «Røyking».
- Heiberg, Eli, Høyskolen i Oslo: «Bekkenløsning».
- Iversen, Sidsel Graff, Statens helseundersøkelser: «Fedme og overvekt».
- Joner, Geir, Aker sykehus: «Type 1 diabetes».
- Kjærheim, Kristina, Kreftregisteret: «Fysiske konsekvenser av alkoholbruk hos kvinner».
- Kvien, Tore Kristian, Diakonhjemmets sykehus: «Kronisk leddgikt (Rheumatoid artritt)».
- Lilleaas, Ulla Britt, Universitetet i Oslo: «Kroppslig beredskap og kvinners helse».
- Lund-Larsen, Per G., Statens helseundersøkelse: «Forhøyet blodtrykk».
- Løchen, Maja Lisa, Universitetet i Tromsø: «Hjerteinfarkt».
- Magnus, Per. Statens institutt for folkehelse, «Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)».
- Malterud, Kirsti, Universitetet i Bergen: «Ubestemte plager».
- Matheson, Ingrid, Universitetet i Oslo: «Kvinner og legemiddelbruk». «Hva betyr psykososial støtte for brystkrekft kvinner»
- Meyer, Håkon, Statens helseundersøkelser: «Beinskjørhet og brudd».
- Midthjell, Kristian, Folkehelsa Verdal: «Type 2 diabetes».
- Njølstad, Inger, Universitetet i Tromsø: «Hjerteinfarkt».
- Nordeng, Hedvig, Universitetet i Oslo: «Effekt av legemidler – Er det forskjell på kvinner og menn?».
- Nordhagen, Rannveig, Statens institutt for folkehelse: «Endringer i norske kvinners helse de siste 100 år».
- Normann, Erik K., Oslo kommune, Barne- og familieetaten: «Seksuelle overgrep mot barn».
- Nystad, Wenche, Statens institutt for folkehelse: «Astma».
- Nærde, Ane, Statens institutt for folkehelse: «Småbarnsmødres psykiske

- helse».
- Olsen, Anne, Ullevål sykehus: «Hudsykdommer»  
«Livmorhalskreft».
- Ravndal, Edle, Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning: «Alkohol og rusavhengighet», «Narkotika».
- Rossow, Ingeborg, Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning: «Selvmord og selvpåførte skader».
- Sandanger, Inger, Universitetet i Oslo: «Psykiske lidelser».
- Schei, Berit, Universitetet i Trondheim: «Vold i samliv», «Voldtekt av kvinner».
- Selmer, Randi, Statens helseundersøkelser: «Hjerneslag – forekomst og mulighet for å forebygge».
- Skjeldestad, Finn Egil, UNIMED, SINTEF Trondheim: «Prevensjon», «Abort i et kvinnehelseperspektiv», «Seksuelt overførte sykdommer».
- Skjørten, Kristin, Universitetet i Oslo: «Kunnskap om voldens omfang i Norge og Norden».
- Skrede, Kari, Statistisk sentralbyrå: «Endringer i levekår», «Levekår og helse».
- Skårderud, Finn, Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri: «Spiseforstyrrelser».
- Sundby, Johanne, Universitetet i Oslo: «Menstruasjonsplager», «Ufrivillig barnløshet», «Sykelighet i svangerskap og etter fødsel», «Overgangsalderen».
- Søgaard, Anne Johanne, Statens institutt for folkehelse: «Østrogenbruk».
- Trettli, Steinar, Kreftregisteret: «Brystkreft – forekomst og leveutsikter».
- Træen, Bente, Statens institutt for folkehelse: «Seksuell atferd».
- Vatten, Lars, NTNU Trondheim: «Brystkreft – risikofaktorer og mulighet for å forebygge».
- Vatten, Morten, Rikshospitalet: «Ulcerøs colitt og Crohn's sykdom», «Funksjonelle tarmsplager», «Magesår».
- Wigers, Sigrid Hørven, Helse- og rehabiliteringssenter, Lillehammer: «Fibromyalgi».
- Wolland, Anne, Ullevål sykehus: «Hodepine», «Nakkesleng», «Multippel sklerose».
- Wyller, Torgeir Bruun, Conrad Svendsens senter: «Hjerneslag – forløp og behandling», «Eldre kvinners helse», «Demens».
- Ytrehus, Kirsti, Universitetet i Tromsø: «Kjønnforskjeller i sykdomsforekomst – kan forskjellen forklares biologisk?»
- Ørstavik, Kristin, Ullevål sykehus: «Seksuelle problemer hos kvinner som følge av sykdom eller skade».
- Aavitsland, Preben, Statens institutt for folkehelse: «Pneumokokksykdom».

### *Litteraturliste*

- Arbeidsdirektoratet (1998): Kvartalsrapport om arbeidsmarkedet 1998:1.
- Aambø, Arild (1995): Helseopplysning til innvandrerkvinner: når rollene byttes om. Ernæringsfysiologen 3/1995.
- Album, Dag (1991): Sykdommer og medisinske spesialiteters prestisje, Tidsskrift for Den norske Lægeforening.
- Album, Dag (1993): Sykdommers prestisje. I «Dei vil alltid klaga og syta.» Fagkritisk blick på kunnskapsproduksjon om kvinneliv og sykdom. Konferanserapport. Arbeidsnotat 1/93. Norges forskningsråd.

- Andenæs, Agnes (1986): Ser dere ingen ting? Kvinneperspektiv på systemorientert familieterapi. Fokus på familien.
- Andenæs A, Folgerø Johannessen B, Ødegård T. (1992): Kjønn som forsvant? Om betydningen av kjønn i psykologien. Forståelser av kjønn. Ad Notam Gyldendal.
- Antonovsky, Aaron (1991): Hålsans mysterium. Oversatt av Magnus Elfstadius. Stockholm: Natur og kultur.
- Anstorp, Trine (1984): Mot sykeliggjøring av kvinner og rett til behandling og faglig hjelp - paradoks eller utfordring i psykologisk arbeid? Kvinne(p)syke, kvinners psykiske problemer - forandring og utvikling gjennom terapi. Oslo, Universitetsforlaget.
- Arntzen, Anett (1996): The Association between Maternal Education and Postneonatal Mortality. Trends in Norway, 1968–1991. *International Journal of Epidemiology*, 25,3.
- Askheim, Ole Petter (1997): Brukerstyrt personlig assistanse som omsorgspolitisk tiltak. I: Embla nr 3.
- Austveg, Berit (1994): Helsearbeid og innvandrere: mangfold, sunnhet og sykdom. 2. utgave Tano.
- Barne- og familiedepartementet (1996): Rapport fra FNs 4. Verdenskonferanse om kvinner (FWCW), Beijing 1995 – del II Platform for action.
- Berg, Ole og Hjortdal, Per (1994): Medisinen som pedagogikk. En studie av pasienters erfaringer med leger.
- Bergsgard Nils Arne (1998): Brukere med psykiske lidelser under yrkesrettet attføring: Mye kan forbedres, Rehabiliteringsmagasinet Bris 2/98
- Bhadoria S, Moser DK, Clements PH, Singh RR, Lachenbruch PA, Pitkin RM, Weiner SR. (1995): Genital tract abnormalities and female sexual function impairment in systemic sclerosis. *Am J Obstet Gynecol* nr. 172/1995.
- Bjerkedal, Tor og Wergeland, Ebba (1995): Uførepensjonering av kvinner i ulike yrker på grunn av muskel og skjelettsykdommer. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1995:11.
- Bjerkedal Tor (1996): Uførepensjonering blant 40–66 åringer i Norge i 1970- og 80 årene etter yrke og primærdiagnose, RTV-rapport 1996:7.
- Bjørnson, Ove (1997): Norsk attføringsforskning – oppsummering og kritisk gjennomgang, FAFO-notat 1997:13
- Blom, Svein (1998): Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge. Rapport Statistisk sentralbyrå nr. 16/98.
- Blom, Svein og Ramm, Jorunn (1998): Ikke flere blir syke, men når de først blir syke...., *Samfunnsspeilet* nr. 3/98.
- Botten, G.: Kjønnulikheter i sykdom og dødelighet. I: Schei B. Botten, G. Sundby, J. (red.) *Kvinnemedisin*. Oslo, ad Notam Gyldendal, 1993.
- Brage, Søren, 1998: Musculoskeletal Health Problems and Sick Leave Absence – an epidemiological study of concepts, determinants and consequences, Institutt for allmenn medisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.
- Brage, Søren og Tellnes, Gunnar (1992): ICPC i allmennpraksis. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 1992:20.
- Brant, Berit og Kvande, Elin (1992): Fedres arbeidsvilkår og omsorgspermisjoner: Søkelys på arbeidsmarkedet 1992, årgang 9
- Brandt, Berit og Jensberg Heidi (1998): Suksess for fedrekvoten. *Velferd* 4:98
- Bratberg Espen, Dahl Svenn Åge og Risa, Alf Erling, (1998): Kvinners sykefravær. SNF-rapport 11/98.
- Bretteville-Jensen, Anne Line (1994): Narkotikadødsfall i Norge : en analyse

- av utviklingen fra 1976–1993. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, SIFA rapport; nr 4/9.
- Brevik, Ivar. 1996: Tungt funksjonshemmedes omsorgssituasjon i Norge. En undersøkelse av mottakere av hjelpestønad til tilsyn og pleie. Prosjektrapport, NIBR.
- Bruusgaard, Dag, Hatland, Aksel og Syse, Aslak (red) (1994): Et nødvendig gode. Folketrygdens plass i velferdsnorge, Ad Notam.
- Bruusgaard, Dag, Heiberg, Astrid Nøklebye, Lie Reidar, Malterud, Kirsti, Nordeik Kjell og Westin, Steinar (1994): Sykdomsbegrepet i folketrygdloven § 8–3. Konsensusrapport til Trygderetten, Oslo, Bergen, Trondheim.
- Bruusgaard, Dag og Eriksen, Willy (1997): Plagsomt for pasienten, vanskelig for hjelpeapparatet og dyrt for samfunnet. Evaluering av Sosial- og helsedepartementets program Trygd og rehabilitering. Rapport 1997:5, Universitetet i Oslo.
- Bruusgaard, Dag (1998): Skyldes sykefravær sykdom? Tidsskrift for den norske Lægeforening 1998:16
- Brækhus, Hege (1996): «Mor kan ikke bli syk.» Om uførepensjon til husmødre etter folketrygdloven – i et kvinnerettslig perspektiv. Universitetsforlaget.
- Bäck-Wiklund, Margareta (1996): Det moderna familjeprosjektet som køns-spesifik arena. Uppsats til nordisk konferanse om kvinno- och kønsforskning.
- Case, Mary Anne (1995): Disaggregating Gender from Sex and Sexual Orientation: The Effeminate Man in the Law and Feminist Jurisprudence. - I: The Yale Law Journal (1995).
- Chesler, Phyllis (1972): Women and madness. New York: Avon.
- Christoffersen, Lise (1995) : Uførepensjonen på 80-tallet. Nasjonal vekst med lokale varianter. INAS-rapport 1995:2
- Clarke, John, 1998: «Reproductive and Sexual Rights: Policy Options for Follow-up on the Health Chapter of the Platform for Action of the 1995 Beijing Fourth World Conference on Women, DiS/Centre.
- Curry SL, Levine SB, Corty E, Jones PK, Kurit DM (1994): The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. The Journal of Rheumatology nr. 21/1994.
- Dahl, Espen: Helse og sosial ulikhet. I Hurlen, P, Nordhagen R. (red.). Folkehelse i forandring. Oslo, Universitetsforlaget, 1996, 199-211.
- Dahl, Sol (1989): Acute response to rape. A PTSD-variant. Traumatic stress. Empirical studies from Norway. Acta Psychiatrica Scandinavia.
- Dahl-Jørgensen, Carla, Skogstad, Anders og Sørensen, Bjørg Aase (1998): Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren. AFI-rapport nr. 6/98.
- Dahl-Jørgensen, Carla, Damman, Sigrid, Mauseth, Kristin (1998): «Towards an anthropological perspective on the work environment? Reflections after a study on occupational health»
- Dalen, E., (1997): Undersøkelse om nordmenns seksualvaner, mai 1997. Rapport utarbeidet for Norsk forening for Klinisk Sexologi, Oslo: Markeds- og mediainstituttet..
- Darwin, Charles (1871): The Descent of man, and the selection in relation to sex.
- Den norske Lægeforening (1998): Legestatistikkpr. 15.05.98.
- Drake, Irmelin og Sohlberg, Anne Grethe (1995): Kvinner og ledelse – gjennom glasstaket?, Tano.
- Duesund, Liv (1995): Kropp, kunnskap og selvoppfatning. Universitetsfor-

- laget.
- Dunning P. (1993): Sexuality and women with diabetes. Patient Education and Counseling nr. 21/1993.
- Dyegrov, Kari (1997): Interkulturell kommunikasjon i allmennpraksis. Tidsskrift for Den norske Lægeforening.
- Ellingsæter, Anne Lise, Noack, Turid og Rønsen, Marit (1997): Sosial ulikhet blant kvinner: polarisering, utjevning eller status quo? Tidsskrift for samfunnsforskning 1997:1.
- Ellingsæter, Anne Lise (1998): Dual breadwinner societies: Provider Models in the Scandinavian Welfare States. Acta Sociologica 1998 Vol 41.
- Elstad, Jon Ivar (1996): Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status: a comparison between the early 70s and the late 80s' Norway. Social Science & Medicine.
- Elstad, Jon Ivar (1995): Employment status and women's health: exploring the dynamics. Acta Sociologica.
- Elstad, Jon Ivar (1994): Women's Priorities Regarding Physician Behavior and Their Preference for a Female Physician. Woman and Health, Vol 21(4).
- Elstad, Jon Ivar (1993): Konfliktfylte møter. Om uoverensstemmelser i konsultasjoner mellom kvinnelige pasienter og leger. Paper, den 17. Nordiske sosiologkongressen Gävle 1993.
- Elstad, Jon Ivar (1992): Om «doktor-shopping» blant kvinner. Paper, Forum for helsetjenesteforskning i Bergen.
- Elstad, Jon Ivar (1987): Diagnose av allmennlegetjenesten. INAS-rapport 87:5. Oslo, Institutt for sosialforskning.
- Emblem, Ragnhild og Stray-Pedersen, Sverre: (1998) Kvinnens problemer etter protektori. Tidsskr. for Den no. lægefor. årg. 108, nr. 6 (1998) s. 466-467
- Esping-Andersen, Gösta (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism, Princeton, NJ 1990, Princeton University Press.
- EU-kommisjonen (1997): On the state of women's health in the European community.
- Eurostat (1998): Social Portrait of Europe.
- Falch, J.A. og Meyer H.E.: Osteoporose og brudd i Norge. Forekomst og risikofaktorer. Tidsskr Nor Lægeforening 1998; 118: 568-72
- Feedback Research og Consulting AS (1997): Møte med trygdekontoret. En undersøkelse blant trygdemottakere. Utført for RTV.
- FFO Oppland (1993): «Likestilling - også for kvinner med funksjonshemming». Brosjyre, Gjøvik.
- Finnvold, Jon Erik (1997): Fastlegetilknytning blant kronisk syke: Legene flytter fra pasientene. Samfunnspeilet nr. 2/1997.
- Foley FW, Sanders A. (1997): Sexuality, multiple sclerosis and women. MS management. 1997; 4: 2-9.
- Ford Margareth (1993): Attføring til arbeid? En oppfølgingsundersøkelse av forsøk på attføring. INAS-rapport 1993:7
- Forsberg, Eva Marie, m.fl. (1995): Spegling av kvinnors arbeidsliv. Statliga sektorens arbeidsmiljonämnd.
- Forseth, Ulla (1994): Hva koster smilene? Kvinneforskning nr. 4/1994.
- Forseth, Ulla (1995): Arbeidsmiljø som konkurransfaktor i tjenesteyting? Nord-rapport nr. 6/1995, København: Nordisk Ministerråd.
- Forskning om seksualisert vold: prosjektsammendrag/redaktør: Kristin Skjørten. - Oslo: Norges forskningsråd, Området for kultur og samfunn,

- 1997.
- Fossestøl Knut (1998): Attføring – mellom offentlige utgiftsbegrensning og markedets krav. Rehabiliteringsmagasinet Bris 98:2
- Frankenhaeuser, Marianne (1993): Kvinnligt, mannligt, mänskligt, Bra Bøcker 1993.
- Førde, Reidun, (1998): Den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen – bør den styrkes?, delutredning/vedlegg til NOU 1998:18.
- Friestad, Christine (1994): Dimensjoner i og prediktorer for helserelatert atferd blant ungdom. Statens institutt for folkehelsenr. 2/1994.
- Getz, Linn og Westin, Steinar (1995): Rådgivende legers og primærlegers vurdering av komplekse uførepensjonssaker. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1995:14
- Gjerberg, Elisabeth og Hofoss, Dag (1998): «Dette er ikke noe for småjenter.» Tidsskriftet for samfunnsforskning.
- Goldstein I, Berman JR. (1998): Vasculogenic female sexual dysfunction: Vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes. International Journal of Impotence Research 1998; 10: S84-S90.
- Grimsmo, Anders (1998): Patients, diagnoses and activities in general practice in the Nordic countries. Utkast. NOMESCO, København: Nordisk Medicinalstatistiske Komite.
- Grue, Lars (1995): Funksjonshemmet: Klassifisering og definisjoner. INAS-notat nr.1/95.
- Grünfeld, Berthold og Noreik, Kjell (1998): Straffedømte sedelighetsovergripere: hvor stor er tilbakefallsrisikoen?. Tidsskrift for Den norske Lægeforening.
- Guldbrandsen, Pål og Brage, Sören (1998): Livssituasjon som grunn for sykemelding. Tidsskrift for den norske Lægeforening 1998:16.
- Guldvik, Ingrid (1997): Brukerstyrt personlig assistanse – brukernes erfaringer med ordningen. Østlandsforskning Lillehammer, ØF-notat nr. 6/1997.
- Gulløy, Elisabeth, Blom, Svein og Ritland, Agnes A. (1997): Levekår blant innvandrere 1996. Rapport fra SSB.
- Hagen, Helge (1997): Pasienter i psykiatriske institusjoner 1. november 1994, SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning, NIS-rapport 5/97.
- Halsteinli (1997): Samdata psykiatri. Sammenlikningsdata for psykiatrisk fylkeshelsetjeneste. Rapport 8/1997. SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning.
- Hansen, Hans Tore (1998): Trygd – en midlertidig bro, eller en vei ut av arbeidsmarkedet. SNF-rapport 1998:16
- Hanssen, Ingrid (1996): Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Universitetsforlaget.
- Hatland, Aksel, Kuhlne, Stein og Romøren, Tor Inge (1994): Den norske velferdsstaten, ad Notam.
- Hensing, Gunnel, Brage Sören, Nygård Jan F, Sandanger Inger og Tellnes Gunnar (1997): Kjønnforskjeller i sykefravær for psykiske lidelser i Norge, Rapport 1997:9
- Haavind, Hanne (1987): Liten og stor: mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter. Universitetsforlaget.
- Hardey, Michael (1998): The social context of health. Buckingham: Open University Press.
- Hauff, Edvard og Sveaass, Nora (1997): Flukt og fremtid: psykososialt arbeid og terapi med flyktninger. Ad Notam Gyldendal.

- Havnør, Anne Ingeborg Muur (1987): Samlivskrise mellom to kulturer : muslimske innvandrerkvinner på Kriesesenteret i Oslo; muligheter og begrensninger for problemløsning. Universitetet i Oslo.
- Heiman JR, Meston CM (1997): Evaluating sexual dysfunction in women. *Clinical obstetrics and gynecology* 1997; 40: 616–629.
- Helmius, Gisela (1993): Kvinnor och handikapp – jungfrulig forskningsmark. En kommenterad bibliografi. Centrum for handikappforskning ved Uppsalauniversitetet, Uppsala, Sverige.
- Hem, Karl-Gerhard, Natvig Aas, Henrik og Hroar Piene (1997): Utviklingen av funksjonshemmedes levekår fra 1987 til 1995. Rapport SINTEF Unimed.
- Härenstam, Annika (1989): Prison Personnel, working conditions, stress and health. Avhandling. Karolinska Institutet, Stockholm 1989.
- Hochschild, Arlie R (1997): *The time bind : when work becomes home and home becomes work..* New York : Metropolitan Books.
- Hochschilds A. R. (1989): *The Second Shift.* London, Piatkus.
- Holter, Øystein Gullvåg og Arseth, Helene (1993): *Menns livssammenheng.* Ad Notam Gyldendal.
- Hulter B, Lundberg PO. (1994): Sexual function in women with hypothalamo-pituitary disorders. *Archives of Sexual Behavior.* 1994; 23: 171–183.
- International Journal of Epidemiology*, 24 (4), pp. 813–820.
- Innstilling S. 200 (1997–98): Innstilling fra familie-, kultur og administrasjonsskomiteen om innføringen av kontantstøtte til småbarnsforeldre.
- Jarvis, Tracey J. (1992): Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review, *British Journal of Addiction.*
- Johannison, Karin (1994): *Den mörka kontinenten: kvinnan, medicinen och fin-de-siècle.* - Stockholm: Norstedt.
- Johannison, Karin (1996): *Kön och ohälsa. Ett historiskt-kulturellt perspektiv.* Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G (red.). - Lund: Studentlitteratur.
- Johansen, Solveig H. og Stordal, Kristin (1994): Om kvinner med funksjonshemning i Norge og i 4 EU-land. FFO Oppland, Gjøvik.
- Johansen, Solveig H. og Stordal, Kristin (1998): *Nettverk for kvinner med funksjonshemning.* Prosjektrapport 1995–97. FFO oppland, Gjøvik.
- Jørgenvåg, Ronny (1998): *Kvinnens og menns bruk av sykehus tjenester.* Rapport til Kvinnehelseutvalget 1998. SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning
- Kalseth, Birgitte. Prosjekt eldres sykehusbruk, upublisert SINTEF-NIS.
- Kaplan HS, Owett T. (1993): The female androgen deficiency syndrome. *Journal of Sex & Marital Therapy* nr.19/1993.
- Kildal, Nanna (1998): *Velferd og arbeidsplikt.* Tidsskrift for velferdsforskning 1998:1
- Kirkengen, Anne Louise (1993): Et ekko av en annen smerte. Legers møte med skjult vold mot kvinner. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1993:6.
- Kjeldstad, Randi (1990): *Yrkesdeltaking, yrkesinntekt og uførepensjonering,* INAS-rapport 1990:3
- Kjeldstad, Rand (1998): *Enslige forsørgere: Forsørgelse og levekår før og etter overgang til en ny livsfase.* SSB.
- Kjønstad, Asbjørn (1998): *Innføring i trygderett,* Tano Aschehoug, Oslo 1998.
- Koren Charlotte (1997): *Trygd og omsorgsarbeid,* NOVArapport 1997:17

- Koren Charlotte (1997): Penger er ikke alt! Tre foredrag på randen av økonomi. NOVA-skriftsserie 1997:6
- Koren Charlotte (1997): Minstepensjonist – rik eller fattig. NOVA-skriftsserie 7/97
- Kraft, P. (1991): AIDS prevention in Norway. Empirical studies on diffusion of knowledge, public opinion, and sexual behaviour. Thesis. Bergen: University of Bergen.
- Kulick, Don (1996): «Quer Theory: Vad är det och vad är det bra för?», *Lamda nordica* vol. 2, nr. 3–4.
- Kvam, Marit Hoem (1995): Seksuelle overgrep mot barn med funksjonshemming. Redd Barna, rapport nr 1/95.
- Kverner, Kari J., Aasland, Olav G., Botten, Grethe S.: Female Medical Leadership. Cross Sectional Study, *British Medical Journal* 1999 nr. 7176.
- Lappegård, Trude, (1998): Større ulikheter i barnetall, i *Samfunnspeilet* 1998, 5, Statistisk sentralbyrå.
- Lewin, B. (ed), Fugl-Meyer, K., Helmius, G., Lalos, A. and Månsson, S.A. (1997): Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige. Uppsala: Uppsala Universitets Forlag.
- Lie, Arve: 1998: Yrkesrelatert sykdom i et flyselskap. *Tidsskr Nor Lægeforening* 118:2617-21
- Lie, M og Rasmussen, B. (1983): Kan kontordama automatiseres? IFIM-rapport, Trondheim.
- Lilleaas, Ulla-Britt (1993): Hva betyr diagnosen for kvinner som rammes av kroniske muskelsmerter? Arbeidsnotat 1/93. Norges Forskningsråd, NAVF.
- Lilleaas, Ulla-Britt (1995): Når forskjellen blir synlig: kvinner med kroniske muskelsmerter. Senter for kvinneforskning, Universitetet i Oslo.
- Lilleaas, Ulla-Britt og Engelsrud, Gun (1999): Par i bevegelse – opplevelse av arbeidsdeling og kroppsvaner. Senter for kvinneforskning rapportserie. Universitetet i Oslo (Under utgivelse)
- Lingsom, Susan (1989): Gammel og sprek. INAS-rapport 89:8, Institutt for sosialforskning, Oslo.
- Lingsom, Susan (1991): Hjelp etter behov? Offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre. INAS-rapport 91:5, Institutt for sosialforskning, Oslo.
- Lundberg, Ulf (1996): Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress. Responses of men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*, no 2.
- Løchen, Yngvar (1996): «De funksjonshemmete.» Rådet for funksjonshemmede.
- Malterud, Kirsti (1990): Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo, Tano.
- Malterud, Kirsti (1996): Symptomer som kunnskapskilde: hvordan kan vi utvikle medisinsk kunnskap om kvinners helse? Universitetet i Bergen.
- Malterud, Kirsti og Hanne Hollnagel (1997): Women's self-assessed personal health resources. *Scand. J. Prim. Health Care* nr. 15/1997.
- Malterud, Kirsti (1997): Helseproblemer hos lesbiske og homofile. *Allmenmedisin. Klinisk Arbeid. Ad Notam Gyldendal*.
- Malterud, Kirsti og Hanne Hollnagel (1998): Talking with women about personal health resources in general practice: key questions about salutogenesis. *Scand. J. Prim. Health Care*.
- Mastekaasa Arne (1998): Sykefraværet i Norge 1990–1997. Hva vet vi om



- utvikling, kjønnsforskjeller og effekter av tiltak. Institutt for samfunnsforskning, Rapport 1998:10
- Mastekaasa, Arne, (1993): Sykefraværet i et kjønnsdelt arbeidsmarked, Tidsskrift for samfunnsforskning 1993 årgang 34
- Mastekaasa Arne og Dale-Olsen, Harald (1998): Kjønnsforskjeller i sykefravær, Oslo 1998, Institutt for samfunnsforskning rapport 1998:9
- Mathisen, Steinar (1987): Kvinner bruker mest psykolog. Sosial trygd nr 5/1987.
- McIntyre S. et al: Gender differences in health: are things really as simple as they seem? Soc Sci Med 1996; 42 (4): 617-24.
- Merok, E. (1998): Det jeg som lege kan og vet. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1998:28.
- Moland, Leif E. (1997): Ingen grenser?, Fafo-rapport 221.
- Mouland, Gunnar et al (1998): Bruk av nye antidepressiver i allmennpraksis. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1998:29.
- Møgedal, Sigrun (1995): «Hvordan sikre kvinners helse»? FNs Kvinnekonferanse i Beijing – sett med norske øyne. Rapport fra oppfølgingskonferanse. FOKUS 1995.
- Noack, Turid og Rønsen, Marit (1994): Livsløp mellom jobb og familie. Den nye familiebooka, Universitetsforlaget.
- Norges Forskningsråd (1997): Forskning om seksualisert vold. Programsammendrag.
- Norges Forskningsråd (1995): Forskning om seksualisert vold. Prosjektsammendrag.
- Norsk legemiddelhandbok 1998–99 for helsepersonell.
- Nosek MA, Rintala DH, Young ME, Howland CA, Foley CC, Rossi D, Chanpong G. (1996): Sexual functioning among women with physical disabilities. Arch Phys Med Rehabilnr. 77/1996.
- NOU 1984:17. Perinatal omsorg i Norge.
- NOU 1977: 14 Folketrygdens uførebegrep
- NOU 1990: 17 Uførepensjon
- NOU 1990: 23 Sykelønnsordningen
- NOU 1992: 20 Det gode arbeidsmiljø er lønnsomt for alle
- NOU 1993: 13 Offentlige overføringer til barnefamiliene
- NOU 1993: 17 Levekår i Norge: er graset grønt for alle?
- NOU 1995: 6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge
- NOU 1995: 27 Pappa kom hjem
- NOU 1998: 18 Det er bruk for alle
- NOU 1998: 19 Fleksible pensjonsordninger
- NOU 1998: 21 Alternativ medisin.
- Nygård Jan F, Mowe, Gunnar, Sandanger Inger, Brage Søren, Reiso, Harald og Tellnes, Gunnar (1998): Trygdekontorenes oppfølging av sykmeldte. Seksjon for trygdemedisin rapport 1998:1, Universitetet i Oslo.
- Olaussen, Leif Petter (1995): Angst for voldskriminalitet i Norge. Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab.
- Olsen, Berit og Fylkesnes, Knut (1993): Helseundersøkelsen i Finnmark - tilfredshet med sykehus-tjenesten. Tidsskr. for Den Norske Lægeforening 1993:17.
- Olsen, Karen M, Mastekaasa Arne (1997): Forskning om sykefravær – en oppsummering og vurdering av perioden 1980–96. Institutt for samfunnsforskning, Rapport 1997:3

- Orloff, Ann Shola: Gender and Social rights of Citizenship: The comparative Analysis of State Policies and Gender Relations, *American Sociological Review*, vol.58, num. 3. 1993
- Opdahl, Stein. (1997): Levekårsundersøkelse blant mottakere av grunnstønning. Dokumentasjonsrapport med tabeller. Statistisk Sentralbyrå.
- Ot.prp 62 (1990–91): Om endringer i folketrygdloven og enkelte andre lover
- Ot.prp 39 (1992–93): Om endringer i folketrygdloven og enkelte andre lover
- Ot.prp 42 (1994–95): Om endringer i folketrygdloven og enkelte andre lover
- Ot.prp nr 56 (1997–98): Om lov om kontantstøtte til småbarnsforeldre (kontantstøtte loven).
- Ot.prp nr 78 (1997–98). Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. (Tilbakeholdelse av rusmiddelmissbrukere uten eget samtykke m.m.).
- Pedersen, Jan Tore (1996): Klientene og den offentlige sandkassen. Kampen om etatsgrensene og resultatene av å rive dem. Kommuneforlaget
- Pierce, Jennifer L (1995): *Gender Trials. Emotional Lives in Contemporary Law Firms*, Berkeley: University of California Press.
- Puranen, Bi., (1994). At vara kvinna er ingen sjukdom, Nordstedts, Stockholm.
- Ramm: Vi klager ikke før vi må. *Samfunnsspeilet* 1997; (2): 14-21.
- Ramm, Jorunn (1998): Tabeller fra Helseundersøkelsen 1995. Utkast, SSB.
- Rapport fra en arbeidsgruppe med representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Arbeids- og administrasjonsdepartementet, kommunaldepartementet, Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå: Utviklingen i sykefraværet og sykepengeutgifter på 1990-tallet.
- Rikstrygdeverket: Folketrygdloven, med RTV's rundskriv
- Rikstrygdeverket (1997): Geografiske forskjeller i trygdebruk. RTV-rapport 6/97
- Rikstrygdeverket (1997): Trygdestatistisk Årbok 1997
- Rikstrygdeverket (1997): Søknader og avslag på uførepensjon 1995/96, RTV-rapport 8/97
- Rikstrygdeverket (1998): Basisrapporten 1997 RTV-rapport 3/98
- Rikstrygdeverket (1998): Pensjonsrettigheter – mine, dine eller våre, Internrapport 3/98
- Rikstrygdeverket (1998): Sysselsetning og sykefravær, RTV-rapport 5/98
- Rikstrygdeverket (1998): Hva skjer med dem som ikke lenger mottar rehabiliteringspenger- virkningen av begrensningen på 52 uker, RTV-rapport 7/98
- Rikstrygdeverket (1998): Trygdestatistisk Årbok 1998
- Rikstrygdeverket (1998): Sykepengeutviklingen i 1997. Hva skyldes økningen i sykefraværet RTV-rapport 9/98
- Rikstrygdeverket (1999): Basisrapporten 1998, RTV-rapport kommer i 1999.
- Rognerud, Marit og Stensvold, Inger (1998): *Oslohelse: utredning om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. Ullevål sykehus.*
- Rutle, Olav (1983): Pasienten fram i lyset - analyse av legekontakter i primærhelsetenesta. Rapport nr. 1/1983, Statens institutt for folkehelse.
- Ruyter, Knut, (1996). NEM-nytt, desember 1996.
- Rønning, Elisabeth (1998): Barnefamiliers tilsynsordninger, yrkesdeltakelse og økonomi før innføring av kontantstøtten. SSB 1998:61
- Rønsen Marit (1997): Nordiske mødres inntog på arbeidsmarkedet. SSB Samfunnsspeilet 1:1997
- Samdal O, Nutbeam D, Wold B, Kannas L. (1998): Achieving health and edu-

- educational goals through schools – a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. Health Education research, vol.13 no.3
- Schei, Botten og Sundby (1993): Kvinnemedisin, Ad Notam Gyldendal.
- Schei, Berit (1991): Trapped in painful love. Physical and sexual abuse by spouse – a risk factor of gynaecological disorders and adverse perinatal outcomes. Trondheim Tapir
- SINTEF-rapport. (1996): Utviklingen av funksjonshemmedes levekår fra 1987–95.
- Skaar Solveig (1994): Internkontroll – Ørkenvandring eller veien til det forjettede land?, SINTEF IFIM.
- Skjørten, Kristin (1997): Forskning om seksualisert vold. Norges Forskningsråd.
- Skrede, Kari, Ryen Mette (1999, under utgivelse), Generasjonsforskjeller i levekår, Rapport fra SSB, Statistisk sentralbyrå.
- Solheim, Jorun (1998): Den åpne kroppen: om kjønnsymbolikk i moderne kultur. Pax.
- Solheim, Liv Johanne, (1992). Trygdefunksjonæren som portvakt i trygde-systemet. Rapport nr. 16/1992.
- Solli, Ingebjørg Foldøy, Kjetil Lund og Alf Erling Risa (1997): Innvandreres trygdemottak. - Bergen: Senter for samfunnsforskning.
- Sosial- og helsedepartementet (1995): Lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15. desember 1995 nr. 74.
- Sosial- og helsedepartementet (1998): Handlingsplan for funksjonshemmede. 1998–2001.
- Sosial- og helsedepartementet (1998): Høringsnotat fastlegeordningen.
- Sosial og helsedepartementet (1998): Analyse av fleksible pensjonsordninger og besteårsregelen, Rapport fra en arbeidsgruppe.
- SOU (1996): Jämställd vård – Olika vård på lika villkor, nr 133/1996.
- SOU (1998): Den framtida arbets-skadeförsäkringen: Betänkande av Arbets-skadeutredningen 1997, nr 138/1998.
- SOU (1998): Kvinnor, men och funktionshinder . nr. 138/1998.
- Statistisk sentralbyrå (1998). Sosialt utsyn.
- Statistisk sentralbyrå (1996). Mange småbarnsmødre mangler et kontinuerlig helsetilbud. Ukens statistikk nr. 9.
- SSB (1995): Helseundersøkelsen 1995.
- Statens helsetilsyns utredningsserie (1997) nr. 1. Faglige krav til fødeinstitusjoner..
- Statskonsult (1993): En evaluering av den trygdemedisinske rådgivningen, Delprosjekt 1. Statkonsult 1993:5
- Statskonsult (1997): Tilskudd til opptrening, Rapport 1997:19
- Statskonsult (1998): Erfaringer fra forsøksprosjektene og veien videre . Statkonsult 1998:1
- Steihaug, Sissel og Olav Rutle (1997): Legesøkning blant pakistanske innvandrere: konsultasjonsmønster og diagnosefordeling ved et helsesenter i Oslo. Tidsskrift for Den norske Lægeforening.
- Stone, Deborah (1984): The disabled state. Mc Millan.
- Stoltenberg, Camilla (1998): Birth Defects, Stillbirths and Infant Death. Norsk Epidemiologi, Årgang 8, Suppl. nr.2/1998.
- Storstein, Liv (1994): Kvinner og hjertesykdommer – det glemte kjønn? Helsenytt for alle. Nasjonalforeningen for folkelsen 1994:1.
- St.meld nr 39 (1991–92): Attføringsmeldingen

- St.meld 35 (1994–95): Velferdsmeldingen
- St meld nr 50 (1996–97): Handlingsplan for eldreomsorgen.
- St meld nr 21 (1998–99): Ansvar og mestring. Mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk.
- Strand, Kitty, Wergeland, Ebba og Bjerkedal, Tor (1997) :Work load, job control and risk of leaving work by sickness certification before delivery, Norway 1989, Scandinavian Journal of Social medicine , Vol 25:3
- Stray-Pedersen, Babill og Berit Austveg (1996): Våre nye landsmenn: utfordringer og muligheter. Midt i livet : festskrift til Norsk gynekologisk forening 1946–1996.
- Statens institutt for folkehelse, (1993): Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987 og 1992. Oslo: Statens institutt for folkehelse.
- Stenager E, Stenager EN, Jensen K. (1997): Seksuel funktion hos patienter med dissemneret sklerose. Ugeskr Leger nr. 159/1997.
- Stien R. (???): Organiske seksualfunksjonsforstyrrelser. Hefte utgitt av Astratech, Norge.
- Stigum, H., MagnusP., Veierod M. and Bakketeig L. S. (1995): Impact on sexually transmitted diseases spread of increased condom use by young females, 1987–1992.
- Stigum, H., Magnus, P., Harris, J.R., Samuelsen, S.O. & Bakketeig, L.S. (1997): Frequency of sexual partner change in a Norwegian population. Data distribution and covariates. American Journal of Epidemiology (7).
- Storstein, Liv (1994): Kvinner og hjertesykdommer - det glemte kjønn? Helsenytt for alle, Nasjonalforeningen for folkehelsen nr. 1/1994.
- Sundby, Johanne: Infertility: causes, care and consequences. Doktoravhandling, Universitetet i Oslo 1994
- Sundet J.M., MagnusP., Kvaalem I.L., Samuelsen S.O. & Bakketeig L.S. (1992): 'Secular trends and sociodemographic regularities of coital debut age in Norway'. Archives of Sexual Behavior, 21,
- Sundet, J.M., P. Magnus, I.L. Kvaalem & L.S. Bakketeig (1989): Number of sexual partners and use of condoms in the heterosexual population of Norway - Relevance to HIV-infection. Health Policy, 14, 159–167.
- Svendsen, Inger Margrethe: Et valg er et valg er et valg..... Noen metodiske og teoretiske refleksjoner knyttet til to prosjekter innen omsorgssektoren. Rapport 3/91 Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo 1991
- Sydsjö, Gunilla (1992): Psykosociala riskgraviditeter och deras utfall. Linköping: Universitetet.
- Sydsjö Adam, Sydsjö Gunilla, Wiljma Barbro og Kjessler Berndt (1998): Changes in Sick Leave Rates and the Use of Pregnancy –Associated Social Benefits Among Pregnant Swedish Women: An Outcomes Study: Journal of Women's Health Volum 7 nr 2 1998.
- Sørheim, Torunn Arntsen. (1998): Vanlige kvinner – uvanlige utfordringer. En studie av kvinner med funksjonshemming. Seksjon for medisinsk antropologi, Universitetet i Oslo.
- Taksdal, Arnhild og Widerberg, Karin (1992): Forståelse av kjønn, Ad Notam Gyldendal.
- Taksdal, Arnhild (1997): Kvinnerettet rusbehandling?, Temaserie – Rusmideldirektoratet nr. 1/1997.
- Talseth, Solbjørg (1998): Selvhjelpsboka. FRISAM, SHD
- Tambs, K. (1994): Undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Statens institutt for folkehelse.

- Tarschys, Daniel (1978): Den offentlige revolutionen. Stockholm: Liber.
- Texmo, Åse og Aarvik, Lisbeth (1998): Seksuelle overgrep mot kvinner og barn – fornærmedes rettsstilling i praksis. Kvinneuniversitetet Nord.
- Thoresen, Siri og Lindvåg, Aud (1990): Kjønnsnøytral parterapi : den umulige oppgaven : en studie av betydningen av klientenes kjønn for terapeutenes atferd i terapier med par. Hovedoppgave i psykologi. Universitetet i Oslo.
- Thorsen m.fl. (1988). Kvernevik-undersøkelsen – del 2. Befolkningens tilfredshet med legetjenesten i en bydel. Tidsskrift for den norske lægeforening, 108 (14); 1098–1100.
- Thornquist, Eline (1998): Klinikk, kommunikasjon, informasjon. Oslo, ad Notam Gyldendal.
- Thorsen, Olav (1988): Kvernevikundersøkelsen - del 1. Forbruk av legetjenester i en bydel. Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 108 (14), 1988:1097–98.
- Tidsskrift for Norsk psykologforening (1995): Psykologi i en verden i forandring: psykologisk arbeid med flyktninger
- Tracen, B. (1990): Ungdommoseksualitet i AIDS-tider. En rapport om ungdom og seksualitet og evaluering av Ungdomskulturkampanjen mot AIDS. Statens institutt for folkehelse.
- Tracen B., Lewin B. & Sundet J.M. (1992b): Use of birth control pills and condoms among 17–19 year-old adolescents in Norway; Contraceptive versus protective behaviour? AIDS Care, 4 (4).
- Tracen, B. & Lewin, B. (1992): Casual sex among Norwegian adolescents. Archives of Sexual Behavior, 21(3).
- Tracen, B. & Kvaem, I.L. (1996a): Sexual socialization and motives for intercourse among Norwegian adolescents. Archives of Sexual Behavior, 25(3).
- Trwen, B & Stigum, H. (1998): Parallel sexual relationships in the Norwegian context, Journal of community and Applied Social Psychology, 8.
- Trwen, B. & Hovland, A. (1998): Games people play. Sex, alcohol and condom use among urban Norwegians.
- Trwen, B. & Kvaem, I.L. (1996b): Sex under influence of alcohol among Norwegian adolescents, Addiction, 91(7).
- Træen, B., Lewin, B. & Sundet, J.M. (1992a): The real and the ideal: Gender differences in heterosexual behaviour among Norwegian adolescents. Journal of Community and Applied Social Psychology, 2.
- Trygderetten (1994): Trygderettens kjennelse:Fibromyalgikjennelsen, ankenr 2922/93. Kjennelse av 19.desember 1994.
- ULOBA (1996): Om brukerstyrt personlig assistanse. Nr 1.
- UNDP (1997): Human Development Report.
- Vabø, Mia (1998): Kvinner og helsetjenesten. En kunnskapsoversikt. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA-rapport 26/1998.
- Vedi, Camilla og Øverli, Bente (1998): Basisgrupper – et egnet verktøy for tidlig oppfølging av sykmeldte? En evaluering av basisgrupper. Trondheim, SINTEF IFIM 1998.
- Walters, Marianne (1988): The Invisible web: gender patterns in family relationships / Marianne Walters ... the Women's Project in Family Therapy New York Guilford Press.
- WHO Press Release 25 May 1998.
- Wilhelmsen, Britt Unni og Samdal, Oddrun (1991): Helsefremmende arbeid i skolen – rammer og utviklingsforsøk. Universitetsforlaget.
- Wilkonson, Richard G. (1996): Unhealthy societies: the afflictions of unequal

- ity, Routledge - London.
- Wilsnack RW, Wilsnack SC, Klassen AD (1984): Women's drinking and drinking problems: patterns from a 1981 national survey. *American Journal of Public Health* 74/1984.
- Wærnes Kari (1982): Kvinnerperspektivet på sosialpolitikken, Universitetsforlaget
- Ødegaard, Tone (1991): Den elskverdige kvinnen: mønstre og mangfold. Nye kvinner, nye menn. Ad Notam.
- Østby, Lars (1983), 20 års utvikling i samliv, prevensjon og abort, i Skrede K. og Tornes, K. (red.): Studier i kvinners livsløp, Universitetsforlaget.
- Øverås, Siw: Helseboka 1995. Oslo, Statistisk sentralbyrå, 1995.

## Vedlegg 1

### **Økt globalt engasjement for å bedre kvinners helse**

*Berit Austveg, Statens helsetilsyn*

De siste årene har det vært markant økning i engasjement på den globale arena i forhold til kvinnehelse, inkludert en økende dokumentasjon på og bevissthet om at kvinner stiller svakere når det gjelder faktorer som er grunnleggende for helse og sykdom: Eierforhold og kontroll over ressurser, utdanning, og innflytelse i den politiske sfæren. Det har også blitt dokumentert hvordan misforhold i makt på makronivå har en parallell på familienivå som har konsekvenser for helsetilstand. Det er f.eks. økende aksept for at den skjulte hjemmevolden er et generelt samfunnsproblem og et helseproblem.

I 1993, under den globale menneskerettighetskonferansen i Wien, ble menneskerettighetene for første gang brukt for å beskrive og å påvirke kvinners helse. Dette arbeidet ble videreført under Den internasjonale konferansen om befolkning og utvikling i Kairo i 1994, og på den fjerde internasjonale kvinnekongressen i Beijing i 1995.

Innen statsadministrasjonen i mange land blir kvinnespørsmål generelt tatt mer på alvor. Noen steder er det opprettet egne departementer eller andre sentrale organer for å ivareta kvinners interesser. I USA og i en del andre i-land er spesielle aspekter av kvinners helse gjort til gjenstand for sterk politisk interesse. Det gjelder f.eks. spørsmålet om mammografi, bruk av reproduksjonsteknologi, og refusjonsordninger. I u-land er det vesentlig forhold omkring basale tjenester knyttet til reproduktiv helse (mor-barn helsetjeneste, familieplanlegging og abort) som er gjenstand for politiske drakamper.

Handlingsplanene fra de store konferansene følges opp både av FN-systemet, Verdensbanken, myndigheter og frivillige organisasjoner. Men fordi det dreier seg om politisk kontroversielle felt, støter mye av arbeidet på motstand. Det ser likevel ut til at det er en viss bedring i forhold til å få slutt på tvang i forhold til familieplanlegging, og å få anerkjennelse for at reproduktive helsetjenester må prioriteres. Omsetting av intensjonen til praksis er likevel vanskelig. Det er fortsatt et skrikende behov for å få bedret fødselshjelpen, bedret helsetjenestetilbudet til de kvinnene som går igjennom abort, og bedret tjenesten til kvinner som har seksuelt overførbare sykdommer. Konferansene har tatt til orde for at helsetjenestene skal være med på å forebygge og å gi tilbud kvinner som utsettes for seksualisert vold, men det ser ut til at det i liten grad har blitt omsatt i praksis. Arbeidet med å fremme 'reproduktive rettigheter' ved å bruke allment anerkjente menneskerettigheter for å bedre reproduktiv helse har skutt noe fart.

Kvinneorienterte frivillige organisasjoner har spilt og spiller fortsatt en sentral rolle både fordi de yter service til kvinner og fordi de er pådrivere for forskning, evt. driver egen forskning, og i de politiske prosesser for å bedre kvinners helse. Noen slike organisasjoner konsentrerer seg om enkeltsykdommer eller smalt definerte områder (slik som brystkreft, familieplanlegging, abort, amming), spesielle grupper (slik som ungdommer og kvinner som er utsatt for vold), eller de har et videre perspektiv som omfatter kvinners livsløp som en helhet. Internasjonalt fins det nå flere nettverk av organisasjoner som arbeider på nasjonalt nivå, og det dannes stadig nye paraplyorgan-

isasjoner som skal forene sine krefter. De siste årene har det blitt et noe tettere samarbeid mellom frivillige organisasjoner og FN-organisasjonene, der særlig nettverk og paraplyorganisasjoner spiller en stor rolle.

## **1 Grunnlagsvilkår for helse og sykkelighet**

---

### **1.1 Skjevfordeling av makt og ressurser**

Bare noen meget få prosenter av verdens materielle ressurser eies av kvinner. I noen land sier loven at kvinner ikke kan arve eller ha eiendom. Også når det gjelder disponible midler er det en skjevfordeling, idet kvinner generelt disponerer mindre penger enn menn. Det fins imidlertid en del unntak. Spesielt i land der kvinner tradisjonelt er de som driver handel kan de nok ha en del penger mellom hendene. Men det er vist at kvinner og menn prioriterer forskjellig, idet menn har generelt en tendens til å bruke mer penger på seg selv enn hva kvinner gjør. Det er f.eks. vist at barns ernæringstilstand er svært avhengig av mors inntekt men mye mindre avhengig av fars inntekt. For fattige personer utgjør utgiftene til mat en vesentlig del av de totale utgiftene og feil- og underernæring er fortsatt et stort problem mange steder. En annen viktig faktor for barns ernæringstilstand er mors utdanning, mens fars utdanning knapt slår ut som et gode i det hele tatt dersom barnas ernæringstilstand brukes som mål.

Kvinnens evne til å prioritere barna sine framfor seg selv har ulik innflytelse på kvinnens egen helse. På den ene siden fremmer det barns overlevelse, noe som i seg selv kan bedre kvinnens helse ved at mødre slipper miste barn, og de utsettes ikke for helserisiko ved et nytt svangerskap for å få «erstatningsbarn». På den andre siden kan naturligvis kvinner prioritere andre så høyt at det går utover deres egen helse. Dette er et viktig eksistensielt dilemma for mange fattige kvinner.

Utdanning er en annen faktor som for kvinnens vedkommende er sterkt forbundet med helse. Selv om det har vært en betydelig bedring i utdanningsnivåene i de fattigste landene, er det fremdeles et gap mellom kvinnens og menns utdanningsnivå. Forskjellen er størst når det gjelder høyere utdanning.

Skjevfordelingen av materielle midler reflekterer misforhold i makt på et overordnet, politisk plan, og kan også bli bestemmende for dynamikk og samhandling i hjemmesfæren. En datter eller hustru uten eiendomsrett er i stor grad prisgitt familie eller ektemann. Hun kan være nødt å måtte leve med generelt dårlige forhold, eventuelt misbruk og mishandling. En skilt kvinne eller en enke kan være helt avhengig sin tidligere manns familie. Naturligvis fins det omsorgsfulle og gode relasjoner også der rammebetingelsene gir menn stor makt over kvinner, men som system kan slike forhold virke til at det blir generelt vanskelig å ha harmoniske familierelasjoner.

### **1.2 Hvilken vei går det? Om feminisering av fattigdommen**

Det er mange måter å definere fattigdom på, og moderne fattigdomsforskning er opptatt av at inntekt alene er et dårlig mål. Spesielt den materielle livsbasen til de aller fattigste, og til kvinner, ligger ofte på siden av pengeøkonomien. FNs utviklingsprogram (UNDP) har innført en fattigdomsdefinisjon som tar utgangspunkt i allment anerkjente velferdsgoder. Fire forhold tas med i deres fattigdomsdefinisjon:

- sjansen for å dø før fylte 40 år



- prosentandel av voksne som er analfabeter
- tilgang på helsetjenester og på rent vann
- prosentandel av barn under fem år som er feilernærte

Totalt sett i verden er det en stadig mindre prosentdel som kan defineres som fattige. Det er to unntak, nemlig Afrika sør for Sahara, og Karibien, der andelen fattige øker. Men selv prosentdelen av fattige i verden går ned, øker likevel det totale antallet fattige, fordi det stadig blir flere mennesker i verden.

Ser en på piker og kvinner er bildet dystert. Uansett hvilket mål som benyttes på fattigdom, er det godtgjort at piker og kvinner utgjør en økende prosentdel av verdens fattige, det som kalles fattigdommens feminisering. Det er alvorlig for alle aspekter av kvinnens helse. Kvinner har biologisk sett noen risikofaktorer når det gjelder ernæringstilstand som ikke menn har på tilsvarende måte. Deres helse blir derfor særlig sårbar når de er fattige. Også når det gjelder seksuell helse er den økende fattigdommen en særlig trussel mot kvinner, fordi det tvinger et stadig økende antall kvinner til å yte seksuelle tjenester for å få gå på skole, og for livsopphold. Det er en viktig årsak til at det i mange land er svært mange flere unge kvinner som er hivpositive sammenliknet med menn i samme alder.

### 1.3 Fruktbarhet

Mange forbinder kvinneliv i fattige land med en endeløs rekke av barnefødsler og frykt for at barn skal dø. Men den demografiske overgang, som betyr overgang fra høy dødelighet og høy fruktbarhet til lav forekomst av begge deler, har nå kommet langt i de fleste deler av verden. I Afrika føder kvinner gjennomsnitt mange barn, men i flere land (Botswana, Kenya, Zimbabwe og andre) har fruktbarheten begynt å gå ned.

I de industrialiserte landene foregikk den demografiske overgang over en lang periode. I Norge begynte dødeligheten å synke på 1820-tallet, og fruktbarheten begynte å falle omkring 1870–90. Befolkningstallet økte langsomt, for så å stabilisere seg. Dersom netto-migrasjonen er null, opprettholdes befolkningstallet dersom kvinner føder i gjennomsnitt 2,1 barn. I Norge er fruktbarhetsraten for tiden vel 1,8 barn per kvinne.

I utviklingslandene skjer den demografiske overgangen i mye større hastighet. Det er en stor internasjonal debatt om i hvilken grad overgangen skyldes generell utvikling, og hvor mye som skyldes tilgang på prevensjon.

Det har lenge vært klart at det er en statistisk sammenheng mellom generell velstand og lav fruktbarhet. Samtidig har det vært en leting etter enkle løsninger på kompliserte problemer. Prevensjon, især for fattige, har derfor ofte blitt sett på som en enkel måte å løse fattigdomsproblemet på. Det er særlig i de folkerike statene i Asia at det har funnet sted overgrep mot kvinner og tvang i forhold til prevensjon og spesielt sterilisering. I Afrika derimot har det generelt vært et fravær av prevensjonstilbud. Felles for de fattige landene har vært at kvinnens egne ønsker og prioriteringer på et så sentralt felt som reproduksjon har vært satt til side, enten ved pådytting av prevensjon de ikke har ønsket, eller de ved at som ønsker prevensjon ikke har fått det. Spesielt for ungdommer og ugifte er det mange steder fremdeles restriksjoner på slike tjenester.

Fremdeles er svangerskap, fødsler og aborter risikable hendelser i fattige kvinnens liv. Det skyldes i noen grad at de stiller med dårlig utgangspunkt: Mange er anemiske eller kronisk syke, slik at de lettere får komplikasjoner

som blir alvorlige. Men først og fremst skyldes det at helsetjenestene ikke har maktet å gi kvinnene et adekvat tilbud. Prevensjonsbruk kan redusere antall svangerskap i løpet av livet, og dermed livsløpsrisikoen for komplikasjoner og død i forbindelse med fødsler og abort. Tidligere var det også antatt at prevensjon ville forebygge svangerskap som hadde særlig stor risiko («for mange, for tidlig, for sent og for tett»), og at den graviditetsrelaterte dødeligheten kunne reduseres ved å tilby prevensjon til «risikokvinner». Men nyere undersøkelser har vist at prevensjonsbruk ikke reduserer risikoen for hvert av de svangerskapene kvinnene går igjennom. Den eneste måten å få ned dødelighet og sykkelighet til de som har blitt gravide er derfor å organisere helsetjenester som er i stand til å håndtere komplikasjoner som oppstår p.g.a. svangerskapet. Men for å få prioritert dette, må kvinners liv verdsettes, gjennom bevilgninger, lovgivning, opplæring av helsepersonell og organisering av helsetjenester. Dette skjer ikke uten at kvinner får større anerkjennelse, og innflytelse på beslutningsprosessene.

#### **1.4 «Empowerment»**

Empowerment er ikke et ord som er lett å oversette til norsk. Uttrykket brukes særlig av frivillige organisasjoner, men også innen FN, i forskning og i statlig arbeid med kvinnespørsmål. Det innebærer å styrke kvinners makt og innflytelse på alle nivåer, inklusive innen familien og i seksuelle relasjoner. Kunnskap står sentralt, både generell utdanning og kunnskap om spesifikke områder som spesielt affiserer kvinners liv og helse, slik som seksualopplysning og juridiske rettigheter. Utdannelse gir bakgrunn for å forstå informasjon, og setter kvinner i stand til å sette krav slik at deres helse ikke skades. Økonomisk handlekraft er også helt sentralt. Helsetjenester spiller også en stor rolle for kvinners helse, og organisasjoner verden over arbeider for å bedre kvaliteten på helsetjenestene. Slik skal kvinner få nødvendige tjenester samtidig som de opplever å bli hørt og blir behandlet med respekt og verdighet. Mulighet til å foreta reproduktive valg står i en særstilling i forhold til kvinners «empowerment». Men slike valg foretas i en kontekst, og det er derfor ikke bare snakk om enkeltindividens selvstendige valg, men også om vilkårene for disse valgene.

## **2 Mål på helse og sykkelighet**

---

### **2.1 Dødelighet som helse-indikator**

Når land skal sammenliknes, og en skal se på store trekk verden over, brukes fortsatt forventet livslengde som en sentral helseindikator. I de aller fleste landene i verden i dag oppnår kvinner gjennomsnittlig høyere levealder enn menn. Det fins imidlertid noen viktige unntak. Det er særlig India, hvor overdødeligheten blant kvinner er økende, slik at forholdet mellom antall kvinner og menn er synkende. Bangladesh, Pakistan, Afghanistan og Papua Ny Guinea er andre eksempler på land der det finns færre kvinner enn forventet utfra det en mener er normal dødelighet for kvinner og menn. Alle disse landene utmerker seg med lav status for kvinner. For verden som helhet viser imidlertid tall fra Verdens helseorganisasjon at forholdet mellom kvinners dødelighet sett i relasjon til menns dødelighet er synkende.

Selv om lav dødelighet fortsatt brukes som et sentral mål på helse, er det en økende erkjennelse av at dette målet har sterke begrensninger. Det gjelder

særlig når kjønnsulikhet vurderes. I de landene der kvinner har lengre livslengde enn menn har kvinner gjennomgående høyere sykkelighet, slik det også er i Norge. I de landene hvor kvinner har høyere dødelighet enn menn, er kvinner oversykkelighet ofte dramatisk. Dødelighet kan bare ses på som ett av mange mål på helse.

## 2.2 Sykelighet

Fattige land har dårlig helse og sykdomsstatistikk, og dødelighet er mye lettere å måle enn sykkelighet. Data på sykkelighet er derfor enda usikrere enn dødelighetsdata. Vi vet likevel nok til å si at det er tre områder som peker seg ut med store forskjeller mellom kvinner og menn. Det er seksuell og reproduktiv helse, infeksjoner, og det er ernæring.

Det er kanskje ikke overraskende at lidelse og død knyttet til seksualitet og reproduksjon rammer kvinner mye hardere enn menn, i og med at det er kvinner som blir gravide. Men også når det gjelder seksuelt overførbare sykdommer er tap av leveår og av friske år mye større hos kvinner enn hos menn. Seksuell og reproduktiv helse drøftes nærmere i neste avsnitt.

Blant de infeksjonssykdommene som rammer de fattigste er de såkalte tropesykdommene. Det vesentlig parasittsykdommer som er avhengige av en «mellomvert», stort sett en form for insekt. De florerer i varme og fuktighet, og det er særlig mennesker som lever under kummerlige kår som blir smittet. Verdens helseorganisasjon har et eget initiativ som ser på kvinner og tropesykdommer. Tidligere har en trodd at disse sykdommene vesentlig rammet menn, mens det viser seg at det motsatte ofte er tilfellet. Organisasjonen har videre annonsert at tuberkulose nå er den sykdommen som tar livet av flest kvinner verden over. Det er særlig unge kvinner som rammes.

Sykdommer p.g.a. mangelfullt kosthold ses betydelig oftere hos kvinner enn hos menn. Noen av årsakene er biologiske, idet kvinner har større tendens enn menn til å få noen av mangelsykdommene. Men de henger også i stor grad sammen med fattigdom, og med fordeling av mat innen husholdet. Mange steder må kvinnen spise til sist, og får da den dårligste delen, i kvantitet og kvalitet.

Mangelsykdommene gjelder både for lite inntak av kalorier, og det er mangel på næringsstoffer som er nødvendige i små mengder (som jern, vitaminer etc.). Lav kroppsvekt, og spesielt fødsel av barn med lav fødselsvekt, er en indikasjon på at kvinner får for lite mat.

Anemi er et enormt globalt kvinnehelseproblem. Det er forbundet med økt dødelighet, sykkelighet og reduksjon av livskvalitet. En anemisk kvinne blir lettere i forbindelse med et svangerskap, og hun står i større fare for å dø av blødningen. Anemi disponerer for infeksjoner, og infeksjoner forsterker anemi. Kvinner kan lett komme i en ond sirkel med svangerskap som tapper kroppen for jernlagre, kroniske infeksjoner, og et utilstrekkelig kosthold.

Tabell over anemi hos kvinner (gravide og ikke-gravide) og menn. Fra: Third Report on the World Nutrition Situation, s. 35.

Jodmangel er et annet ernæringsrelatert helseproblem som særlig rammer kvinner, med struma og stoffskifteproblemer som de viktigste symptomene. Dessuten er jodmangel hos mødre den hyppigste årsaken til mental retardasjon hos barn som er enkel å forebygge. Spesielt i land der det er sterkt regn som vasker ut jorden, og det spises lite fisk, er det vanskelig å få nok jod i vanlig kost. Jodtilsetning er derfor veien å gå. Jodisering av salt har skutt fart de

i de senere årene, og en stadig mindre andel av verdens befolkning står i fare for jodmangel. (Tabell, s.23 i Third Report on the World Population)

Det undersøkes for tiden på andre mangelsykdommer. Sink er i søkelyset, spesielt for en mulig sammenheng mellom sinkmangel og graviditetsrelatert dødelighet.

Kvinnens helse i de fattige landene framstår i dag med et tilsvarende sykdomsmønster som en så i Norge for hundre år siden, da reproduksjon, infeksjoner og mangelsykdommer utgjorde en stor fare for kvinnens liv og helse. Samtidig ble mange av disse problemene fortiet. Det er f.eks. en gjengs oppfatning at tuberkulose vesentlig rammet menn, med stereotypien av den bleke og sarte intellektuelle mannen som døde ung av denne sykdommen. I virkeligheten var det flere tenåringsjenter enn –gutter som ble rammet.

### 2.3 Kvinnens bruk av helsetjenester

I mangel på pålitelig statistikk om kvinnens og menns sykkelighet, har iblant hjelpesøking for sykdom blitt brukt som mål på sykkelighet. Det har imidlertid vist seg å være et særlig dårlig mål for forskjell i sykkelighet på kvinner og menn, og for sykdommer som særlig rammer fattige mennesker. Det gjelder særlig der kvinner har lav status. Behandling av seksuelt overførbare sykdommer gis mange steder nesten utelukkende til menn. Det har lenge vært den oppfatningen at gonore stort sett er uten symptomer hos kvinner, og at de derfor ikke søker hjelp. Nyere forskning har imidlertid vist at kvinner merker sine symptomer mye oftere enn det ble trodd tidligere men de opplever ofte at deres symptomer på gonore blir bagatellisert. Dessuten er tjenestene ofte lagt opp slik at kvinner ikke kan få behandling uten at de stigmatiseres. Behandling av tropesykdommer er et annet eksempel der det er vist at helsetjenestetilbudet til kvinner er dårlig. Undersøkelse på forekomst i befolkningen har vist at jenter og kvinner er vel så ofte rammes av disse sykdommene, selv om det er en stor overvekt av gutter og menn blant de som får profesjonell hjelp. For de sykdommene som utgjør den største risikoen for barns liv i fattige land, nemlig lungebetennelse og diare, er det slik i mange land hvor kvinner generelt har lav status, at piker i mye mindre grad enn gutter får profesjonell hjelp.

## 3 Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter

---

### 3.1 Reproduktive rettigheter

I den internasjonale debatten om kvinnens helse er det et særlig fokus på seksuell og reproduktiv helse, selv om andre aspekter også får oppmerksomhet. I forbindelse med seksuell og reproduktiv helse gjøres det også mest bruk av menneskerettigheter for å beskytte helsen. Det er de reproduktive rettighetene. De består av generelle, allerede vedtatte menneskerettigheter anvendes til å beskytte reproduktiv helse. Det gjelder særlig

- retten til liv
- retten til helse
- rett til ikke-innblanding i privatsfæren
- retten til å nyte godt av vitenskapelige framskritt.

Reproduktive rettigheter innebærer retten til selv å bestemme om og når en vil ha barn, og det er retten til å slippe uønskete seksuelle relasjoner. Det er

også retten til å slippe å sette liv og helse i unødige fare i forbindelse med reproduksjon.

Det rapporteres regelmessig til FN-organer om hvordan disse rettighetene håndheves i de ulike land. Dersom et land fører en politikk som fører til at unødige mange kvinner dør i forbindelse med fødsler eller aborter, eller at de ikke får tilgang på familieplanleggingstjenester, kan landet få en påpakning. Det har skjedd med Filippinene og Peru, i forbindelse med at begge landene har streng abortlovgivning og lite tilgang på prevensjonsmidler. Dette har FN vurdert til å være i strid med retten til liv og helse. Det er også i strid med Kvinnekonvensjonen, som sier at det ikke skal være unødig diskriminering mellom kvinner og menn. Når kvinner løper en unødig risiko for å miste liv eller helse, kan et land som har ratifisert Kvinnekonvensjonen få beskjed om at dette er i strid med konvensjonen.

Grunnen til at arbeidet med menneskerettigheter fokuserer på seksuell og reproduktiv helse er at denne siden av kvinnehelse er sterkest politisert, og eksisterende praksis er sterkt knyttet sammen med normer for seksualatferd, forhold mellom kjønnene, barneoppdragelse etc. Det kan derfor være vanskelig å få forandringer innenfra. Forskningsresultater om hvordan det går i andre land kan være til stor hjelp for å avlive myter, f.eks. om at aborttall farer i været dersom abortlover liberaliseres.

Hvis reproduktiv helse skal bedres, er det viktig at kunnskap og ikke fordommer får råde grunnen. Hos noen finns det en reell frykt for at den generelle moralen bryter sammen dersom kvinner får anledning til å utøve reproduktive valg og reproduktive rettigheter. Hos andre er det et bevisst maktspill å hindre kvinner i denne retten. Samarbeid mellom landene i mellom, og sammenlikning mellom erfaringer i ulike land, har vist seg å være nyttig for å bryte ned fordommer og myter.

### 3.2 Reproduktiv sykkelighet og dødelighet

Blant det som truer den reproduktive helsen er det særlig sykkelighet og dødelighet i forbindelse med graviditeter og med seksuelt overførbare sykdommer å gjøre som får stor oppmerksomhet i den globale diskusjonen, og de skal diskuteres nedenfor. Av andre problemer, som også hører med til reproduktiv uhelse, er ufrivillig barnløshet og seksuelle problemer.

veldig nyttig.

#### *Graviditetsrelatert dødelighet og sykkelighet*

Forskjellen mellom rike og fattige land, og mellom rike og fattige i samme land, på kvinnens mulighet til å overleve sine svangerskap er den desidert største forskjellen når det gjelder helse og sosiale forhold. Mødredødelighetsratio er et mål på den graviditetsrelaterte dødeligheten, og viser risikoen ved hvert enkelt graviditet. Telleren i brøken viser antall kvinner som dør under svangerskapet eller i løpet av 42 dager etter at graviditeten har opphørt, av en årsak som skyldes graviditeten. Nevneren i brøken er 100 fødte, levende barn.

Norge ligger sammen med en del andre land best an i verden, med en mødredødelighetsratio på 5/100000 levende fødte barn. De fattigste landene, og der kvinner har særlig lav status, ligger på toppen. Guinea og Liberia ligger helt på toppen, med 13 000/100 000. Tallene er usikre, og det gjelder særlig de

fattigste landene p.g.a usikker statistikk, men det gir likevel en pekepinn og problemets enorme størrelse.

Om en ser på livsløpsrisiko for å dø en graviditetsrelatert død, blir gapet mellom fattige og rike land enda større, fordi kvinner i fattige land gjennomgående har flere graviditeter enn i den rike del av verden. I Norge er det en livsløpsrisiko å dø av en graviditetsrelatert årsak på 1 av 7300. Lavest risiko fins i Sveits, med 1/ av 8700. Det tilsvarende tallet for Afghanistan, Guinea og Somalia er 1/7. I disse landene vi derfor praktisk talt alle ha opplevd graviditetsrelaterte dødsfall blant sine nærmeste, og faren forbundet med svangerskap er reell og erkjent.

Antall graviditetsrelaterte dødsfall i verden er anslått av WHO og UNICEF til 585 000 årlig. 75 000 av disse anslås å være p.g.a. aborter som er utført av ukyndige, eller uten nødvendig utstyr.

Det foretas anslagsvis 60 millioner svangerskapsavbrudd årlig i verden, og av disse utføres 15–20 millioner på en slik måte at faren for komplikasjoner er stor. For å få ned denne dødeligheten trengs det sikre aborttjenester. Ca. 25 % av kvinnene i verden lever i land hvor abort ikke er tillatt i det hele tatt, eller bare på meget strenge vilkår. De stedene der abortloven er svært streng, vil det foretas mange ulovlige aborter. De som har god råd, kan enten reise til andre land der abort er tillatt, eller å kjøpe seg ulovlige tjenester av høy kvalitet hos profesjonelle. Men for de mange fattige, vil slike aborter som oftest gjøres av ikke kyndige, og det innebære en betydelig risiko for komplikasjoner. I slike land er det viktig at helsevesenet kan gi rask og adekvat behandling ved abortkomplikasjoner. Men det svikter ofte, fordi hele abortproblematikken er fortiet, og helsepersonell kan være usikre på hva de har lov til å gjøre overfor disse kvinnene som jo har begått lovbrudd. Selv der loven er liberal, kan sjansen for komplikasjoner ved et abortinngrep være stor. Det gjelder India, idet helsetjenesten ikke gir tilbudet til de som trenger det.

### *Seksuelt overførbare sykdommer*

Seksuelt overførbare sykdommer er oftere underdiagnostisert og underbehandlet hos kvinner enn hos menn, selv om konsekvensene for kvinner er større. En av grunnene til neglisjeringen er at symptomene merkes i mindre grad av kvinner. Dette er imidlertid bare en del av årsaken til skjevheten, og det er av mindre betydning enn det tidligere har blitt trodd. Viktigere ser det ut til å være at helsevesenet generelt neglisjerer kjønnsykdommer hos kvinner. Vertikale tjenester som befatter seg med kjønnsykdommer betjener stort sett menn, iblant prostituerte. Det betyr at det er forbundet med et betydelig stigma å søke en slik klinikk, slik at kvinner i praksis utelukkes fra tjenestene.

Ubehandlet kjønnsykdom hos kvinner kan føre til tette eggledere, noe som på sikt kan føre til ufruktbarhet, og som gir økt fare for svangerskap utenfor livmoren, noe som er en livstruende tilstand, særlig der helsetjenestene er dårlig fungerende. Hvis en gravid kvinne har ubehandlet syfilis, kan det føre til fosterdød eller medfødt skade, og gonore kan gi blindhet.

Seksuelt overførbare sykdommer har dessuten fått en økende betydning i forhold til hiv-aids epidemien, fordi det er så mye større fare for overføring av hivsmitte dersom en har en av de klassiske kjønnsykdommene som gonore eller særlig syfilis. Mens det er sykdommer vi nå ser svært sjeldent i Norge, er det høy forekomst av bærertilstand og sykdom av disse infeksjonene.

Hiv-epidemien i Norge vesentlig er knyttet til menn som har sex med menn, injiserende misbrukere og personer fra land med høy risiko. I Afrika, hvor epidemien er mest utbredt, rammer den vesentlig heterofile, og totalt sett er det like mange kvinner som menn er rammet. Men blant de unge er det allerede mye høyere forekomst av hivpositivitet blant kvinner enn blant menn, og smitte øker raskere blant unge kvinner enn blant unge menn. Dette avspeiler et maktforhold, idet menn som har status og ressurser kan sette premissene for seksuell kontakt. I et samfunn hvor kanskje et fjerdedel av den voksne befolkning er hiv-smittet, vet alle at det er mindre sjans for å være smittet jo yngre en er. Unge jenter blir derfor foretrukket, og menn har i mye større grad et valg i forhold til seksualitet. Dette fører til at overvekten av jenter øker ytterligere blant de unge hivpositive.

Livmorhalskreft er i økende grad et u-landsproblem, og anses om en seksuelt overførbart sykdom fordi et virus har en sentral årsaksrolle. Dette er en kreftform som har vært synkende i vårt land. Forekomsten i fattige land er usikker, men det anslås at det er en halv million dødsfall årlig i verden av livmorhalskreft. Det er bare de velstående landene som har kapasitet til noen omfattende rutinemessig prøvetaking for å oppdage tidlige stadier av kreften. Det foregår en debatt om hva som er den beste oppsporingsmåten av livmorhalskreft i fattige land. Det er heller ikke etisk forsvarlig å drive oppsporing dersom det ikke fins behandlingstilbud.

### **3.3 Vertikale tjenester, kontra integrerte reproduktive helsetjenester**

I fattige land går mye av helseressursene til såkalte vertikale tjenester, som er utøvelse av én type tjenester, i egne klinikker, eget personell og egen administrasjon. Mange steder er det separate klinikker for familieplanlegging, andre klinikker for mor-barn helsetjeneste med særlig vekt på vaksinasjon av barn og svangerskapskontroll av kvinner, og egne klinikker for seksuelt overførte sykdommer. Denne vertikaliseringsen skyldes både at det er overveldende for et fattig land å prøve å håndtere alle de eksisterende helseproblemer, og en har forsøkt å ta fatt i noen biter, for i alle fall å gjøre noe. Dessuten har denne tilnærmingen vært oppmuntret av at bistandsgivere gjerne vil kunne følge med i hvor de midlene går som de bidrar med, og det er lettere i vertikale programmer enn å gi støtte til helsetjenestene generelt.

Det har lenge vært en oppfatning at grunnleggende mor-barn-helsetjenester er formålstjenlig for å bedre helsetilstanden for kvinner og barn. Mens det er klart at nedgangen i dødelighet hos barn i stor grad skyldes slike tjenester, har disse tjenestene ikke hatt nevneverdig innflytelse på mødredødeligheten. Svangerskapskontroller har stor prioritet verden over, men heller ikke den tilnærmingen har ført til noen nedgang i mødredødelighet. Lenge trodde en at familieplanleggingstjenester både kunne redusere den graviditetsrelaterte dødeligheten, samtidig som de skulle få ned befolkningsveksten. Men heller ikke det har bedret kvinnens mulighet til å overleve sine svangerskap. Etterhvert fikk dessuten mange av familieplanleggingsprogrammene dårlig rykte, både fordi de har vært av dårlig kvalitet og tvunget kvinner til å bruke prevensjon eller å la seg sterilisere, og fordi de har blitt kritisert for å legge ansvaret for verdens fattigdom på kvinner som føder barn og dermed opprettholder et stort antall fattige.

Det skjer nå en omlegging av helsetjenestene i en del land, i retning bort fra vertikale tjenester, og mot at alle reproduktive helsetjenestebehov gis av samme personalet og i samme klinikk. Det er et håp at dette kan medvirke til

en nedgang i sykkelighet og dødelighet. Det arbeides dessuten for at helsevesnet bedre skal kunne respondere på akutt oppståtte komplikasjoner hos gravide, fødende og barselkvinner. Det må også ytes sikre aborttjenester til den kvinnen som er uønsket gravid, og behandling av abortkomplikasjoner, som særlig vil være hyppige der aborter er forbudte og farlige.

### 3.4 Kairo-konferansen og reproduktiv helse

Den tredje internasjonale konferansen om befolkning og utvikling ble holdt i Kairo i 1994. Mens «befolkning» omfatter svært mye, inklusive demografiske framskrivninger og migrasjon, konsentrerte konferansen seg om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.

Konferansen knesatte prinsippet om at reproduktive rettigheter er en del av menneskerettighetene. Videre ble det understreket nødvendigheten av å se helseproblemer som er relatert til seksualitet i sammenheng, og også å ta opp viktige men neglisjerte problemer som ufruktbarhet. I et klima hvor det har vært frykt for en ukontrollert vekst av befolkningen i verden, og med helsetjenester som har fokusert på den enkeltes ansvar for denne «ukontrollerbare veksten» har det vært liten gjenklang for å hjelpe den kvinnen eller det paret som ikke får et ønsket barn. Dersom befolkningskontroll er den viktigste motivasjonen for familieplanleggingsprogrammer, vil dessuten tjenestene rettes mot gifte par, fordi de fleste barna fødes i ekteskap eller stabile relasjoner. Men dersom siktemål er å bedre den reproduktive helsen, og med et, vil målgruppen være alle som er seksuelt aktive, og som ønsker prevensjon. Fordi det er kvinner som løper risikoen ved uønskede svangerskap, er det særlig de som blir rammet når det er hensynet til befolkningskontroll og ikke helse som legges til grunn for familieplanleggingstjenestene. Det er særlig de frivillige kvinneorganisasjonene som har argumentert sterkt for at hensynet til individets helse må legges til grunn, og de fikk mye støtte for det.

I løpet av arbeidet med Kairo-konferansen skulle deltakerlandene komme til enighet om hvordan en skulle forebygge helseproblemer knyttet til seksualitet og reproduksjon, og som ventet ble det store kontroverser. Det var særlig på spørsmål knyttet til abort og ungdomsseksualitet at de største uengighetene viste seg. Likevel ble det oppnådd noen grad av enighet. Abort ble definert som et folkehelseproblem, og det var enighet om at abortkomplikasjoner skal kunne behandles overalt, uavhengig av hvordan loven er i et land. Kairo-konferansen kom også til en slags enighet når det gjelder ungdommer rett til opplysning og tjenester, og deres foreldre skal involveres i arbeidet, men foreldres samtykke skal ikke alltid være nødvendig for seksualopplysning for helsetjenester.

For å få bedret kvinnens reproduktive helse, trengs det samarbeid med menn. Samtidig har menn en del helseproblemer knyttet til seksualitet og reproduksjon, og noen av disse er neglisjerte. Nødvendigheten av mer ansvarsfull seksuell og reproduktiv atferd fra menns side ble understreket på konferansen.

### 3.5 Hva har skjedd med reproduktiv helse siden Kairo-konferansen?

Kvinnekonferansen i Beijing i 1995 bygget videre på Kairo-konferansens formuleringer om reproduktiv helse og rettigheter, og satte dem inn i en ramme der deres betydning i forhold til generell økonomisk utvikling ble understreket. Rettighetsaspektet ble også utdypet, bl.a. i forhold til bestemmelse i



samfunnet, økonomiske rettigheter o.s.v. Hva angår abortspørsmålet, så gikk Kvinnekonferansen videre enn Kairo-konferansen, idet det ble henstilt til land å revidere lover som straffer kvinner for å ta ulovlig abort.

Det ser ikke ut til å være noen nedgang i graviditetsrelatert dødelighet, snarere en oppgang. Men dataene er altså usikre. Endringer i måten helsevesenet organiseres, med økt privatisering og større egenandeler, har vist seg noen steder å føre til økt dårligere helsetjeneste ved graviditetsrelaterte komplikasjoner, og dermed økt dødelighet. Fødselsomsorgen er fremdeles lavt prioritert mange steder, men det fins noen eksempler på at det har skjedd bedring selv med begrensede midler.

En av årsakene til at den graviditetsrelaterte dødeligheten sannsynligvis øker, er at hiv-aids epidemien nå har slått til for fullt. Å være bærer av hiv-viruset blir en normalt ikke syk av. Men der den generelle helsetilstanden er dårlig, kan sjansene for å overleve et svangerskap reduseres når kvinner har en kronisk virusinfeksjon i kroppen. Det vil redusere motstandskraft mot andre infeksjoner, og gjøre de smittede mer utsatte og sårbare for blødninger. Siden infeksjoner og blødninger er de vanligste årsakene til dødsfall i forbindelse med fødsel, vil disse hivpositive kvinnene løpe en økt risiko.

Det er i noen grad tatt et oppgjør med familieplanleggingsprogrammene i Asia, der det foregikk overgrep og tvang. Det gjelder særlig India, som har sluttet å sette krav til helsepersonell om de skal få sterilisert eller satt inn spiral på et visst antall kvinner.

En del land arbeider for å komme bort fra den vertikale modellen for helsetjenester, over til en modell med integrerte reproduktive helsetjenester, men gjennomføringen av dette er vanskelig p.g.a. sterk konkurransen om små ressurser til helsetjenesten. Behandling av kvinner med komplikasjoner etter utført abort har bedret seg noen steder. Tilbud om reproduktive helsetjenester til ungdommer er fremdeles et stort problem, og de viktigste framskrittene ser ut til å ha blitt gjort av frivillige organisasjoner. Abortlovgivningen har blitt liberalisert i 19 land siden 1985, altså før Kairo-konferansen og Beijing-konferansen. Guyana og Sør-Afrika er to land som har lovfestet nærmest selvbestemt abort i tiden etter konferansene. Polen har som det eneste landet i verden skjerpet abortloven.

Et helt spesielt problem som en del land har tatt fatt i, er der jenter som blir gravide hindres i å fortsette skolegangen. Dette har noen steder blitt moderert, slik at jentene i det minste har krav på å få begynne på skolen etter at de har født, selv om de en del steder ikke har rett til å komme tilbake til den samme skolen.

## **4 Andre helseproblemer**

---

### **4.1 Vold mot kvinner**

De siste årene har sett en voldsom økning i erkjennelsen av at skjult hjemmenvold er hyppig forekommende, og et betydelig helseproblem, både i form av akutte skader, og psykiske og psykososiale problemer på kort og lang sikt. For de fattigste landene er det også framholdt at hjemmenvolden hindrer generell økonomisk utvikling. Ikke noe samfunn i verden er fritt for hjemmenvold, og aller oftest er den rettet mot kvinner og mot barn, selv om noe av volden også er rettet mot menn. Vold mot kvinner er ett av to prioriteringsområder for Verdens helseorganisasjons satsing på kvinners helse.

Frivillige organisasjoner verden over har gjort, og gjør, et stort arbeid med å dokumentere hjemmevold, og å gi tilbud til de som er rammet. Også forskningsinstitusjoner gjør et stort arbeid med kartlegging og dokumentasjon.

Vold er særlig utbredt i samfunn med sosial oppløsning og konflikter. Fra India har det kommet en økende dokumentasjon om vold og drap mot unge nygifte kvinner. Det praktiseres fremdeles medgift, selv om denne har vært forbudt i mange år. I India er det dessuten meget aktive organisasjoner som arbeider mot utbredelse av alkohol. Drikking hos mennene er erkjent ikke bare som noe som tar en uforholdsmessig stor del av en families inntekt, det fører også med seg svært mye vold. Sør-Afrika er et annet land hvor det foregår lærerik forskning på den seksualisert vold.

Det tas ofte til orde for at den skjulte hjemmevolden skal og må takles av de ordinære helsetjenestene. Verdens helseorganisasjon arbeider med å skaffe dokumentasjon om hvordan helsevesenet møter denne utfordringen, men det er lite tilgjengelig materiale. Alt i alt ser det ut til at helsevesenet bare i svært liten grad makter å ta opp problemet.

#### 4.2 Skadelige tradisjoner

Den andre satsingsområdet til WHO innen kvinnehelse er utryddelse av nye tilfeller av kvinnelig omskjæring, og rehabilitering til de kvinnene som allerede er omskåret. Kvinnelig omskjæring kalles også kjønnslemlestelse, for å skille det fra fjerningen av forhuden på gutter og menn, som gjøres av religiøse, hygienisk eller tradisjonelle grunner. Afrikanske ledere har selv definert omskjæring av kvinner som en skadelig tradisjon, f.eks. Inter-African Committee on Harmful Traditional Practices against Women and Children. WHO har anslått at ca. 130 millioner kvinner i Afrika eller med opphav i Afrika, og noen få utenom, har gjennomgått omskjæring.

Mange afrikanske land har vedtatt lover mot kvinnelig omskjæring. Men det er et kjent fenomen at forbud alene har liten eller ingen virkning. Sudan forbød f.eks. omskjæring av kvinner for ca. 50 år siden, men fremdeles omskjæres 90 % av jentene i den nordlige delen av landet.

Det er en del eksempler på vellykket arbeid for å forebygge at jenter blir omskåret. Slikt arbeid har stort sett følgende karakteristika:

- det brukes god tid på å bygge opp tillit hos de som er bestemmende i et samfunn: De eldste, religiøse leder etc.
- andre tradisjoner, som ofte gjøres sammen med omskjæringen, f.eks. pubertetsritualer, beholdes, arbeidet rettes utelukkende mot omskjæringen.
- det gis god og forståelig informasjon om den skadelige virkningen omskjæringen har på helsen.
- religiøse leder forklarer at inngrepet ikke er påkrevet av religionen. Selv om ingen religion påbyr inngrepet, fins det likevel folkereligiøse oppfatninger om at det er påkrevd.
- omskjærerne gis et alternativt arbeid, slik at de har til livsopphold.

En klinikk i Addis Abeba, Etiopia, har spesialisert seg på behandling av kvinner som har fått totalruptur som fødselskomplisasjon. Disse kvinnene har fått en åpning mellom endetarm, skjede og urinrør. De har ingen kontroll på vannlating og avføring, og ofte store problemer med å gå. Denne komplisasjonen rammer særlig kvinner som har blitt omskåret på en slik måte at skjedeåpningen har blitt forsnevret, og unge jenter, som ikke får tilstrekkelig

fødselshjelp. Undersøkelser viser at de aller fleste kvinnene med ubehandlet totalruptur blir utstøtt av sin familie, og av sine menn. Det er ofte unge mødre, og en fryktelig tragedie for hver av dem det gjelder. Klinikken i Addis Abeba gir operasjons- og rehabiliteringstilbud til slike kvinner, og de lærer opp helsepersonell fra hele Afrika i dette inngrepet. Det er riktignok en dråpe i havet i forhold til behovet, men et bevis på at det går av å gjøre noe med dette store og neglisjerte kvinnehelseproblemet.

I Norge er det bosatt ca. 4000 kvinner og jenter fra land som praktiserer omskjæring. De nasjonale utfordringene er å tilby de som er omskåret en medisinsk service av høy kvalitet, samt å forebygge at jenter omskjæres. Det fins en eksplisitt norsk lov mot kvinnelig omskjæring.

Det fins også andre tradisjoner som benevnes skadelige, og som det er organisert arbeid mot. Det er f.eks. mattabuer, som hindrer kvinner i å spise næringsrik mat. Spesielt under graviditeten fins det mange oppfatninger av hva kvinner skal spise, og ikke spise. Dette kan føre til spesifikke mangelsykdommer, og til generelt for lite mat slik at kvinnen taper mye vekt under svangerskapet, og føder undervektige barn. Det er barn som har større dødelighet og større sykkelighet enn andre barn.

### 4.3 Yrkeshelse

Yrkesmedisin er de fleste steder kjempet igjennom i et samarbeid mellom fagforeninger og helsevesen, og med de aller farligste yrkene for øyet. Det har vært gjort store framskritt for å beskytte arbeidstakere i gruver og i fabrikker der de blir utsatt for ulykker, forurensning og annen fare. Verden over er det stort sett menn som innehar slike yrker. Mange steder er det lover som forbyr kvinner å arbeide under jorden og om natten.

Kvinner som er ansatte utenfor hjemmet kommer sjeldent i slike yrker, men de har likevel helserisiko som er knyttet til jobben sin. Disse helseproblemene er veldig ofte neglisjerte. Det gjelder også i vårt land, men virkningen blir mye mer dramatisk i de landene der kvinnenes helsetilstand er så mye dårligere og kvinnene er generelt mer sårbare. Kvinner har ofte jobber med lav inntekt og lav status. Kroniske muskel- og skjelletsmerter er et veldig neglisjert yrkeshelseproblem hos kvinner, også i den fattige delen av verden.

FNs organisasjon som jobber med arbeidsforhold, ILO, er opptatt av at også kvinner som jobber hjemme har rettigheter. I de senere årene har det særlig vært rettet søkelys mot den luftforurensningen kvinner utsettes står i forbindelse med matlaging. Fremdeles foregår det meste av matlaging i verden på kull- eller vedovner, og innendørs i små hus med dårlig ventilasjon. En vanlig arbeidsdag for en kvinne i slike forhold kan utsette henne for like stor fare for lungekreft av luftforurensningen som røyking av 20 sigaretter om dagen. En annen virkning av slik innendørs luftforurensning er lungesvikt, som i ekstreme tilfeller kan føre til hjertesvikt. En undersøkelse fra New Delhi i India viste rekordartet forekomst av denne komplikasjonen. Arbeid med å utvikle og distribuere ovner som utvikler lite røyk er en høyt prioritert oppgave for en del organisasjoner som arbeider med helsespørsmål i fattige kontekster.

## 5 Kvinner i spesielt utsatte situasjoner

---

### 5.1 Kvinner i krigssituasjoner

Det var først under krigen i det tidligere Jugoslavia at systematisk bruk av seksuelle overgrep mot kvinner ble dokumentert og kjent for verdensopinionen som en del av krigføringen. I virkeligheten har slike overgrep alltid forekommet i forbindelse med krig og uro. Slike overgrep er alltid en tragedie for dem det gjelder. Der kvinners ærbarhet tillegges den aller største vekt, kan deres muligheter til å bli gift ødelegges for bestandig. Dette er spesielt tragisk der kvinner er det er få eller ingen mulighet for å greie seg alene økonomisk.

Antall flyktninger i verden har steget meget raskt på få år. Det gjelder både de som er definert som flyktninger i tradisjonell forstand ved at de befinner seg utenfor sitt lands grenser p.g.a. en begrunnet frykt for forfølgelse, og det økende antallet personer som er fordrevet fra sine hjem, men som befinner seg innenfor sitt lands grenser; de såkalte internflyktningene.

Tre fjerdedeler av flyktningene i verden er kvinner og barn. De aller fleste av disse befinner seg nært det stedet de har flyktet fra. Det betyr at langt de fleste flyktningene i verden befinner seg i et fattig land, med lite ressurser til å hjelpe dem, selv om viljen skulle være tilstede. Verdenssamfunnet, og spesielt FNs høykommissariat for flyktninger, har ansvar for å hjelpe flyktninger. Det faller likevel alltid et stort ansvar på myndighetene i et land der flyktningene oppholder seg, uansett hvor fattig landet måtte være.

Alle de helseproblemene som rammer kvinner i fattige forhold, rammer disse kvinnene i ekstra sterk grad. Det er særlig på området reproduktiv helse, ernæring og infeksjoner at disse kvinnene løper en særlig risiko.

Det er allment kjent at flyktninger har behov for hjelp i form av mat, og at infeksjonssykdommer er en fare i overfylte flyktningeleire. Ernæringsfeil og infeksjoner kan ramme kvinner særlig hardt. I de senere årene har WHO, FNs befolkningsfond og FNs høykommissariat for flyktninger også ivret for at reproduktiv helse skal være et prioritert satsingsfelt i flyktningeleirene. Dette er nå et kontroversielt tema i internasjonal bistand, hvor særlig den konservative majoriteten i den amerikanske kongressen motarbeider arbeidet for å gjøre prevensjon og andre reproduktive helsetjenester, spesielt nødprevensjon, tilgjengelig via FN-systemet. Deres argumentasjon er at reproduktiv helse ikke er et prioritert felt blant flyktningene selv. Dessuten blandes nødprevensjon sammen med abort. En del frivillige organisasjoner arbeider for å snu opinionen og å gi disse tjenestene, og noen forskere har tatt for seg å dokumentere kvinners reproduktive helseproblemer i krigssituasjoner, men her venter et stort arbeid.

Det har vært anslått at 2–5 prosent av de voldtektene som utføres systematisk som del av krigføringen fører til svangerskap. De fleste flyktningeleirene i verden ligger i land hvor adgang til abort er sterkt begrenset i lovverket. I tillegg er helsetjenestene for flyktninger dårlig utbygd. Det er vist at aborter i flyktningeleirene er blant de aller mest risikable abortinngrepene som utføres i verden. Likevel utføres de. Men mange kvinner som er voldtatte må gå svangerskapet ut. Det er anslått at det er født mellom 2000 og 6000 barn etter voldtekter foretatt under krigen i Rwanda.

Seksuelt overførbare sykdommer er et annet problem etter voldtekt. I landene i Afrika sør for Sahara der hiv-forekomsten er høy, er den særlig høy blant soldater. Voldtekt utført av soldater medfører derfor en meget stor risiko

for hivsmitte, spesielt der det foreligger en mer konvensjonell kjønnssykdom på forhånd.

## 5.2 Sexarbeid og «bordellenes motorvei»

Sex i bytte med penger eller andre materielle foregår over hele verden, men på ulike måter. Noen arbeider i bordeller med mange kunder hver dag. I Afrika er «sugar daddies» et kjent begrep. Det er eldre menn som jenter har sex med, mot at de betaler skolepengene eller gir penger til helt nødvendig livsopphold. Andre steder er det vanlig at jenter må ha sex med læreren for å få gå på skolen, og kvinnelige studenter må yte seksuelle tjenester til professoren for ikke å stryke til eksamen. Disse problemene kan bare løses ved at den enkelte jente eller kvinne blir løst fra økonomisk og følelsesmessig avhengighet, med «empowerment».

I de senere årene har det også blitt en økende organisering av sexsalg av kvinner og barn. Det kan være innen et land, eller over landegrensene. Kvinnene eller barna kan ende opp som sexslaver, d.v.s. at de er fanget i en situasjon som de ikke kan komme ut av uten hjelp.

FN har mange ganger fordømt organisert sexsalg, og noen land har tatt problemet alvorlig. Det er likevel en tendens til at problemet bare flyttes til andre steder.

Det fins noen frivillige organisasjoner som hjelper kvinner som er fanget i sexslaveri. En av disse er «Empower» i Thailand. Den har sitt utgangspunkt i menneskerettighetsarbeid. Mens andre var mest opptatte av at jentene i bordellene kunne smitte menn med hiv, tok «Empower» opp problemet fra jentenes rettigheter til liv og helse. «Empower» har utviklet strategier for hvordan jentene kan beskytte seg mot smitte og mot overgrep, og hvordan de generelt kan ta vare på sin helse. De har også hjelp til kvinner som vil komme ut av sexslaveriet, i form av opplæring og hjelp til å komme inn i andre yrker.

## 6 utfordringer til Norge etter Kairo- og Beijingkonferansene

---

Norge markerte seg sterkt på de Kairo-konferansen og Beijing-konferansen. Det forplikter til å følge opp dette engasjementet rundt reproduktiv helse og rettigheter, både på hjemmeplanet og i det internasjonale arbeidet.

I Norge er helsetilstanden god hva angår reproduktiv helse, og sammenliknet med mange andre land er også de reproduktive rettighetene godt beskyttet i lovverk og i praksis. Det er likevel mange utfordringer igjen. Vi trenger bedre kunnskap, og bedre tjenestetilbud. Helsespørsmål knyttet til seksualitet blir f.eks. fortsatt nokså stemoderlig behandlet, og det står mye igjen før ungdommer, funksjonshemmede og andre får dekket sine behov for helsetjenester på dette området.

I det multilaterale bistandsarbeidet som Norge deltar i, støttes seksuell og reproduktiv helse økonomisk via flere kanaler. Norge er en av de viktigste givene til FNs befolkningsfond (UNFPA), og til WHO's arbeid på dette området. Den internasjonale føderasjonen av familieplanleggingsforeninger, IPPF, får også betydelig støtte. Også Verdensbanken arbeid med reproduktiv helse får økonomiske midler fra Norge. I land-til-land bistanden har imidlertid støtten til reproduktiv helse gått ned. Det betyr også at dialogen med de land vi har støttet, svinner hen. Dermed mister vi erfaringen med å gå inn i de mange

dilemmaene som dette feltet åpner for, og som blir mest synlige på det nasjonale planet.

## 7 Konklusjon og framtidsperspektiver

---

Det har i løpet av de senere årene blitt en økende erkjennelse av hvordan kvinner utsettes for helserisiko, av biologiske, sosiale, kulturelle og ikke minst økonomiske årsaker. Det er positivt. Samtidig kan det se ut som om situasjonen forverres. Fattigdommens feminisering er meget alvorlig med tanke på konsekvenser for helse. Graviditetsrelatert dødelighet er en sensitiv parameter på kvinner status og på hvordan helsevesenet møter kvinners spesielle problemer. Denne dødeligheten ser ut til å øke, til tross for at det internasjonale samfunnet gjentatt ganger har sagt at dette problemet skal tas på alvor, og har kvantifisert målsetting for reduksjon.

I mange fattige land skjer det nå en dramatisk omlegging av helsevesenet, med dyptgående helsesektorreformer. Det inkluderer bl.a. desentralisering av myndighet over helsetjenestene. Mange steder privatiseres tjenestene også, og brukerne forutsettes å betale en økende andel av det tjenestene koster. Slik privatisering har et potensiale ved at kvaliteten kan bedres. Det kan være bedre å betale for en fungerende helsetjeneste du får, enn å tilbys gratis helsetjeneste av elendig kvalitet. Men noen har ikke anledning til å betale for helsetjenester i det hele tatt. Det har vist seg at graviditetsrelatert dødelighet kan gå opp ved innføring av egenbetaling. Det er en stor utfordring å finne ut hvordan kvaliteten i helsetjenesten kan tas vare på med de stramme økonomiske rammene som fins i mange land, og å finne måter å rette opp den demoraliseringen som helsearbeidere mange steder har opplevd gjennom en årrekke.

### *Litteratur:*

- Austveg, Berit og Johanne Sundby: Befolkningspolitikk mot år 2000. TANO, Oslo 1995.
- Health Statistics for the Nordic Countries 1996. NOMESCO, Nordisk Medicinalstatistiske komite, København 1998
- Human Development Report, UNDP, New York 1997
- Development in Practice: Improving Women's Health in India. The World Bank, Washington D.C. 1996
- Sen, Gita, Adrienne Germain & Lincoln C. Chen (eds.): Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights. Harvard University Press, Boston 1994
- The World Health Report 1998. World Health Organization, Geneva 1998
- Third Report on the World Nutrition Situation. United Nations ACC/SCN, New York & Geneva 1997
- Women's health: across age and frontier. World Health Organization, Geneva 1992
- World Health Day: Safe Motherhood. 7 April 1998. World Health Organization, Geneva, 1998
- Women's Health in Norway. Norwegian Board of Health/WHO. 2. Edition. Oslo, 1997
- World Development Report 1993. The World Bank, Washington D.C., 1993

## Vedlegg 2

# Kvinnens levekår, livsløp og helse

Endringer i et generasjonsperspektiv  
*Kari Skrede, Statistisk sentralbyrå*

### *Del I: Levekår i tre kvinnegenerasjoner<sup>1</sup>*

Mitt tema er levekår i tre kvinnegenerasjoner. Jeg har valgt å nærme meg generasjonsbegrepet indirekte, ved at jeg tar utgangspunkt i aldersmessig mer avgrensede grupper i form av *fødselskohorter*. Kohort betegner i sin opprinnelige betydning navnet på en enhet innen en romersk hæravdeling og betyr de som marsjerer i takt. I demografi og samfunnsvitenskap brukes kohortbegrepet om en gruppe individ som fra et felles utgangspunkt gjennomlever sitt videre livsløp i samme kronologiske tid. Fødselskohorten er sentral i denne sammenhengen, fordi den består av en gruppe personer som gjennomlever sitt biologiske livsløp i samme historiske tidsrom. Derfor er kjennetegnene kohort, alder og periode sentrale begreper når vi skal beskrive sosiale endringsprosesser, og sosiale endringsprosesser er et naturlig sted å begynne når vi skal se på karakteristiske trekk ved rammebetingelser og levekår for generasjonene som utgjør kvinnebefolkningen i dagens Norge.

Jeg legger her hovedvekten på materielle sider av levekårene, spesielt *rammebetingelsene for materielle levekår*. Rammebetingelser og mulighetene for den enkelte til å forme sine levekår har en sentral plass, enten vi er opptatt av beskrive levekårsulikheter i en gitt befolkning på et gitt tidspunkt, eller om oppgaven er å beskrive endringer i levekår over et lengre tidsrom for de generasjonene som utgjør dagens befolkning. Uansett om vi ser på ett eller begge kjønn, er dagens befolkning sammensatt av fødselskohorter som befinner seg i ulike livfaser og stadier av livsløpet. De har også gjennomlevd ulike livsløpsfaser under skiftende historiske og sosiale rammebetingelser. Dette har preget valgmuligheter, valg og levekår i de enkelte livsløpsfasene, samtidig som valg og tilpasninger i en fase av livsløpet bidrar til å sette rammer for det seinere livsløpet.

## **1 Livsløpsfaser, ekteskap og barn – stor variasjon i livsløpsmønsteret**

Vi vet at det har skjedd store endringer i kvinnens deltakelse i utdanning og yrkesliv i løpet av etterkrigstida, og at disse endringene har vært særlig mark-

1. Del I er i store trekk basert på en artikkel med samme tittel i Arbeidsnotat 8/96 fra Senter for kvinneforskning ved Universitetet i Oslo (Bjerrum Nielsen (red) 1996). Artikkelen var en bearbejdet utgave av et innlegg holdt på «notat/transparent» basis. Innlegget og artikkelen bygger i hovedsak på forskning presentert i to tidligere arbeider, INAS-rapporten Turbulens og stabilitet (Skrede 1994 a) og artikkelen «Kvinnens utdanning og yrkesliv» (Skrede 1994 b) i Frønes I og A. Hompland (red): Den nye barne- og familieboka. Grovt sett beskrev artikkelen i sin opprinnelige form en utvikling fram til det tidlige 1990-tallet. Teksten i del I er stort sett beholdt i opprinnelig (dvs. noe muntlig) form fra artikkelen, men den er enkelte steder supplert og justert i forhold til ny empiri/utviklingstendenser, bl.a. fra pågående prosjekt i Statistisk sentralbyrå – for å gi et oppdatert bilde av utviklingen. Avslutningsavsnittet i den opprinnelige artikkelen er omarbejdet for å gi et bindeledd til problemstillingene og stoffet som drøftes i del II

erte i de siste tjuefem årene. Jeg skal seinere komme mer konkret tilbake til hva dette har betydd for ulike generasjoner av kvinner. Men også de familiemessige sidene av kvinners liv har endret seg mye over de ulike fødselskullene/kohortene som i dag utgjør den voksne kvinnebefolkningen.

Selv om det etterhvert er tynnet kraftig ut i de store kvinnekullene som ble født tidlig i dette århundret, utgjør kvinnene som er født før 1915 fortsatt en ganske stor gruppe i den samlede kvinnebefolkningen. Ved årsskiftet 1994/1995 var det omlag 115 000 kvinner i befolkningen som var 80 år og eldre (Statistisk sentralbyrå 1996a). Det er mange nok til at det fortsatt har mening å ta disse fødselskohortene med når vi skal beskrive noen hovedtrekk i levekår og livsløp for ulike nålevende generasjoner i den norske kvinnebefolkningen.

Tabell 2.1 viser de betydelige endringene som har skjedd mht. giftemål og barnetall. Kvinnekohortene som ble født i perioden 1900- 1915 giftet seg gjennomgående relativt seint. Gjennomsnittsalderen ved førstegangs ekteskap var mellom 27 og 28 år. Omlag en tredjedel var fortsatt ugift ved 30 årsalder, og det var en ganske høy andel av fødselskullene som fortsatt var ugift ved 40 årsalder. Selv om en del giftet seg etter 40- års alder, var det også en ganske høy andel i disse årskullene som aldri giftet seg. Blant de gjenlevende kvinnene fra disse fødselskullene var det omlag 13 prosent ugifte pr. 1. 1. 1995 (Statistisk sentralbyrå 1996a, op.cit.).

**Tabell 2.1: Fødselskohorter av kvinner 1900-1960: A. Andel ugifte (i prosent) ved utvalgte alderstrinn<sup>1</sup>). B. Gjennomsnittlig antall barn (kohortfruktbarhet) født pr. kvinne innen 19932).**

| Fødselskohort | A. Andel ugifte |       |                       |                       | B. Gjennomsnittlig antall barn |
|---------------|-----------------|-------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|
|               | 20 år           | 24 år | 30 år                 | 40 år                 |                                |
| 1900          | 86              | 59    | 33                    | 21                    | 2,12                           |
| 1905          | 87              | 62    | 36                    | 19                    | 1,96                           |
| 1910          | 89              | 66    | 33                    | 15                    | 2,04                           |
| 1915          | 91              | 62    | 28                    | 12                    | 2,14                           |
| 1920          | 88              | 58    | 22                    | 13                    | 2,22                           |
| 1925          | 88              | 50    | 18                    | 11                    | 2,29                           |
| 1930          | 84              | 45    | 12                    | 10                    | 2,49                           |
| 1935          | 80              | 31    | 10                    | 5                     | 2,57                           |
| 1940          | 71              | 29    | 10                    | 5                     | 2,44                           |
| 1945          | 70              | 32    | 10                    | 5                     | 2,21                           |
| 1950          | 70              | 32    | 12                    | (10) ved 38 års alder | 2,07                           |
| 1955          | 70              | 40    | 20                    | (18) ved 33 års alder | 1,87                           |
| 1960          | 80              | 55    | (42) ved 28 års alder |                       | 1,40                           |

Kilder: 1) *Fødselskohortene 1900-1940*: Tabell 1, Bjøru og Sørensen (1983), Primærkilder: Folkemengdens bevegelse 1911-1976, NOS A 980, Statistisk sentralbyrå 1978.



*Fødselskohortene* 1945-1960: Familie- og yrkesundersøkelsen 1988 (Blom, Noack og Østby. 1993).

2) Brunborg, Helge og Svenn-Erik Mamelund: Kohort- og periodefruktbarhet 1820-1993, Rapporter 94/27, Statistisk sentralbyrå

### «De harde tretti-åra» – utsatt familieetablering

Fødselsmønsteret ble påvirket av at kvinnene gjennomgående giftet seg relativt seint. Kvinnene var godt voksne ved første barnefødsel, samtidig som fødslene strakte seg utover helt til slutten av den biologiske fruktbarhetsperioden. Fødselstallet for kvinner i 40 -45 årsalder var betydelig høyere enn det er i dag, og det var relativt vanlig med store barneflokker. Men samtidig var det ganske mange av kvinnene i disse fødselskullene som *ikke* fikk egne barn. Jeg har tidligere anslått andelen barnløse kvinner i disse fødselskohortene til mellom en tredjedel og en fjerdedel (Skrede 1994a). En viktig årsak var selvsagt at det var ganske mange kvinner som ikke giftet seg. Men det var også en betydelig andel av de gifte kvinnene som forble barnløse (Dyrvik 1976).

Tabell 2.1 (kolonne B) viser at det gjennomsnittlige barnetallet i disse fødselskullene (*kohortfruktbarheten*) var relativt lav. Kvinnene som ble født i begynnelsen av dette århundre fikk ikke mange nok barn til at de reproduserte sitt eget antall, mens de som ble født fra rundt starten på første verdenskrig fram til slutten av 1920-årene, hadde en kohortfruktbarhet som i gjennomsnitt lå noe over reproduksjonsgrensen på 2,1 barn (Brunborg 1975, Brunborg og Mamelund 1994).

Den høye giftermålsalderen i mellomkrigstida må sees i sammenheng med de økonomiske konjunktorene. Utsettelse av familietableringen var en vanlig form for mestring av de vanskelige økonomiske rammebetingelsene i mellomkrigstida. Det førte også til at barnefødslene ble utsatt. Fruktbarhetsfallet i 1930-åra var i likhet med fruktbarhetsnedgangen fra midten av 1970-tallet fram til midten av 1980-tallet, først og fremst en *utsettelse* av fødsler som ble realisert seinere i livsløpet. Men fordi mange kvinner var ugifte og fordi mange kvinner var godt voksne før de kom i gang med fødslene, ble det gjennomsnittlige barnetallet for disse kvinnekohortene relativt lavt.

### *Synkende giftealder og tidlige barnefødsler*

Dette endret seg radikalt for kvinnekohortene som ble født i perioden 1920 fram til 1950. Disse fødselskullene startet familietableringen tidlig i livsløpet. Gjennomsnittlig giftermålsalder og alder ved første barns fødsel var synkende i hele etterkrigstida fram til begynnelsen av 1970-åra. I fødselskohortene fra 1930 og 1940-åra er det også en mye høyere andel av kvinnene som både giftet seg og som fikk barn enn det var i kvinnekohortene som ble født tidlig i dette århundret. Ni av ti kvinner i disse kullene giftet seg før de var fylt tretti og ved førti-årsalder var det bare fem prosent som ikke var gift eller tidligere gift..

**Tabell 2.2: Medianalder i år ved karakteristiske livsløpsoverganger. Fødselskohorter av menn og kvinner**

| Livsløpovergang <sup>1</sup> | I2   | II3    | III  | IV   |
|------------------------------|------|--------|------|------|
| <b>Menn</b>                  |      |        |      |      |
| 1921                         | 19,8 | (28,3) | 28,3 | 30,4 |
| 1931                         | 18,3 | (26,0) | 26,0 | 27,8 |
| 1941                         | 17,6 | (24,8) | 24,8 | 26,4 |
| 1945                         | 21,5 | 23,9   | 24,1 | 25,6 |
| 1960                         | 21,1 | 23,2   | 28,0 | 27,9 |
| <b>Kvinner</b>               |      |        |      |      |
| 1945                         | 20,0 | 21,9   | 22,0 | 23,6 |
| 1950                         | 19,5 | 21,1   | 21,7 | 23,1 |
| 1955                         | 19,0 | 20,7   | 22,4 | 24,8 |
| 1960                         | 19,2 | 20,6   | 24,7 | 26,8 |
| 1965                         | 19,4 | 20,7   | –    | –    |
| 1968                         | 19,0 | –      | –    | –    |

Kilde: 1) Livsløpsoverganger: Alder er regnet etter år ved utgangen av kalenderåret I) Forlater opprinnelsesfamilien 1. gang II) 1. samliv III) 1. giftermål IV) 1. barns fødsel 2) Merk at Yrkeshistorieprosjektet registrerte flyttinger ned til en måned, mens Familie- og yrkesundersøkelsen satt grensen ved 3 måneder. 3) Ugift samboerskap ble ikke systematisk registrert i Yrkeshistorieprosjektet.

Samtidig sank det gjennomsnittlige barnetallet i de enkelte familiene, ved at de fleste kvinnene sluttet å føde barn lenge før de var ute av fødedyktig alder. Barnefødslene ble konsentrert om en mye kortere periode av livsløpet enn tilfelle var for mødrene i de forutgående kvinnegenerasjonene. På grunn av at så *mange* i disse årskullene fikk barn, ble likevel kohortfruktbarheten for disse kvinnekohortene betydelig høyere enn for fødselskohortene fra det tidlige delen av dette århundret. Kohortfruktbarheten var stigende helt fram fødselskullet fra 1934, som fikk 2,578 barn i gjennomsnitt (Brunborg og Mamelund op.cit.). Kohortfruktbarheten sank noe for de etterfølgende fødselskullene fra andre halvdel av 1930-tallet og fra 1940-tallet. Men som vi ser av tabell 1 har også kvinnene i disse fødselskullene et gjennomsnittlig barnetall i overkant av reproduksjonsgrensen på 2,1 barn.

Ekteskapet og det første barnet kom også tidligere og tidligere i livsløpet. Tre av ti kvinner i disse årskullene var gift før de var fylt tjue år. Alle som er gamle nok til å huske tilbake til denne aktive giftemålsperioden fra 1950- og 1960-tallet, vet jo at det også var slik at det første barnet gjerne ikke var så langt unna når ekteskapet ble inngått. Det var nokså vanlig at det første barnet ble født relativt kort tid etter bryllupet. Data fra Fruktbarhetsundersøkelsen 1977 viste at det var en betydelig andel kvinner i disse fødselskullene som allerede var gravide da de giftet seg (Skrede og Sørensen 1983).

*«Girskiftet» i familieetableringen*

Tidlig på 1970-tallet snudde imidlertid denne utviklingen. Fødselskohortene fra det tidlige 1950-tallet brøt trenden mot stadig tidligere ekteskap og barnefødsler, og samboerskapet gjorde for alvor sin inntreden i familieetableringsmønsteret. I disse fødselskohortene ble det formelle ekteskapet utsatt, og det ble i økende grad vanlig å ha en periode i ugift samliv før det formelle ekteskapet. Det ble etter hvert en markert utsettelse av barnefødslene.

Tabell 2.2 illustrerer de omfattende endringene i familieetableringsmønsteret over fødselskohortene fra 1920 fram til 1960. Tabellen kombinerer data fra Yrkeshistorieprosjektet ved INAS (som omfatter menn fra årskullene 1921, 1931 og 1941) og Familie- og yrkeundersøkelsen som omfatter kvinner og menn fra utvalgte fødselskohorter 1945 -68. For de eldste fødselskohortene har vi denne typen data bare for menn. Kvinner og menn fra de enkelte fødselskohortene følger imidlertid i stor grad de samme trendene i familieetableringsmønsteret, bortsett fra at kvinnene i de enkelte fødselskohortene i gjennomsnitt er noe yngre enn mennene når de gifter seg og når de får det første barnet.

Tabellen viser de markerte endringene først mot lavere og lavere alder ved giftemål og første barnefødsel fram til og med 1950-fødselskullet, fulgt av en tilsvarende markert stigning for de yngste fødselskullene. For kvinnene i 1960-kohorten var medianalderen ved første barns fødsel hele 3,7 år høyere enn for kvinnene i 1950-fødselskohorten. Tallene i tabell 1 viser at alle fødselskohortene av kvinner født mellom 1915 og 1950 nådde reproduksjonsnivået på 2,1 barn innen 1993. Utviklingen er mer usikker for de yngre kullene. Ved 38-års alder hadde kvinnene i 1955- kohorten fått 1,87 barn i gjennomsnitt, mens de fem år yngre kvinnene i 1960 kohorten i gjennomsnitt hadde fått 1,4 barn i 1993.

Vi kan supplere disse tallene fra 1993 med ferske tall som inkluderer fruktbarshetutviklingen for yngre og eldre fødselskohorter av kvinner fram til august 1998. Statistisk sentralbyrå startet i 1998 et nytt prosjekt basert på registeranalyser av en oppdatert fødselsfil. De første resultatene fra prosjektet er publisert i Lappégard (1998). Analysene viser at de førstegangsfødende er blitt stadig eldre det siste tiåret. I fødselskullet fra 1960 hadde knapt 75 prosent av kvinnene fått sitt første barn innen de fylte 30 år, mens andelen med barn ved 30 års alder var gått ned til vel 71 prosent i fødselskullet fra 1965. I fødselskullet fra 1960 var knapt 16 prosent av kvinnene barnløse da de passerte 35-årsalder. Noen av disse vil nok få barn seinere i livsløpet. Men det er neppe realistisk at 1960 kohorten vil nå igjen det lave nivået barnløse i kohortene fra 1935 – 1950 , hvor andelen ved 45-årsalder var i underkant av ti prosent. Utviklingene for de yngre kohortene av kvinner født etter 1965 peker også helt klart i retning av en høyere andel barnløse.

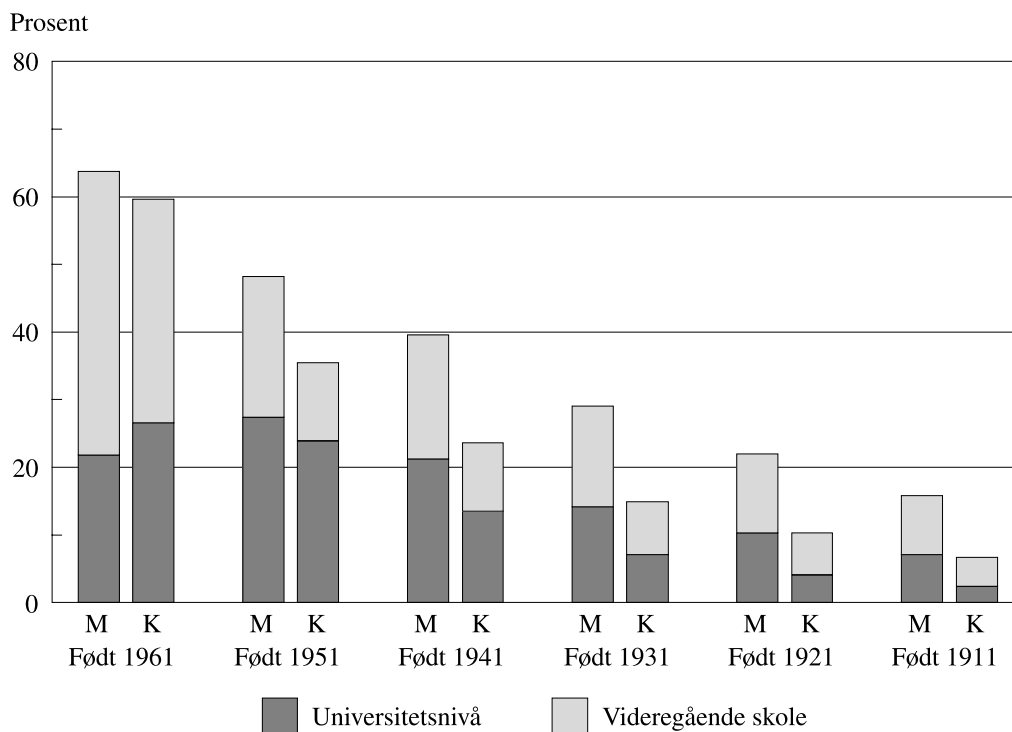
En annen interessant trend i fødselsmønsteret er at flere stopper etter ett barn, samtidig som det også er en tendens til økning i tredjebarnsfødslene. Blant kvinner født i 1940 var det 19,8 prosent som hadde enten ingen eller ett barn det året de fylte 40 år, mens det for dagens 40-årige kvinner (1957-kohorten) var 26,6 prosent. Ved 45 års alder vil kvinnene stort sett ha fått de barna de kan regne med å få over livsløpet. Andelen som nøyet seg med to barn var jevnt økende fra 1935 kohorten til 1950 kohorten, hvor 45,5 prosent stoppet ved to barn. Utviklingen peker i retning av et klart fall i denne andelen i yngre kohorter, hvor en kan se en tendens til økning i tredjebarnsfødselene for kvinner i 35 -40 års alderen.

Det er er for tidlig å felle noen endelig dom over kohortfruktbarheten i de yngre kvinnekohortene. Men vi kan allerede nå slå fast en annen konsekvens av de utsatte barnefødelene som helt sikkert kommer til å prege levekårene for disse kvinnekohortene i årene framover, og som samtidig bidrar til å gi en generasjonsmessig sterk kontrast til kvinnekohortene fra 1930- og 1940-tallet. De utsatte barnefødselene fører til at mange kvinner i fødselskohortene fra 1960-tallet fortsatt vil være småbarnsmødre til langt opp i førtiårene, mens kvinnene i de forutgående generasjonene i stor grad hadde avsluttet småbarnsfasen før de var fylt førti.

### *Prevensjonsrevolusjonen og velferdsstaten*

De markerte endringene i giftemål og fødselsmønster er en del av de store sosiale og økonomiske endringene som skjedde i etterkrigstida. Demografiske endringsprosesser er resultatet av et samspill mellom økonomiske og sosiale rammebetingelser og enkeltmenneskers valg og tilpasninger. I forhold til de store endringene som har skjedd i kvinners livsløp og levekår i etterkrigstida er det to forhold som bidro avgjørende:

Framveksten av velferdsstaten og den økonomiske og sosiale utviklingen utover i etterkrigstida er selvsagt en sentral del av endringsprosessene, som jeg skal komme nærmere tilbake til i de neste avsnittene. Men før vi forlater de demografiske endringene er det naturlig å nevne en annen viktig endring som bidro skjellsettende til endrete rammebetingelser. Introduksjonen av den nye prevensjonsteknologien med P-pillen og spiralen midt på 1960-tallet førte til at kvinner fikk en større kontroll over egen fruktbarhet enn tidligere. De nye prevensjonsmidlene var både kvinneadministrerte og samleieuavhengige. De ga bedre muligheter til å planlegge fødselene og førte også til at andelen «ikke-planlagte» svangerskap sank. Konsekvensen av dette ser vi i fødselsmønsteret i de ulike kvinnekohortene som var i fruktbar alder da de nye prevensjonsmidlene ble introdusert. For de unge kvinnene som ennå ikke hadde fått barn ble fødselene gradvis utsatt. For de litt eldre som allerede hadde fått barn, bidro prevensjonsmidlene til å avkorte barnefødselperioden. Småbarnsfasen ble konsentrert til en kortere periode av livsløpet enn det som var vanlig i de forutgående kvinnegenerasjonene (Østby 1983).



Figur 2.1 Andel av fødselskohorten med høyeste utdanning på videregående skole og universitetsnivå etter fødselsår og kjønn. Fullstendige fødselskohorter, kvinner og menn. 1990.

\*Hentet fra Skrede 1994a, figur 1.2, s. 38.

Kilde: Individdata fra Utdanningsregisteret og Folketellingene 1960-1990, bearbejdet av Sørli (1993).

## 2 Velferdsstaten i den tidlige etterkrigstida: En politikk for mødrene – en annen for døtrene

I en drøfting av den norske velferdsstatens utvikling og betydning for kvinners levekår, må det skilles mellom *to faser*. For enkelhets skyld begrenser jeg meg her til etterkrigstida, selv om grunnlaget for den politikken som ble ført var lagt allerede i slutten av mellomkrigstida. Den første fasen går fram til midten av 1960-tallet – og kanskje er det ingen tilfeldighet at skiftet skjer omtrent samtidig med at de nye prevensjonsmidlene kommer på markedet.

I politiske dokumenter som behandler oppbyggingen av den norske velferdsstaten i den tidlige etterkrigstida, eksisterer knapt ordet «kvinnepolitikk». Men *indirekte* førte likevel en velferdsstaten en kvinnepolitikk, og den gav et *tvetydig* budskap: Det ble ført én politikk for mødrene og en annen for døtrene: Politikken for *mødrene* stod trygt tuftet på den funksjonsdelte kjernefamiliens grunn. De to første ti-årene av etterkrigstida kan generelt beskrives som *husmormodellens glansperiode* (Skrede 1984). Det var et viktig mål i oppbyggingen av (det sosialdemokratiske) velferdssamfunnet at én inntekt skulle være nok til å brødfø en familie. Det som tidligere hadde vært forbeholdt en liten befolkningsgruppe i embetsstanden og det bedrestilte borgerskapet skulle nå bli en realitet for *hele* befolkningen. Det skulle bli slutt på kvinneslitet. Mor skulle få anledning til å vie seg familiens ve og vel i moderne og

lettstelte hjem. Indeksfamiliens levekår ble bestemmende både for fagbevegelsens lønnskrav og myndighetenes økonomiske politikk. De viktigste virkemidlene var finanspolitikken (skatte-, kreditt- og subsidiepolitikken) og boligpolitikken, der etableringen av Husbanken sammen med lavrentepolitikk og kredittregulering var grunnstammen for sikre folk flest en rimelig og hensiktsmessig bolig.

Økt satsing på utdanning og utjevning av befolkningens adgang til utdanning var en annen av de viktige bærebjelkene i oppbyggingen av det norske velferdssamfunnet i etterkrigstida. Det var et mål for utdanningspolitikken å utjevne forskjellene i adgangen til videregående utdanning etter sosial bakgrunn og bosted. Forskjellene etter kjønn hørte også med i i dette bildet, velferdsstatens døtre skulle også gis mulighet til å utdanne seg videre etter folkeskolen.

#### *Utdanning for flere – etterhvert også for jentene*

*Formelt* sett hadde mulighetene til utdanning lenge vært nesten like for kvinner og menn. Av generasjonene som vokste opp i mellomkrigstida var det likevel få både av kvinner og menn som fikk noen form for videregående utdanning etter folkeskolen. *Reelt* sett var mulighetene betydelig mer begrenset for jenter enn for gutter. I årskullene som ble født før og under krigen var det markerte ulikheter etter kjønn i andelen som fikk utdanning utover den obligatoriske skolegangen

Vi ser av figur 2.1 at dette endret seg radikalt for fødselskullene som ble født seinere i etterkrigstida. Allerede i fødselskullet 1941 er andelen kvinner med utdanning på minst videregående skolenivå kommet opp i nesten en firedel. 12 prosent av kvinnene har også universitets- og høgskoleutdanning. I dette årskullet ligger mennene fortsatt godt foran kvinnene, men for årskullene som ble født på 1950-tallet og seinere, endret også dette seg. I fødselsårskullet 1961 er det relativt flere kvinner enn menn som har utdanning på universitets- og høgskolenivå (26 mot 22 prosent), selv om det fortsatt er en noe større andel av mennene som har utdanning på videregående skolenivå (knappt 64 mot knapt 60 prosent). Denne tendensen opprettholdes i fødselskullene etter 1961. Eksempelvis hadde 22 prosent av kvinnene i fødselskullet 1965 utdanning på universitets- og høgskolenivå ved utgangen av 1993, mens tilsvarende andel for mennene var 17 prosent (Skrede, 1999 under arbeid).

*Dagens unge kvinner* har minst like lang utdanning som jevnaldrende menn. På universitetene har jentene i flere år vært i flertall blant de nye studentene, og de siste åra har det også vært kvinneflertall blant studentene totalt. Likhet i utdanningslengde betyr likevel ikke at menn og kvinner stiller likt i utdanningskvalifikasjoner. Det er fortsatt betydelige forskjeller mellom menn og kvinner i valg av utdanningsstype og retning. Kjønnforskjellene i valg av utdanning har betydning for mulighetene på arbeidsmarkedet, der i vi fortsatt har stor grad av atskilte arbeidsmarkeder for kvinner og menn.

#### *Lokket rasler på trykkokeren – døtrene blir mødre*

Den store utdanningsrevolusjonen for jentene tok først av for alvor i 1970-åra da årskullene fra 1950-tallet meldte seg til videregående utdanning. Men grunnlaget for denne revolusjonen var lagt tidligere. Også 1960-åra representerte en utdanningsmessig revolusjon i Norge. Antallet studenter på universitetene og høgskolene i Norge ble mer enn fordoblet. Totalt sett økte samlet

antall norske studenter ved universiteter og høyskoler i Norge og i utlandet fra knapt 14000 i 1961 til over 28 000 i 1968. Kvinneandelen blant studentene var også sterkt økende, fra 17 prosent i 1961 til nesten 23 prosent i 1968. Det var også en betydelig vekst i tallet på studenter innen profesjonsrettet utdanning, hvor lærerskoler og sykepleieutdanning lenge hadde vært viktige utdanningsveier for jenter.

Veksten i antall kvinner som tok lang utdanning var i seg selv en viktig indikator på at endrete holdninger til yrkesaktivitet og likestilling var begynt å gjøre seg gjeldende på mer bred front i de unge kvinnegenerasjonene i 1960-åra. I ettertid er det lett å se at dette etterhvert undergrov grunnlaget for å opprettholde den tvetydige kvinnepolitikken fra den første etterkrigstida. Mødrepolitikken og døtrepolitikken lå på en klar kollisjonskurs. Men da det var først da de eldste døtrene fra etterkrigstida selv var i ferd med å bli mødre, at lokket for alvor begynte å rasle på trykkokeren, og behovet for å revurdere kvinnepolitikken meldte seg for fullt på den offentlige arenaen.

#### *Likestillingsideologien revurderes: fra kvinners rett til samfunnets ansvar*

Gjennom 1960-åra fikk endrete synspunkt på kvinnenes samfunnsmessige oppgaver og holdninger til likestilling etterhvert sterkere gjennomslag i den offentlige debatten. I én forstand var dette «gamle» tema fra den politiske dagsorden. Kvinnesak og kvinners rett til å velge utdanning og yrke og til økonomisk selvstendighet hadde vært hete debatt-tema tidligere, både i slutten av forrige århundre og i mellomkrigstida, spesielt i tilknytning til den såkalte «innskrenkningssaken»<sup>2</sup>. Men mens tidligere debatter hadde hatt fokus på kvinners rett til å velge som en *privatsak*, skiftet debatten i 1960-åra perspektiv mot en sterkere vekt på *samfunnets ansvar* for å legge forholdene til rette.

For kvinnene i mellomkrigstida var valget for mange et «enten/eller valg»: Enten lønnet arbeid eller familie. Normen i innskrenkingsvedtaket påvirket flere enn dem det formelt gjaldt for. Gifte kvinner skulle ikke ta jobbene fra andre som trengte dem bedre. Ønsket hun likevel å kombinere familieansvar med yrkesaktivitet, var det hun selv som var ansvarlig for å finne ordninger som fikk hverdagen til å fungere, f.eks. ved å ansette hushjelp. I den tidlige etterkrigstida var dette fortsatt en mulighet til stabil hjelp i hjemmet. Men denne muligheten forsvant etterhvert utover i 1950- og 1960-åra. Velferdsstatens unge døtre hadde andre planer enn å være hushjelp i andres hjem for en lusedønn. Kravene om et sterkere engasjement fra samfunnets side om å legge forholdene til rette for en *reell* likestilling ble stadig sterkere i den offentlige debatten, etterhvert også i flere av de politiske partiene. Ikke minst var den «nye kvinnebevegelsen» både innenfor og utenfor de politiske partiene en viktig pådriver i denne sammenhengen. Utviklingen førte til at likestilling og kvinnesak fikk politisk legitimitet på bredere front.

2. Den såkalte «innskrenkningssaken» begynte i 1920 da Arbeiderpartiets landsmøte støttet et vedtak om å begrense gifte kvinners adgang til lønnet arbeid. I 1925 ble dette fulgt av kongressen i Arbeidendes Faglige Landsorganisasjon (LO) som fattet følgende vedtak: «Fagkongressen pålegger de fagorganiserte arbeidere og deres tillitsmenn å motarbeide at det sådanne hjem hvor det ikke er nødvendig for familiens eksistens at både mann og hustru tar fast arbeid» Vedtaket ble formelt opphevet først ved årskiftet 1936-37, da vedtak om at retten til arbeid skulle være lik for alle gikk igjennom LO og DNA (Lønnå 1975, Iversen 1980, Balas et al. 1982).

### 3 Velferdsstatens fase II – desentralisering og kvinnearbeidsplasser

---

Jeg har i en tidligere artikkel beskrevet Norge ved inngangen til 1970-åra som et Annerledesland (Skrede 1994b). Kvinnene var i klart mindretall i den norske arbeidstyrken, og sysselsettingsfrekvensene for kvinner i Norge var betydelig lavere enn i de andre nordiske land. Årsaken til dette var først og fremst at de gifte kvinnene i Norge skilte seg ut med lavere deltakelse i lønnet arbeid enn både sine nordiske medsøstre og gifte kvinner i de fleste andre europeiske land. Data fra folketellingene 1970 for en større gruppe av europeiske land, samt USA og Canada (ECE-området) plasserer Norge klart i gruppen av land med lavest yrkesdeltakelse blant gifte kvinner. Bare Irland, Nederland og Italia lå lavere i 1970 (Skrede 1986).

#### *1970-åra: frigjorte hender og kvinnevennlig arbeidsmarked*

1970-åra brakte med en sterk vekst i de gifte kvinnenes deltakelse i lønnet arbeid (Bjørn 1981, Bjørn og Sørensen 1983, Skrede 1986, Skrede og Tornes 1986). Årsakene til den sterke veksten må søkes på flere plan: Den revurderte likestillingspolitikken bidro i første omgang mest med *ideologisk legitimering*, de praktiske tiltakene og reformene kom først seinere. Den økte tilgangen av unge, velutdannede kvinner hadde betydning. Den synliggjorde arbeidskraftressursen som kvinnene representerte, samtidig som den også synliggjorde behovet for en politikk som tilrettela for en kombinasjon av lønnsarbeid og småbarnsomsorg. Men økningen i de gifte kvinnenes deltakelse i lønnet arbeid var langt fra begrenset til de unge, velutdannede småbarnsmødrene. I løpet av dette ti-året var det en markert økning i andelen som deltok i lønnet arbeid innen *alle* generasjonene av voksne kvinner født etter 1920. Forutsetningene for denne veksten fantes både på *etterspørselsiden* og på *tilbudssiden* av arbeidsmarkedet.

1970-åra brakte med seg en sterk ekspansjon i de «kvinnevennlige» delene av arbeidsmarkedet, spesielt innen velferdstatsyrkene i helse- og omsorgssektoren. Velferdsstatens ekspansjon i denne perioden er beskrevet som «den offentlige revolusjonen» (Tarschys 1978). Ved at veksten skjedde desentralisert, på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, bidro den også til å skape lønnsarbeidsplasser for kvinner regionalt, hvor dette tidligere hadde vært mangelvare. Veksten i omsorgsyrkene innebar en delvis overgang til lønnsarbeid for arbeid som tradisjonelt hadde vært kvinners arbeid uten lønn i familien. De voksne kvinnene med husmorerfaring ble en viktig ressurs i dette arbeidsmarkedet. Det var også vekst i den tjenesteytende delen av den private sektor, med varehandelen som det mest typiske eksempel.

På *tilbudssiden* møtte dette ekspansive arbeidsmarkedet ikke bare unge småbarnsmødre, men også godt voksne kvinner fra kvinnegenerasjonene som selv var født på 1920 og 1930-tallet. Dette var kvinner som hadde vokst opp og stiftet familie i de tidlige etterkrigsåra. Som vi så foran, hadde disse kohortene gjennomgående giftet seg tidlig og fått sine barn relativt konsentrert tidlig i livsløpet. Småbarnsperioden var i stor grad avsluttet i god tid før de fylte førti år. Sett i et livsløpsperspektiv innebar dette at disse kvinnene igjen var aktuelle for arbeidsmarkedet i 1970-åra. Disse «frigjorte hendene» passet som hånd i hanske til arbeidsmarkedsendringene på 1970-tallet.

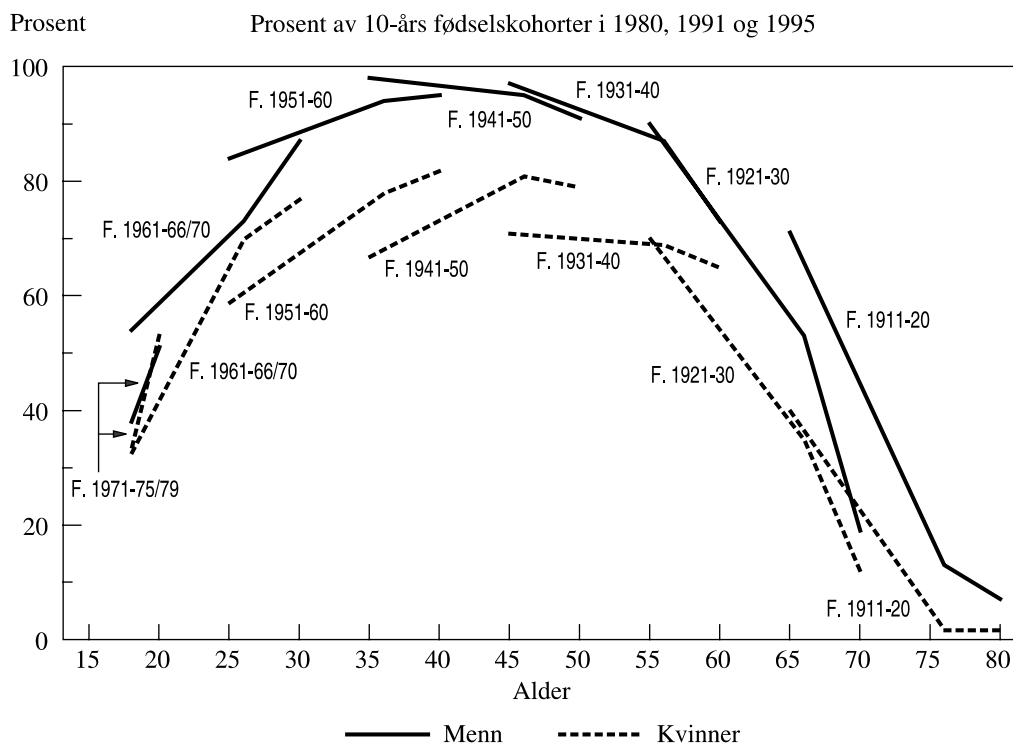
For det første var de gifte kvinnene den eneste arbeidskraftreserven som fantes på 1970-åras ekspansive arbeidsmarked. I motsetning til tidligere perioder var det ingen arbeidskraftreserve å hente fra ugifte kvinner. Største delen



av den voksne kvinnebefolkningen var gift eller tidligere gift. De unge, ugifte kvinnene var nå i stor grad under utdanning. De gifte kvinnene var en fleksibel arbeidskraftreserve, blant annet ved at de var innstilt på å arbeide deltid. Dette passet i mange tilfelle svært godt for arbeidsgiveren.

### 1980-åras arbeidsmarked : Vekst og stabilisering

Kvinnene styrket sine posisjoner på arbeidsmarkedet gjennom 1980-åra. Totalt sett økte antall sysselsatte kvinner med ca. 129000, mens antall sysselsatte menn gikk ned med ca. 30000. Yrkesfrekvensene økte sterkt for unge gifte og samboende kvinner, aller sterkest for kvinner med barn. Yrkesfrekvensene for gifte og samboende kvinner med barn under 16 år økte fra 62 prosent i 1980 til 77 prosent i 1990. Det skjedde også endringer i arbeidstidsmønsteret. Det var en markert økning i andelen småbarnsmødre som arbeidet heltid, også blant flerbarnsmødrene. I 1990 arbeidet hver andre småbarnsmor 30 timer eller mer pr. uke. Gjennom 1980-åra har mødrene styrket og befestet sin stilling på arbeidsmarkedet (Kjeldstad og Lyngstad 1993).



Figur 2.2 Andel vanligvis sysselsatt.

\*Tilsvarende figur 3.1 i Skrede og Ryen (1999)

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

Denne økningen skjedde på et arbeidsmarked som ikke var like gunstig som i 1970-åra, ihvertfall ikke gjennom hele 1980-tallet. Den viktigste årsaken til at kvinnene likevel styrket sin stilling på arbeidsmarkedet i denne perioden, ligger etter alt å dømme i at kvinnene selv hadde bedret sine kvalifikasjoner

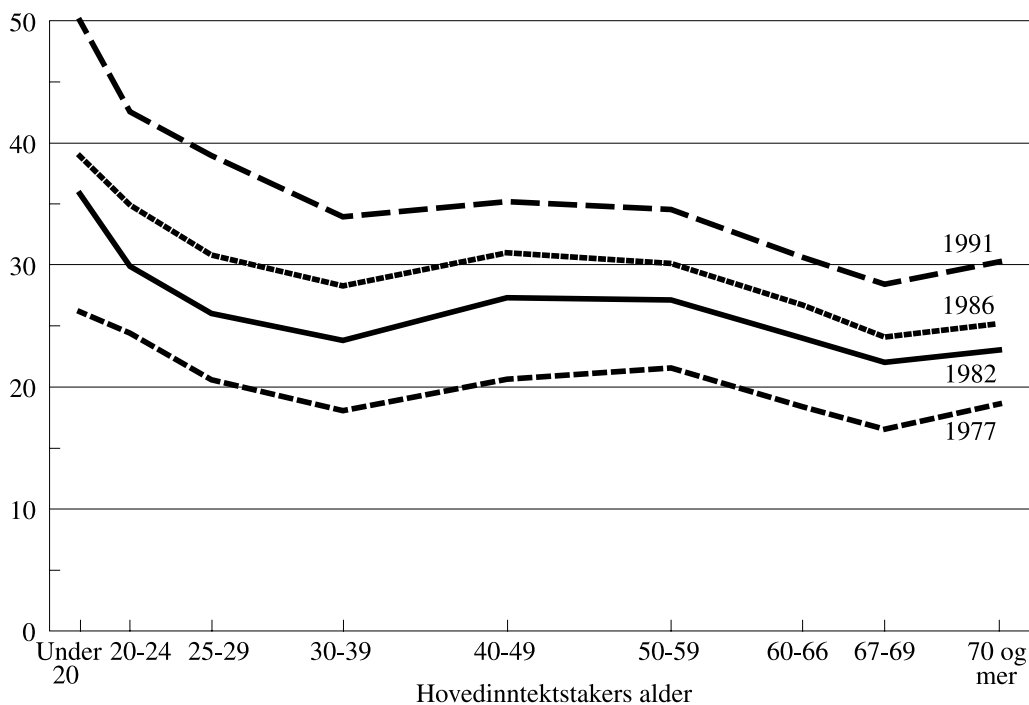
gjennom utdanning og yrkeserfaring. De høye yrkesfrekvensene for småbarnsmødrene må imidlertid også sees i sammenheng med utbyggingen av tiltak for å lette mulighetene for å kombinere barneomsorg med lønnet arbeid. De ideologiske endringene i likestillingspolitikken fra 1970-åra ble på 1980-tallet fulgt opp i praktiske tiltak i mye sterkere grad enn tidligere.

Gjennom 1980-tallet ble permisjonsrettighetene ved fødsel betydelig forbedret. Antallet barnehageplasser økte sterkt, ikke minst ved at endrete retningslinjer åpnet for privat barnehagedrift i større skala enn tidligere. Dagens permisjonsrettigheter gjør det nå mulig for mødre å opprettholde tilknytningen til arbeidslivet i et ganske langt tidsintervall i tilknytning til hver fødsel. Når navlestrengen til jobben ikke er kuttet, blir også avbruddsperiodene kortere enn det de var i tidligere kvinnegenerasjoner. Sannsynligvis finner vi her én av forklaringene på at yrkesaktivitet og utdanning i dag har liten betydning for hvor mange barn kvinnene får (Noack og Rønsen 1994).

#### **4 Kvinnerens levekår i dag – hvor har disse endringene ført oss?**

---

Det er ikke lenger store forskjeller i menns og kvinners deltakelse i lønnet arbeid. Forskjellen er minst i aldersgruppene mellom 30 og 50 år, hvor yrkesdeltakelsen er på topp både for kvinner og menn. I disse aldersgruppene tilsvarende sysselsettingsnivået for kvinner 85 prosent av nivået for menn, mot 80 prosent i befolkningen 16–79 år som helhet. Blant de voksne kvinnene er det først og fremst forskjell mellom eldre og yngre kvinner og liten forskjell etter sivilstand. Forskjellene mellom menn og kvinner blir riktignok noe større når vi tar hensyn til arbeidstiden. Deltidsarbeid er fortsatt mest vanlig blant kvinnene. I 1990 var omtrent halvparten av de sysselsatte kvinnene i deltidsarbeid, mens dette gjaldt bare hver tiende mann. Figur 2.2 summerer opp den markerte sysselsettingøkningen som har funnet sted fra 1980 fram til midten av 1990-årene innen ulike ti-årskohorter av kvinner.



Figur 2.3 Kvinnenes andel av totalt opptjent inntekt for ektepar etter hovedinntektstakers alder\*\*. 1977, 1982, 1986 og 1991.

\*Hentet fra Skrede 1995, figur 1, s.129.

\*\*Nettoinntekt tilsvarende nettoinntekt ved skattberegningen, evt. for inntekter som faller under grensen til statsskatt nettoinntekt ved kommuneskattelikningen, evt. for lavere inntekt pensjonsgivende inntekt.

Kilde: NOS Skattestatistikk 1977 og 1981, og Ligningsregisteret 1986 og 1991 med spesialkjøringer utført etter bestilling fra Institutt for sosialforskning; Statistisk sentralbyrå.

Antall barn og barns alder har fortsatt en viss betydning for om mor er i lønnet arbeid eller ikke. Men selv blant småbarnsmødre er de aller fleste i lønnet arbeid, iallefall når de er gifte og samboende. Her er det først og fremst de enslige mødrene som skiller seg ut med relativt lave yrkesfrekvenser. Blant gifte og samboende kvinner med yngste barn i aldersgruppen 0–2 år var 70 prosent i lønnet arbeid i 1991, mens den gjennomsnittlige yrkesfrekvensen for alle med barn under 16 år var 77 prosent. Blant enslige forsørgere med barn under 16 år var 61 prosent sysselsatt i 1991 (Kjeldstad og Lyngstad 1993). En nyere analyse av Kjeldstad viser imidlertid at de enslige forsørgernes arbeidsmarkedsressurser (utdanning, yrkeserfaring) ved overgangen til eneforsørgersfasen har stor betydning for videre yrkestilknytning, når det kontrolleres for antall barn og barns alder mv. (Kjeldstad 1998a). Mønsteret som vi ser for gifte og samboende mødre gjør seg mao. gjeldende også for de enslige forsørgere, men unge enslige forsørgere med svake arbeidsmarkedsressurser er i liten grad i lønnet arbeid.

#### *Endringer i forsørgelsemønster*

Gjennom de endringene som har skjedd i kvinners deltakelse i lønnet arbeid, har det skjedd markerte endringer i forsørgelsefordelingen i familiene. Det

har skjedd en avlastning av mennenes forsørgeransvar. En viktig del av avlastningen har skjedd gjennom endringene i familiestruktur. Økningen i enslige forsørgere, hvor langt de fleste er kvinner, har medført at forsørgeransvar er overført dels til kvinner og dels til trykkesystemet. Men det har skjedd store endringer også innen den tradisjonelle kjernefamilien, der kvinnenes andel av familieinntekten har økt markert, både i 1970-åra og i 1980-åra.

I 1977 stod gifte kvinner i gjennomsnitt for ca. 20 prosent av familieinntekten blant norske ektepar. Et knapt ti-år seinere (i 1986) var denne andelen økt til ca. 30 prosent. Kvinnenes andel av familieinntekten har fortsatt å øke også etter 1986. Det er imidlertid betydelig variasjon etter familiefase (jfr. figur 2.3).

Mønsteret i denne livsfasevariasjonen har ikke endret seg vesentlig i løpet av perioden 1977–1991, selv om kvinnenes andel av familieinntekten har økt i alle familiefaser. Relativt sett økte imidlertid kvinnens andel av familieinntekten sterkest for de yngste ekteparene. Dette må sees i sammenheng med at det særlig var blant unge kvinner at heltidsandelen økte i 1980-åra.

Selv om mennene er avlastet for hovedforsørgeransvaret, er det likevel et godt stykke igjen til en lik fordeling av familieinntekten mellom menn og kvinner. Kvinnenes tilpasning til lønnsarbeidet preges fortsatt av at de har hovedansvaret for barneomsorgen. Det er fortsatt mange kvinner som har deltidsarbeid. En-inntektsfamilien er heller ikke helt borte, selv om den nå er mye mer vanlig blant eldre ektepar uten barn enn blant de yngre parene.

#### *Ulikheter mellom kvinnegenerasjonene*

Det er nå på tide å sette disse endringene inn i et generasjonsperspektiv, slik jeg lovet i innledningen. Det gir oss et bredere bilde av hvor omfattende endringer det har vært, både i familieetablering og livsløpsmønster, og i utdanning og yrkesliv. La meg først ta de tre kvinnegenerasjonene som er lovet i tittelen:

#### *Kvinner født 1920 – 1935 «Husmorgenerasjonen»:*

Disse årskullene vokste opp med entydige forventninger til kvinnerollen: Om de giftet seg (og det gjorde det store flertall) var deres plass i hjemmet og bare der. Noen utbrytere fantes, særlig blant de fåtallige kvinnene med lang utdanning. De fleste fikk imidlertid ingen eller kortvarig utdanning etter folkeskolen og gikk tidlig ut i yrkeslivet. En god del var også i ulønnet familiearbeid (hjemmевærende datter). De aller fleste giftet seg relativt tidlig i livsløpet, og sluttet i lønnet arbeid da de giftet seg, eller ihvertfall da de fikk første barn. Andelen som hadde lønnet arbeid vokste sterkt i 1970-åra. Størsteparten var i deltidsarbeid. Typiske yrker var hjemmehjelp, hjelpepleier og butikkarbeid. Stabiliteten i yrkesarbeidet utover i 1970 og 1980-åra varierer. De eldste i denne generasjonen har allerede blitt alderspensjonister, og de aller fleste vil bli det i løpet av de neste fem åra. Noen har også forlatt yrkeslivet tidligere, andelen som er blitt uføretrygdet er ganske høy i disse årskullene av kvinner.

#### *1936 – 1950 «Blandingsgenerasjonen»:*

Disse årskullene vokste opp under tvetydige forventninger til kvinnerollen og preges av dette. Det er større variasjon i livsløpsmønster innen denne generasjonen enn i husmorgenerasjonen. Kvinnene i disse årskullene fikk i gjennomsnitt mer utdanning enn kvinnene i husmorgenerasjonen, men fortsatt mindre

enn jevnaldrende menn. Kvinnenes utdanning har stor innflytelse på variasjonen i livsløpsmønster. Kvinnene med kortvarig utdanning fulgte i utgangspunktet livsløpsmønsteret fra husmorgenerasjonen. De giftet seg tidlig og fikk barn tidlig. Blant kvinnene som fikk lang utdanning kan vi se de første tendensene til utsettelse av ekteskap og av barnefødsle. Mange av kvinnene med lang utdanning i disse årskullene har imidlertid tatt utdanning i to etapper: Tidlig ekteskap og barnefødsler innebar for mange et avbrudd i utdanningen, som de seinere har tatt igjen ved å ta mer utdanning i voksen alder. I takt med veksten i kvinnenes utdanning vokser også andelen av kvinnene som har vært sammenhengende i lønnet arbeid hele tiden etter avsluttet utdanning, også i perioden da de hadde småbarn. Hovedtyngden av kvinnene i disse generasjonene har likevel hatt avbrudd fra lønnet arbeid i småbarnsperioden, men ikke så lange avbrudd som i husmorgenerasjonen. Innslaget av deltidsarbeid var høyt blant de som var i lønnet arbeid i småbarnsfasen. Andelen i heltidsarbeid har økt etterhvert som barna er blitt eldre. I dag er de aller fleste av disse kvinnene i lønnet arbeid, og omlag halvparten av dem er i heltidsarbeid.

#### *1951 – 1965: «Likestillingsgenerasjonen»:*

I motsetning til blandingsgenerasjonen, har disse årskullene vokst opp under mer entydige rolleforventninger. I gjennomsnitt har kvinnene nesten like mye utdanning som jevnaldrende menn. I disse generasjonene blir utdanningsmulighetene mer like for jenter og for gutter, samtidig som det sosiale rekrutteringsmønsteret til utdanning og yrke blir mer tydelig og uavhengig av kjønn. I disse årskullene endres også familieetableringsmønsteret radikalt i forhold til tidligere generasjoner, både for kvinner og menn. Det tidlige ekteskapet erstattes i stor grad av samboerskapet. Barnefødsle utsettes, mest markert for de som har lang utdanning. Den gjennomsnittlige varigheten av ungdomsfasen i livsløpet blir utvidet, og det betyr også at mange begynner for alvor i lønnet arbeid relativt seint i livsløpet. I dag er storparten av disse årskullene fortsatt i barneomsorgsfasen. Småbarnsmødrene er jevnt over eldre enn mødrene i «blandingsgenerasjonen» i tilsvarende livsløpsfase. Hovedtyngden av småbarnsmødrene er i lønnet arbeid, og heltidsandelen er høy. Over halvparten av småbarnsmødrene arbeider heltid. Arbeidstidsmønsteret er sterkt differensiert etter utdanning. De langtidsutdannete er i stor grad i heltidsarbeid.

I dette bildet bør vi imidlertid også gi plass til den fjerde generasjonen:

#### *1966 – 1978 : «Ungdomsgenerasjonen»:*

Ungdomsgenerasjonens livsløpsmønster er fortsatt i stor grad i støpeskjeen, særlig i de yngste fødselskohortene. En stor andel i disse fødselskohortene er fortsatt i utdanning. Fra 25-års alder øker imidlertid selvforsørgingsgraden raskt, mest markert for mennene. Fram til midten av 1990-tallet var arbeidsledigheten høy blant de som ikke var under utdanning, både for jenter og gutter. Jenter og gutter er likestilte når det gjelder utdanningsmuligheter, og jentene tar i gjennomsnitt minst like mye utdanning som guttene. Kjønn betyr fortsatt en god del for hva slags utdanning som velges. Det er fortsatt typiske jenteutdanninger og typiske gutteutdanninger. Utviklingen i utdanning, familiedannelse og inntektsnivå tyder på at de sosiale klasseskillene gjør seg gjeldende i noe større grad innen dagens ungdomsgenerasjoner enn i foregående generasjon. Det er økende inntektsulikhet med alder innen

årskullene, også her mest markert for menn. Kvinner med barn har lavere inntekt og yrkedtaking enn kvinner uten barn, men dette mønsteret er mest markert for kvinner med lav utdanning. Samlet sett tyder imidlertid utviklingen på økende ulikhet også mellom kvinner innen dagens ungdomsgenerasjoner. I så måte forsterkes en trend som en kunne se kimen til på slutten av 1980-tallet i de yngste kullene som var med i Familie- og yrkeundersøkelsen (Ellingsæter, Noack og Rønsen 1997). Selv om det knytter seg usikkerhet til framtidens arbeidsmarked, må vi regne med at betydningen av utdanning vil bli minst like stor som i dag.

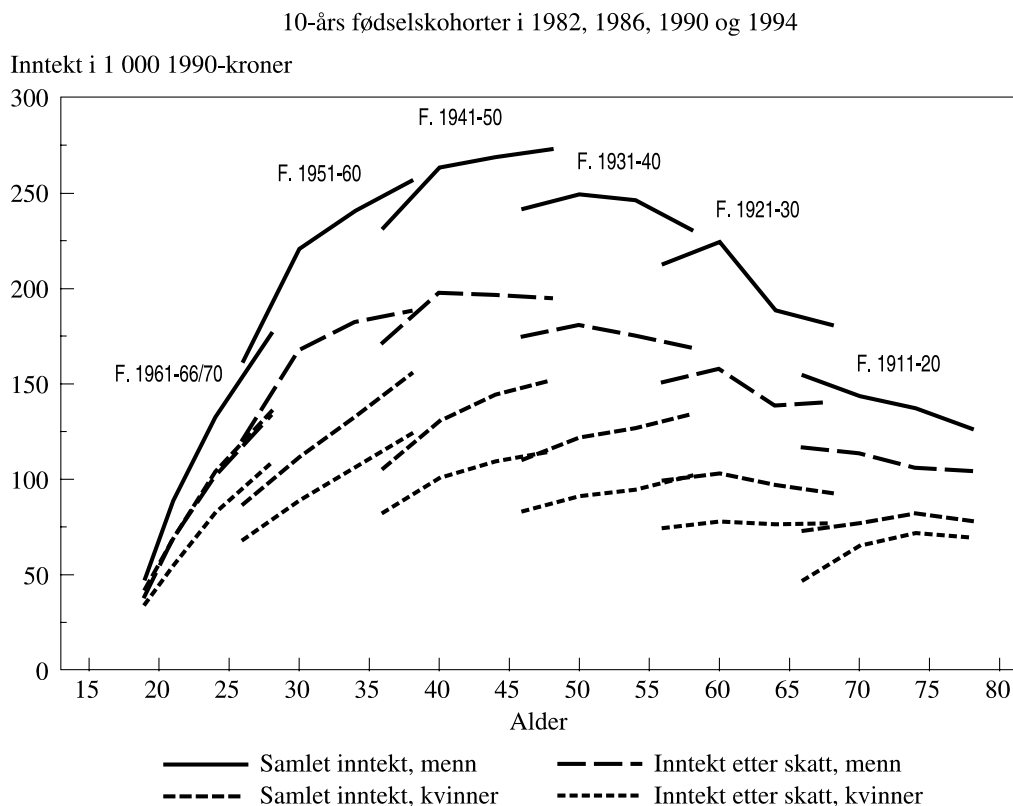
## 5 Langt og kort på veien til likestilling

---

Gjennom de endringene som har skjedd har vi kommet et godt stykke på vei mot reell økonomisk likestilling mellom kvinner og menn. Kvinnens rett til eget yrke og til økonomisk selvstendighet er blitt akseptert av de aller fleste. Fra en situasjon hvor kvinnene var avhengig av mannen for pengeforsørgelse, har vi nå fått mer jevnbyrdige parforhold der det økonomiske avhengighetsforholdet er gjensidig. Det har også skjedd endringer i arbeidsdelingen i det ulønnete arbeidet og fordelingen av barneomsorgen. Selv om det er langt igjen til et likedeling, tar yngre menn i dag en større del av dette arbeidet enn hva småbarnsfedrene gjorde for et ti-år siden. Det er også grunn til å tro at utviklingen mot større grad av likedeling i den økonomiske forsørgelsen påvirker fordelingen av det ulønnete arbeidet og omsorgsoppgavene.

### *Likestilling – fortsatt et langsiktig mål?*

Men det er fortsatt betydelige forskjeller i kvinners og menns inntekter. Figur 2.4 viser at inntektsmønsteret over livsløpsfaser ikke er så forskjellig for de to kjønn. Inntektsnivået er derimot ganske forskjellig – kvinners gjennomsnittlige inntektsnivå ligger fortsatt betydelig under menns i alle livsløpsfasene, selv om det har skjedd en viss tilnærming i de yngste fødselskohortene. I inntektsbegrepet som er benyttet i figuren er også de offentlige overføringerne, i form av bl.a. barnetrygd og pensjoner tatt med. Kvinner har i gjennomsnitt en høyere andel av sine bruttoinntekter som offentlige overføringer (Skrede 1994a). Innslaget av trygd og pensjoner er også årsaken til at bruttoinntekten for de eldste kvinnekohortene i figur 4 stiger etter at pensjonsalder er passert. Det er fortsatt slik at å bli pensjonist innebærer en inntektsmessig forbedring for en del kvinner, fordi de tidligere ikke har vært i lønnet arbeid eller hatt svært lav inntekt. Selv om det nå begynner å bli tynnere mellom minstepensjonistene blant de yngste pensjonistkullene, er det fortsatt ganske mange kvinner som har hatt så lave inntekter før pensjonsalder at de blir minstepensjonister. Etter forhøyelsen av minstepensjonen i 1998 omfatter denne gruppen også en del pensjonistene som tidligere hadde en liten tilleggspensjon, som nå er «spist opp» av den særlige økningen av minstepensjonen.



Figur 2.4 Gjennomsnittlig inntektsutvikling i 1990-kroner. 10-års fødselskohorter i 1982, 1986, 1990 og 1994.

\*Tilsvarende figur 2.1 i Skrede og Ryen (1999).

Kilde: Inntekt- og formuesundersøkelsene 1982, 1986, 1990 og 1994.

Den nærmere undersøkelsen av inntektsutviklingen på husholdsnivå i de enkelte fødselskohortene viste at mesteparten av inntektsforskjellene mellom kvinner og menn blir jevnet ut på husholdsnivå for de yngre kohortene. Fram til 60-års alder var det stort sett liten forskjell i gjennomsnittlig samlet bruttoinntekt mellom hushold med henholdsvis mannlig og kvinnelig referanseperson. I disse husholdene viser kjønnsforskjellene seg i hovedsak bare gjennom referansepersonenes andel av husholdsinntekten, der kvinnene har de laveste andelene. Jevnt over sto menn for omtrent dobbelt så høy andel av den gjennomsnittlige husholdsinntekten i de enkelte kohortene fram til 60 års alder er. I de to eldste kohortene i figur 2.4 endres imidlertid dette mønsteret. F.o.m. 60-års alder ligger husholdsinntekten for kvinner markert lavere enn for menn, og kvinnene får en markert høyere andel av gjennomsnittlig husholdsinntekt. Dette er en følge av det høye innslaget av en-personshushold blant de eldste kvinnene (Skrede op.cit.) Når kvinnene blir alene, bidrar ulikhetene i husholdssammensetning til å forsterke de forskjellene som allerede eksisterer mellom menns og kvinners inntekter på personnivå. I tillegg til at menn har fordel av å ha høyere pensjonsinntekter enn kvinner, bor de også i livsfasene etter at de har blitt pensjonister i større grad sammen med ektefeller eller andre personer som har inntekt. Dette gir ekstra økonomisk trygghet, i tillegg til at det også bidrar til å redusere sårbarhet på andre

områder (hjelp og omsorg). I et samlet bilde av kvinner levekår er det viktig å ta med seg situasjonen for de kvinnelige pensjonistene. Det er fortsatt en vanlig kvinneskjebne å bli alene i eldre år, jfr. avsnitt 3.3 i Del II.

### *Det kjønnssegregerte arbeidsmarkedet*

Status av prosessen fram til likestilling mellom kvinner og menn kan generelt beskrives som en kort/lang situasjon. Vi er kommet svært langt på noen områder og svært kort på andre. Inntektsforskjellene er i så måte et godt eksempel på et område hvor vi er kommet relativt kort.

Ulikhetene i kvinners og menns inntekter påvirkes både av forskjeller i *arbeidstid* og av forskjeller i *lønn*. Forskjellen i kvinners og menns arbeidstid ble mindre i løpet av 1980-tallet, og vil sannsynligvis fortsette å gå noe ned i årene framover. Kvinnenes gjennomsnittlige arbeidstid vil etter alt å dømme øke etterhvert som årskullene fra «husmorgenerasjonen» blir pensjonister og «skiftes ut» med yngre og mer yrkesarbeidende årskull av kvinner i den arbeidsaktive befolkningen under pensjonsalder. Men selv om det er realistisk å regne med at mindre forskjeller i arbeidstidsmønster, er det lite realistisk å regne med at vi raskt går mot en generell likedeling av familieinntekten mellom menn og kvinner. Dertil er det for store ulikheter mellom menn og kvinner både i gjennomsnittlig arbeidstid og i gjennomsnittslønn.

Gjennom 1980-tallet skjedde det også en viss utjevning av forskjellene i kvinners og menns gjennomsnittlige timelønn. I følge Levekårsundersøkelsen tilsvarte kvinners gjennomsnittlige timelønn i 1980 77 prosent av menns timelønn. I 1991 var denne andelen økt til 81 prosent. Forskjellene var imidlertid mindre tidlig på 1980-tallet. I 1983 var andelen opp i 84 prosent. Deretter sank den til 80 prosent i 1987, før den igjen begynte å stige. Dette tyder på at den gjennomsnittlige lønnsutviklingen i «frislepp»-perioden midt på 1980-tallet var gunstigere for menn enn for kvinner, slik at det var et større forsprang å ta igjen da utviklingen på slutten av 1980-tallet begynte å gå i en annen retning.

Mer omfattende undersøkelser viser at kvinner gjennomgående får mindre lønnsmessig uttelling enn menn for den utdanningen de har tatt. Undersøkelsene tyder imidlertid ikke på at det er et stort omfang av *direkte lønnsdiskriminering* mellom menn og kvinner. Når kvinner og menn er i helt i sammenliknbare arbeidssituasjoner; i samme bransje, stilling og bedrift, er det svært små forskjeller i gjennomsnittslønna (Petersen et al. 1993). De betydelige forskjellene i menns og kvinners gjennomsnittslønn skyldes i hovedsak at menn og kvinner i stor grad befinner seg *ulike* steder på arbeidsmarkedet. Spissformulert kan det kjønnssegregerte arbeidsmarkedet beskrives ved at «kvinner arbeider i kvinneyrker, menn arbeider i mannsyrker, og menn er sjefer, mens kvinner er underordnede».

Arbeidstidsundersøkelsen 1985 ga et klart bilde av den bastante kjønnsdelingen av arbeidsmarkedet (Skrede 1987). Arbeidstakerne ble gruppert i tre arbeidsmarkedssegment, alt etter om de arbeidet i yrkesgrupper som var sterkt *kvinnedominerte* (mer enn 70 prosent av arbeidstakerne er kvinner), *moderat kvinnedominerte* (mellom 70 og 50 prosent av arbeidstakerne er kvinner), eller *mannsdominerte* (mer enn 50 prosent av arbeidstakerne er menn). Over halvparten av kvinnene arbeidet i yrker hvor de utgjorde mer enn 70 prosent av arbeidstakerne, mens hele 81 prosent av kvinnene arbeidet i yrker hvor kvinnene utgjorde 50 prosent eller mer av arbeidsstyrken. Speilbildet var motsatt for menn. 76 prosent av mennene arbeider i yrker hvor de utgjør mer



enn halvparten av arbeidstakerne. Nyere statistikk viser at det ikke har skjedd vesentlige endringer i kjønnsdelingen av arbeidsmarkedet i perioden som har gått siden 1985 (Statistisk sentralbyrå 1998c).

Analysene av datamaterialet fra Arbeidstidundersøkelsen viste også at en stor del av kjønnsulikhetene i arbeidstid var bundet opp i det kjønnssegregerte arbeidsmarkedet. Kjønnsulikhetene i arbeidstid og i timelønn var større for arbeidsmarkedet som helhet enn det er *innen* de enkelte arbeidsmarkedssegmentene. Årsaken til dette er at de to kvinnedominerte yrkesgruppesegmentene skiller seg ut med lavere gjennomsnittslønn og arbeidstid enn det mannsdominerte yrkesgruppesegmentet, *både* for kvinner og for menn. Vi kan med andre ord se ulikhetene i arbeidstid og lønn og det kjønnsdelte arbeidsmarkedet som to sider av samme sak.

## 6 Større ulikheter mellom kvinner – mindre ulikheter mellom kvinner og menn?

---

Endringene som har skjedd i kvinnes livsløpsmønster over de ulike kvinnegenerasjonene beskriver en utvikling hvor ulikhetene i kvinners og menns deltakelse i lønnet arbeid gradvis har blitt mindre og mindre. Denne utviklingen vil sannsynligvis fortsette etterhvert som de gjenværende årskullene fra husmorgenerasjonen går ut av arbeidsmarkedet. Samtidig vil etter alt å dømme den sosiale differensieringen og betydningen av utdanning øke, både for kvinner og for menn. Det er ikke mulig her å gå nærmere inn på disse tendensene, men vi ser i dagens ungdomsgenerasjoner visse tendenser til en sterkere interaksjon mellom utdanning og kjønn både i fordelingen av inntekt og i familieetableringsmønsteret (Skrede 1995, 1998).

Vi vil dermed få større ulikheter mellom kvinner og mindre ulikheter i gjennomsnitt mellom kvinner og menn. Det innebærer likevel ikke uten videre at vi vil gå mot en rask likestilling mellom kvinner og menn på arbeidsmarkedet. Vi ser imidlertid klarere og klarere at spørsmålet om arbeidsdeling og likestilling mellom kvinner og menn framover i økende grad blir et *forhandlingsspørsmål*, både i arbeidslivet og i hjemmesfæren.

Kvinnens livsløp preges fortsatt av at de har hovedansvaret for barneomsorgen, mulighetene for en utjevning her avhenger både av rolleforventninger og av forhandlinger i parforholdet. Når rolleforventningene etterhvert er blitt mer like for mor og far, blir kjøkkenbordets betydning som forhandlingsarena større. Psykologene Hanne Haavind (1985, 1987) og Agnes Andenæs (1996) har i sine studier av arbeidsdeling og samhandling i norske småbarnsfamilier pekt på at prosessen som ligger bak det enkelte pars måte å innrette seg på kan sees som en type forhandlinger. Begrepet forhandlinger er i denne sammenhengen en beskrivelse av den mer eller mindre eksplisitte måten paret presenterer forventninger overfor hverandre og drøfter fordelingen av arbeidsoppgaver. Gjennom de endringer som har skjedd i kvinnes deltakelse i lønnet arbeid og i den økonomiske forsørgelsen av familien har *hun* fått større økonomisk selvstendighet og bedre forhandlingskort på hånden når det gjelder å stille krav til *ham* om deltakelse i barneomsorg og andre oppgaver på hjemmeplan. Endret samfunnsyn med større grad av aksept av skilsmisser og familiepolitiske ordninger som gjør det økonomisk mulig å leve som enslig forsørger, har også bidratt til å gi bedre kvinnene bedre forhandlingskort på hånden, samtidig som den økte vektleggingen av likestilling i det offentlige rom også påvirker mennenes forståelse av krav og forventninger om

medvirkning. Slik sett kan vi si at endringene både yrkesdeltakelse, i offentlig politikk og i samfunnet forøvrig har bidratt til at kvinner har oppnådd større selvstendighet og medbestemmelse på hjemmeplan.

Tilsvarende har den økte deltakelsen i lønnet arbeidet også gitt kvinner i gjennomsnitt en bredere kontaktflate, med mulighet for ulike former for belønninger og tilgang til sosiale nettverk gjennom arbeidsplass og arbeidskolleger. I en levekårssammenheng er det grunn til å anta at yrkesdeltakelsen gjennom økt autonomi og bredere kontaktflate jevnt over har hatt positive effekter for kvinnene også utover den matrielle levekårsforbedringen som inntekten fra arbeidet gir mulighet for.

Parallelt med endringene i yrkesdeltakelsen har det også skjedd omfattende endringer i kvinners deltakelse i politikk og samfunnsliv. Kvinner har i dag en mye større plass i norsk offentlighet og samfunnsliv enn hva som var situasjonen tilbake på 1950- og 1960-tallet. Selv om det fortsatt er et godt stykke igjen til økonomisk og arbeidsmessig likestilling mellom kvinner og menn, er det ikke tvil om at unge kvinner i dag både formelt og reelt har mye større mulighet til å planlegge sine livsløp og til å forme sine levekår enn de mulighetene som sto åpne for flertallet av kvinner i husmorgenerasjonen og i blandingsgenerasjonen.

Samlet sett er det det grunn til å anta at de positive sidene ved disse endringene også har bidratt positivt til helseutviklingen, slik at yngre generasjoner av kvinner som i større grad er berørt av slike endringer også har et potensielt grunnlag for en bedre helseutvikling enn eldre generasjoner. Her er det imidlertid grunn også til å understreke at endringene ikke er entydig positive, og at endringene i kvinners levekår også preges av forhold der det grunn til å regne med negative effekter på helsesiden. Økt deltakelse i yrkeslivet medfører også for de fleste kvinner lengre arbeidsdager med dobbelt ansvar, både for hjem og jobb. For mange medfører jobben også større risikoeksponering for stress og mas og andre negative arbeidsforhold. Isolert sett er det her grunn til å vente negative helseeffekter. Slik sett det det ikke grunnlag for entydige og klare forventninger om hvilken betydning endringene i kvinners levekår kan ha hatt for kvinners helse. Imidlertid gir disse endringene et bakteppe som er nyttig å ha med seg når vi i del II skal se mer konkret på generasjonsendringer i kvinners levekår på grunnlag av materiale fra levekårs- og helseundersøkelsene.

## *Del II: Levekår, livsløp og helseeffekter*

### **7 Levekårsendringer og helseeffekter**

---

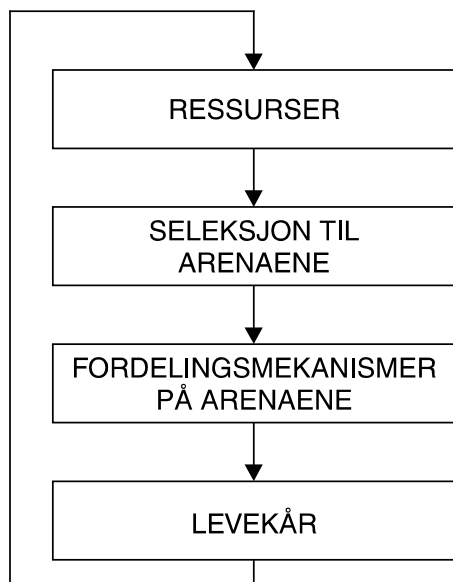
Helse er i seg selv en viktig levekårsvariabel, både på individuelt og på samfunnsmessig nivå. Helseforhold har en sentral plass blant de utvalgte levekårskomponentene som vanligvis inngår i nasjonale og internasjonale studier av folks levekår. Levekårsutvalget (NOU 1993:17) stilte spørsmålet om helse i dag kan betraktes som den viktigste levekårskomponenten. Utvalget pekte i denne sammenhengen på at vi lever i en kultur som i økende grad er opptatt av helsespørsmål og helse. Dårlig helse kan i mindre grad enn andre ressursmangler kompenseres. Dessuten har dårlig helse ofte negative konsekvenser for den øvrige livssituasjonen. Og i motsetning til mange andre indikatorer på dårlige levekår, er dårlig helse en relativt stabil tilstand.

Foran har vi sett på en del viktige endringer i norske kvinners levekår over de siste tiårene, og hvordan disse endringene har preget livsløp og handlingssrom for ulike generasjoner av kvinner i de fasene av livsløpet som de hittil har gjennomlevd. Det er en rimelig hypotese at levekårsendringene også kan ha hatt helsemessige konsekvenser for de ulike generasjonene av kvinner, eller på sikt vil kunne få slike konsekvenser. Viktige endringer har skjedd på områder som vi fra tidligere undersøkelser vet vil kunne ha helsemessige konsekvenser, så som arbeidsforhold (yrkesbelastninger), dobbelarbeid (familieomsorg/utarbeidende yrkesrolle), endret familiesituasjon/reproduksjonsbetingelser (ny prevensjonsteknologi), antall barn og endret aldersplassering av fødsler osv.. Det har også vært markerte generasjonsendringer på andre levekårsområder som berører livstil, helsevaner og sosiale relasjoner, jfr. nærmere drøfting i avsnitt 3.

### **7.1 Livsløp: ramme og prosess, påvirkningskanaler og helseforskjeller**

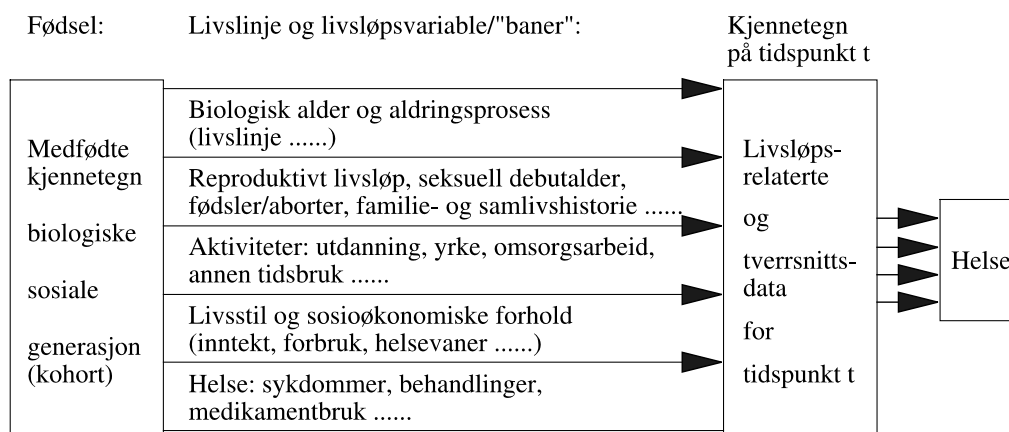
Ambisjonsnivået for dette notatet er relativt beskjedent. Vi skal supplere analysene av generasjonsendringer i utdanning, arbeidstilknytning, familieforhold og reproduksjon med en oversikt over utviklingen i helserelaterte levekårskomponenter og kjente endringer i helsetilstand. Det er også ønskelig med en drøfting av hovedtrekk i endringene i kvinners levekårsendringer i forhold til mulige helsekonsekvenser på lengre sikt og behov for oppfølgende forskning.

Selv om notatet har en nøktern ramme for statistikk og empiriske analyser, reiser ønsket om å se på mulige helsemessige konsekvenser av levekårsendringer i en mer generell og langsiktig sammenheng, samtidig behov for å drøfte aktuelle problemstillinger og analysedesign, datatilfang og datakilder i en mer presisert ramme. Riktignok er det en *rimelig* hypotese at generasjonsmessige levekårsendringer vil kunne gi helsemessige utslag på generasjonsnivå. Hypotesen er imidlertid svært generell og omfatter et stort antall mulige forskningsoppgaver. En meningsfylt drøfting og analyse krever presisering gjennom mer konkretiserte problemstillinger og delhypoteser og en nærmere definert analyseramme. Dette gjelder såvel i spesifikasjonen av den avhengige variable – *hvordan* definerer og måler vi helse, og *hva slags* helsekonsekvenser er vi interessert i å analysere – , i presiseringen av mulige påvirkningskanaler og årsakseffekter – hvilke bakgrunnsfaktorer og levekårsforhold antar vi i utgangspunkt vil ha innflytelse på helseforhold, samt i fortolkningen av *generasjonsendringer* – i hvor stor grad skyldes slike at bakenforliggende strukturelle forhold (antatte årsaksfaktorer) har endret seg over generasjonene, og i hvor stor grad har vi også med «rene» generasjonsforskjeller å gjøre?



Figur 2.5 Levekår som et resultat av samspill mellom ressurser, seleksjon og arena egenskaper.  
Kilde: NOU 1993:17 s. 44 (fig 3.2a)

En slik ramme vil også kunne tjene som bakteppe for presentasjon og drøftingen av de helserelevante levekårsendringene som så langt kan observeres innen de ulike generasjonene av kvinner. Siden helse regnes som en grunnleggende levekårskomponent, er det naturlig å ta utgangspunkt i den generelle modellen som beskrivelser tilnæringsformen som hittil har vært lagt til grunn for den norske levekårsforskningen, der ressurser og arenaer er sentrale begreper. Figur 2.5 er hentet fra NOU 1993:17 (Levekårsutvalgets utredning), s. 44.



Figur 2.6 Livsløpsmodell for analyse av individs helsetilstand på tidspunktet t.

Utgangspunktet for modellen er at individene besitter ressurser av ulike typer, som kan aktiviseres på ulike arenaer, f.eks. arbeidsmarkedet, utdanningsystemet og boligmarkedet. Levekårene bestemmes ikke bare av de ressursene som individene kan mobilisere, men også av seleksjonen til de ulike arenaene og av fordelingsmekanismene på arenaene. Individenes levekår påvirkes både av den enkeltes ressurser og utgangspunkt, valgmuligheter og rammebetingelser, og av de valg og tilpasninger som gjøres på ulike levekårsarenaer i ulike faser av livsløpet. Det er ingen gitt fullt ut å bestemme sine egne levekår, men den enkeltes valg på et tidspunkt i livsløpet bidrar til å påvirke valgmuligheter og rammebetingelser seinere i livsløpet. Livsløpstilnærmingen er derfor en viktig innfallsvinkel, både i analysene av utviklingen i et individs levekår over tid og i analyser av endring i levekår på generasjonssnivå (Skrede 1994a).

Selv om begreper som seleksjon til og fordelingsmekanismer på helsearenaen kan virke litt kunstig i forhold til dagligtalen, er det klare fellestrekk mellom den generelle levekårsmodellen i figur 1 og en epidemiologisk tilnærming. Det er en grunnleggende forutsetning innen samfunnsmedisinen at individenes helse påvirkes av samfunnsmessige forhold og livsløpet som de har gjennomlevd, i tillegg til fysiologiske og medisinske disposisjoner fra fødselen av. Omsatt til «leveteksterterminologi» kan vi si at en grunnleggende antakelse er at et individs helse på et gitt tidspunkt (stadium i livsløpet) er påvirket av et samspill mellom mellom ressurser, seleksjon, arenaegenskaper, egne valg, handlinger og tilpasninger tidligere i livsløpet. Mer formelt kan vi skissere antakelsen i form av en *livsløpsmodell*<sup>3</sup>, der vi strukturerer grupper av kjennetegn (variable) som vi antar vil kunne ha innflytelse på et individ, - i' s- helse på et gitt tidspunkt -t- i forhold til hennes livsløp fram til tidspunktet.

Kjennetegnene som skisseres i figur 2.6 og boks 2.1 er ikke ment å være uttømmende. Poenget med figuren er å illustrere at det livsløpet som individ i har gjennomlevd fram til tidspunkt t på ulike livsområder, vil kunne ha betydning for hennes helsetilstand på tidspunkt t. Påvirkningen av variable fra ulike livsløpsområder vil kunne skje både direkte og indirekte gjennom samspill med andre variable, slik vi har lagt til grunn i fig. 2.5. Når det i epidemiologiske undersøkelser antas at et individs utdanning kan ha betydning for risiko/ utsatthet for ulike typer sykdommer, så ligger det vanligvis antakelser om både direkte og indirekte effekter av utdanning. Utdanning vil kunne påvirke direkte, ved at en person med lang utdanning som oftest vet mer om sykdomsrisikoer og forebyggende helsetiltak enn en person med kort utdanning, samtidig som utdanning også har vil kunne ha betydning indirekte bl.a. gjennom yrkesforhold (seleksjon til ulike yrkesgrupper), arbeidsmiljø, inntekt og sosioøkonomiske forhold.

---

### Grupper av kjennetegn (variable)

#### Utgangsposisjon (ved fødsel/tidlig i livsløpet):

##### biologiske:

medfødte disposisjoner, biologiske og fysiologiske særtrekk, både arvemessige (genetiske) disposisjoner og «andre» disposisjoner

...

---

3. Jfr. Skrede og Tornes (1983) for en nærmere drøfting av ulike former for livsløpsanalyser, modeller og design.

**sosiale**

sosial bakgrunn ved fødsel  
andre ressurser  
tidsperiode (kohort/generasjon)

...

**Kjennetegn ved gjennomlevd livsløp fram til tidspunkt t, ulike typer kjennetegn:**

(aktiviteter, hendelser (valg og begivenheter), tids plassering og varighet)

**familiemessig og biologisk reproduktiv historie**

debutalder  
antall ekteskap (samliv, partnere)  
svangerskap, antall barn

...

**helse og helsevaner (tidligere innsats/påvirkning på «helsearenaen»**

tidligere sykdommer  
behandling  
medikamentbruk  
helsevaner og livsstil  
kosthold, røyking, rusmiddelbruk.....

mosjon

**Andre arenaer (innsats/eksponeringer over tidligere livsløp):**

utdanning  
yrkesforhold  
(innsats, arbeidsmiljø (positivt/negativt) belønning og belastninger)  
inntekt- økonomiske ressurser  
sosiale relasjoner, omsorgsoppgaver  
miljømessige forhold /eksponering

...

**«Nå» – situasjonen**

familiesituasjon  
omsorgsoppgaver, sosioøkonomiske forhold  
yrkesituasjon etc.

**7.2 Modeller, muligheter og begrensninger**

De generelle modellene foran skisserer et *potensielt* analysedesign, der vi i utgangspunktet tenker oss at vi kan få tilgang til alle typer data som kan være relevante for en nærmere definert problemstilling. Utvalget av variable vil i et slikt tilfelle begrenses bare ut fra forskerens anvendelse av relevanskriteriet og utvalget av hypoteser vi ønsker å teste nærmere. Viktige føringer på valg av variable og modellform vil være teoretisk begrunnede antakelser, funn i tidligere undersøkelser og egne hypoteser/nysgjerrighet.

I virkelighetens verden vil det imidlertid være ulike forhold som setter mer begrensede rammer for hva slags analyser som faktisk kan gjennomføres. Her skal framheves tre forhold som under alle omstendigheter vil ha betydning både for opplegg og gjennomføring av analysen, og for fortolkningen av resultatene.

- (i) hvordan definerer og måler vi helse
- (ii) tidspunkt t i forhold til individ «i»s livsløp – (hvor gammel er «i» på tidspunkt t)
- (iii) tilgang på data og datakilder sette rammer for design og metoder som kan benyttes:

bl.a. for analysenivå (individ, gruppe) og for hvilken populasjon (befolkning) analysen kan gjøres gjeldende for.

### 2.7.2.1 Helse – et mangetydig begrep

Helse er et mangetydig og mangesidig begrep som kan representeres ved ulike indikatorer. Det er ikke faglig enighet om hvordan helse best kan måles.

I utgangspunktet kan helse defineres negativt eller positivt. En negativ definisjon forholder seg til *forekomst/fravær* av sykdommer, lidelser og plager, mens en positiv definisjon foreholder seg til en bestemt definisjon av *god helse*. Mest kjent i så måte er WHO's definisjon av helse som en *tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svekkelse* (WHO, 1958), men det finnes andre og mindre ambisjøsø knyttet til mestring eller livskvalitet, bl.a. Hjorth (1982) som definerer helse som *overskudd i forhold til dagliglivets krav*.

Helsetilstanden målt ved forekomst/fravær av sykdom krever at sykdommen er registrert og diagnostisert. De fleste datakilder som måler helse gjennom forekomst av spesifikke sykdommer legger til grunn at sykdommen er diagnostisert gjennom en legeundersøkelse, men viktige datakilder er også intervjuundersøkelser hvor respondentene rapporterer om helsemessige plager og ulike symptomer på dårlig helse. Det sier seg selv at diagnostiserte sykdommer og lidelser er relevante data, men de er beheftet med betydelig usikkerhet i forhold til faktisk helsetilstand i befolkningen. For det første skjer det en seleksjon knyttet til legebesøk og undersøkelse. Mange diagnoser vil også være beheftet med usikkerhet og kan være feil. Det er neppe uten grunn at det i medisinerkretser spøkes med at «en frisk person er en person som ikke er undersøkt grundig nok». Det er også vanlig å skille mellom sykdommer og plager som er forbigående og sykdommer som er av mer varige art (kroniske lidelser). (Jfr. Ramm 1997 b for nærmere drøfting av egenrevert helse som mål for helsetilstanden).

### 2.7.2.2 Datakilder

I praksis kan vi skille mellom ulike typer datakilder for sykdom og helseplager:

(i) *selvrapportert helse* ved representative utvalgsundersøkelser. Her er helse- og levekårsundersøkelsene de viktigste datakildene. To typer informasjon fra undersøkelsene: a) Spørsmål om funksjonsindikatorer (f.eks. om intervjupersonen klarer å gå trapper uten besvær), symptomer på dårlig helse og vurdering av egen helse (dvs. positivt definert helsebegrep).

b) *Forekomst av sykdommer* (i et nærmere definert tidsrom), særlig kroniske lidelser og sykdommer av mer varig karakter, hvor en må anta at det i de fleste tilfeller dreier seg om sykdommer som er diagnostisert av lege. Det vises forøvrigt til avsnittene 2 og 3 hvor datamateriale og analyser fra henholdsvis helse- og levekårsundersøkelsene omtales nærmere. I avsnitt 3 og 4 omtaler vi også kort Statistisk sentralbyrås nye opplegg med temaroterende levekårsundersøkelser, som over tid vil gi en betydelig styrking av datagrunnlaget for selvrapportert helse.

Det er også gjennomført helseundersøkelser for utvalg fra mer avgrensede befolkningsutvalg, mest kjent her er de store Nord-Trøndelagsundersøkelsene.

(ii) *diagnostiserte* og registrerte sykdommer og lidelser (bygger på medisinske undersøkelser). Legen vil normalt registrere opplysninger i pasientjournal/kartotek, men det er ingen generell registrering/rapportering av sykdommer og helsesvikt fra lege og videre til register/statistisk bearbeiding. Vi har mao. ingen *generell* sykdomsstatistikk.

En del sykdomstyper (*alvorlige smittsomme sykdommer*) er imidlertid pålagt rapporteringsplikt til helsemyndighetene, og det publiseres en del statistikk over antall tilfelle registrerte tilfeller i forhold til befolkningen som helhet (etter kjønn og aldersgrupper). For noen typer av alvorlige sykdommer er det også etablert register over personer som har fått diagnostisert sykdommer av denne typen, der informasjon om sykdomsform, behandlinger mv blir registrert og lagret på personnivå. Sentrale helseregistrene på personnivå som i dag brukes mye til forskning er *Kreftregisteret* (etablert i 1952), og *Medisinsk fødselsregister* (f.o.m. 1967) hvor medfødte lidelser og skader og en del andre opplysninger om foreldre og data fra det forutgående svangerskap registreres for alle nyfødte. Det finnes imidlertid flere andre helseregistre som også er relevant for forskning og statistikk. Det vises her til NOU 1993:22 *Pseudonyme helseregistre* og NOU 1997: 26 *Tilgang til helseregistre*, som begge som gir oversikt over norske helseregistre og vurderer ulike spørsmål knyttet til tilgjengelighet av data for forskning, personvern hensyn mv..

*Helseregistre som bygger på generell rapporteringsplikt* er en viktig kilde for analyse av helseutviklingen, fordi opplysningen kan relateres til befolkningen som helhet i form av sykdomsfrekvenser. I forhold til helsetilstanden i befolkningen som helhet er informasjonen er imidlertid begrenset til de sykdomstypene som registreres, og rapporteringen er dessuten underlagt seleksjon knyttet til undersøkelsen (dvs. at den syke har tatt kontakt med lege). Helseregistre er viktige kilder for epidemiologisk forskning fordi registeropplysningene også kan kobles til generelle registre med befolkningsdata, slik at utbredelse og varighet (insidens og prevalens) av sykdommen i befolkningen (evt. mer avgrensede undersøkelseutvalg) og effekter av kjente bakgrunnsvariable kan analyseres nærmere. Rammene for mulige problemstillinger/hypoteser som kan analyseres settes av tilgjengelige data (hva finnes det opplysninger om) og personvern hensyn (hva slags koblinger av data på individnivå som kan tillates på grunnlag av gjeldende lov).

*Helseundersøkelser (på hele eller deler av befolkningen)/«screening»*. Dette er ikke helseregistre i vanlig forstand, men data fra undersøkelser som dels omfatter (i prinsippet) *hele* befolkningen (bl.a. de tidligere skjermbildeundersøkelsene som ble gjennomført dels som frivillige og dels som påbudte undersøkelser), og dels kommer fra andre undersøkelser gjennomført for et *begrenset utvalg* av av befolkningen. Slike undersøkelser administreres av Statens helseundersøkelser og omfatter eksempelvis Mammografiundersøkelsene, Hjerte-karundersøkelser, 40-årsundersøkelsene, jfr. nærmere oversikt over pågående programmer og gjennomførte undersøkelser i NOU 1997:26. Undersøkelsene er i dag basert på *tilbud* til bestemte grupper av befolkningen. Deltakelsen er mao. ikke obligatorisk, men ved alle screeningundersøkelser er det et mål å få høyest mulig oppslutning i målgruppen, slik at effektene av tiltaket kan evalueres i forhold til befolkningen som helhet.

(iii) *Dødsårsakstatistikk*. Norge har en generell registrering av dødsårsak ved alle dødsfall. Dødsårsak fastsettes av lege etter nærmere undersøkelse. Opplysningene blir lagt inn i et eget register og det publiseres løpende statistikk. Dødsårsaksregisteret er en viktig datakilde for helsestatistikk og analyser. Opplysningene om dødsårsak regnes å ha høy pålitelighetsgrad, bortsett



fra at det ved sammensatte sykdomstilfeller kan være nødvendig å utøve et visst skjønn mht. dødsårsak. Dette kan være et visst problem for fortolkningen av statistikken for dødsfall blant eldre personer, men for dødsårsak blant yngre personer er denne feilkilden av mindre betydning.

(iv) *Pasientstatistikk og sykehusbehandlinger.* Det publiseres også en god del statistikk om behandlinger på sykehus og om legekonsultasjoner (trygderefusjoner). Det er imidlertid misvisende å bruke denne statistikken som indikatorer for helsetilstanden i befolkningen, fordi den ikke er personkorrigert (relatert). Det kan forekomme flere behandlinger/registreringer for en og samme person uten at dette kommer fram i statistikken som registrerer enkeltbehandlinger og konsultasjoner. Det er også selekterte data – vi kjenner ikke den underliggende populasjonen.

(v) *Sykefraværdata og andre trygdedata (uførepensjon, attføring mv).* Denne typen datakilder blir knyttet til personer og gir interessante indikatorer for helsetilstand, både knyttet til *langtidssytelser* og til *korttidssytelser*. Rikstrygdeverkets database er den viktigste kilden her. Statistisk sentralbyrå er ferd med å bygge ut en database som bygger på data fra Rikstrygdeverket og andre registerdatakilder (Trygd-FOB). På noen områder vil tilgjengelige data også kunne defineres i forhold til befolkningen som helhet, analogt med andre typer registerdata der det er befolkningen som helhet som er rekrutteringsbasis for trygdeytelsen (f.eks. antall uførepensjonerte i ulike aldersgrupper). På samme måte som under (ii) kan en benytte databaser til å se på forekomst og varighet av ulike typer ytelser i forhold til befolkningen som helhet.

Dette er mer problematisk for data der populasjonen er selektert og varierende over tid, slik som tilfelle er med *data for sykefravær*. Sykefravær registreres bare for sysselsatte (ansatte og selvstendige) personer med rett til sykepengene, og *hvem* som er sysselsatt (basispopulasjonen) varierer over tid. I tillegg kommer variasjon i hva slags sykefravær som registreres, dvs. om statistikken også inneholder data om de første 2 ukene av et sykefravær hvor arbeidsgiver dekker sykepengene, eller om opplysningene er begrenset til perioden hvor det Folketrygden som dekker sykepengene.

I forhold til vår problemstilling om helseforandringer på generasjonsnivå, er det data som på en eller annen måte kan knyttes til *befolkningen som helhet* (enten gjennom utvalg eller fullstendig register) som er mest relevante som indikatorer for helsetilstanden. Selekterte data over korttidssytelser som sykefravær/sykepengene har imidlertid også interesse i en generasjonssammenheng dersom de kan aldersrelateres. Datakilder kan gi grunnlag for analyser, problemstillinger og hypoteser som kan følges opp i mer generelle undersøkelser.

### 2.7.2.3 Tid og alder

*Tids* aspektet er sentralt i alle livsløpsbaserte modeller for helsekonsekvenser, både når det gjelder målingen av den avhengige variabelen (helsekonsekvenser) og når det gjelder målingen av de uavhengige variable (levetidsendringer). Under ellers like forhold endrer helsetilstanden seg med alder. Det er en normal del av aldringsprosessen for en befolkningsgruppe at andelen i gruppen med sykdom og helseplager øker med alder.

I praksis vil tilgangen på relevante data og målingsperioden sette begrensninger på hvor omfattende hypoteser om helsekonsekvenser av tidligere livsløp som lar seg teste ut empirisk på et gitt tidspunkt. Dette gjelder både den avhengige og de uavhengige variablene. Jo mer omfattende livsløpsdata vi har

fram til målingstidspunktet og jo sikrere holdepunkt vi har om forekomst av sykdom på individnivå, jo grundigere analyser kan vi gjøre av mulige helseeffekter av levekårsendringer over livsløpet. Et minstekrav for å kunne analysere helsekonsekvenser av langvarige eksponeringer for risikofylt arbeidsmiljø, er at vi har tidfestet informasjon om arbeidsmiljø på individnivå slik at vi kan måle eksponeringstiden for risikofylte arbeidsmiljøindikatorer. I tillegg må vi ha data om personer som er nådd en høy nok alder til at det er realistisk å regne med at virkninger av risikofylt/dårlig arbeidsmiljø vil kunne ha gitt utslag i helseplager som i seg selv er store nok til å bli rapportert i data-materiale av denne typen.

Analysere vi f.eks. helsekonsekvenser i form av plager og lidelser som antas å ha sammenheng med langvarig eksponering for visse typer belastninger i arbeidsmiljøet, sier det seg selv at analyse av et datamateriale om belastningslidelser og arbeidsmiljøeksponering for et utvalg av 30-årige kvinner, trolig dekker for kort del av individenes livsløp til at det rimelig å vente særlig stor registrert forekomst av belastningslidelser i gruppen. Med lav forekomst av den aktuelle helseplagen og ung populasjon blir grunnlaget for analyse av effekter av arbeidsmiljøeksponering magert så tidlig i livsløpet, selv om hypotesen kan vise seg å være holdbar ved målinger senere i livsløpet.

#### **2.7.2.4 Analysenivå : Individ eller gruppe**

Livsløps- og generasjonsendringer kan beskrives og analyseres på ulike nivå. Modellen som vi har skissert foran er livsløpsbasert og forutsetter tilgang til data på *individnivå*. I en slik modell ser vi helsetilstand på et gitt tidspunkt *t*-som påvirket av individuelle kjennetegn, dels medfødte kjennetegn og dels ulike kjennetegn knyttet til gjennomført livsløp fram til tidspunktet *t*. Generasjon er et medfødt kjennetegn, som i modellen kan påvirke helsetilstanden både *direkte* og *indirekte* gjennom de andre uavhengige variable. Nærmere prøving/analyser av ulike hypoteser og problemstillinger forutsetter også en presisert modell (tankeskjema) for analysene, med operasjonalisering av mulige årsakssammenhenger og mulige påvirkningskanaler. Hypotesene om at generasjonsendringer i levekår vil gi generasjonsendringer i helsetilstand, er dels knyttet til endringene som har skjedd i nivå og fordeling på uavhengige variable, som utdanning, yrkesdeltaking, familieforhold og reproduktivt livsløp, livstil etc.. Men det er også en realistisk hypotese at generasjon (kohort) i seg selv kan ha en viss betydning for den helsetilstanden, gjennom rammebetingelser for helseutvikling som endrer seg mer generelt på kohortnivå. Det er f.eks. rimelig å anta at forebyggende helsetiltak som har vært satt inn i det tidlige livsløpet for generasjonene som vokste opp i den tidlige etterkrigstida (skolehelsetjeneste, skoletannrøkt o.l.) kan ha gitt disse kohortene et bedre helseutgangspunkt for livsløpet sammenliknet med eldre kohorter.

I forhold til testing av hypotesen om helsekonsekvenser av levekårsendringer, kan en modell på individnivå i prinsippet differensiere mellom effekter av uavhengige variable som måler levekårsendringer, og effekter av uavhengige variable som måler «andre» forhold. Det sier seg selv at det i noen tilfelle vil være avhengig av kjønn hva som vurderes som levekårsendringer og hva som betraktes som endringer i «andre» variable. I en analyse hvor vi har tilgang til *individdata* av typen vi har skissert foran for en gruppe kvinner fra ulike generasjoner, vil vi i prinsippet kunne skille mellom «rene» generasjonseffekter og generasjonseffekter knyttet endringer i underliggende uavhengige variable. I praksis vil utslaget av generasjon under ellers like for-

hold være betinget hvor spesifisert modell og datamateriale er mht. andre variable som også har endret seg over tid (kontrolleffekter). I epidemiologiske undersøkelser vil det i praksis være begrenset hvor mange uavhengige variable en har muligheter å kontrollere for – dvs. hvor «ren» generasjonseffekten kan sies å være, er til til en viss grad et spørsmål om hva slags data en har. Det vil også kunne være slik at det vil kunne være interaksjonseffekter mellom generasjon og andre bakgrunnsvariable. Et eksempel på dette er f.eks. utdanning, som vil kunne gi ulike gradienteffekter når en går fra en generasjon hvor forholdsvis få har lang utdanning til en generasjon hvor de fleste har relativt lang utdanning, og hvor den sosiale seleksjon til gruppen med lav utdanning er sterkere<sup>4</sup>.

I et aggregert datamateriale kan vi ikke gjøre denne typen kontroller på individnivå, selv om vi har tilgang til ulike typer av aggregatdata på gruppenivå. Det innebærer at vi har et mer usikkert grunnlag for å trekke konklusjoner om generasjonsendringer enn i analyser basert på individdata, fordi vi ikke kan knytte endringene på gruppenivå direkte til endringene på individnivå. Vi kan bl.a. ikke utelukke at negative og positive effekter av generasjon på bakenforliggende variable «jevner hverandre ut». I utgangspunktet er det mao. grunn til å ha beskjedne forventninger mht. hvor klare generasjonseffekter vi kan regne med å finne i helserelaterte levekårsforhold, nettopp fordi de generasjonsendringene som har skjedd er både på positiv og på negativ side i forhold til antatte utslag på helse.

## 8 Helseendringer, kjønn og helseulikhet.

---

### 8.1 Helsemål og helseparadokser

Statistisk sentralbyrå har gjennomført flere store intervjuundersøkelser om helseforhold siden slutten av 1960-årene (Helseundersøkelsene 1968, 1975, 1985 og 1995). Disse undersøkelsene er den beste kilden for utviklingen av helseforhold i befolkningen som helhet. Opplegget for undersøkelsene har endret seg en del fra de to første undersøkelsene til de to siste, med stadig større vekt på egenvurdert helse (Bjerkedal 1997). Gjennom disse undersøkelsene finnes datamateriale som kan anvendes til å belyse enkelte sider ved helseutviklingen på generasjonsnivå. Innenfor tidsrammen av dette arbeidet har det ikke vært aktuelt å gjøre nye bearbeidinger av datamaterialet på fødselskohortnivå, men utviklingen av helseforholdene for ulike aldersgrupper kan gi noen holdepunkt om utviklingen også på generasjonsnivå, selv om sammenlikningene blir gjennomført for større aldersgrupper.

Her skal vi nøye oss med å kommentere noen hovedtrekk fra analyser og statistikk som er lagt fram tidligere. Grovt sett kan en si at utviklingen i befolkningens helseforhold preges av en del motstridende utviklingstrekk, som også kan beskrives som som *helseparadokser*. På det ene siden er det ikke tvil om at helseforholdene på mange områder er blitt bedre enn den var for få ti-år tilbake. Målt ved indikatorene som vanlig brukes som mål for sosial og helsemessig utvikling i historiske analyser og i sammenliknende studier av

4. Et eksempel på denne typen utfall finner vi i Arntzen et al. (1996) som undersøker bl.a. effekten av bla. mors utdanning for den postneonatale dødelighet i tre ulike perioder: 1968-71, 1978-1981 og 1989-1991. I den siste perioden er det en betydelig effekt av mors utdanning på dødelighetsrisikoen (forhøyet risiko ved lav utdanning), mens det er små forskjeller mellom utdanningsgruppene i den første perioden.

land – *forventet levealder for nyfødte av begge kjønn* – er det ikke tvil om at det har skjedd betydelig forbedringer over livsløpet til de generasjonene som utgjør dagens befolkning.

For fødselskullene som ble født i perioden 1901–1905 var den forventet levealderen for nyfødte jenter 56,9 år og for gutter 54,0 år (Statistisk sentralbyrå 1994). Over de neste trettifem årene fram til fødselskullene i 1936–40 hadde forventet levealder økt til 68,3 år for jenter og 64,6 år for gutter. Fram til fødselskullene i perioden 1971–75 var det en ytterligere økning til henholdsvis 77,7 og 71,4 år, mens forventet levealder i 1997 var 81,0 år for nyfødte jenter og 75,5 år for nyfødte gutter (Statistisk sentralbyrå 1998a). Selv om økningen i forventet levealder var relativt sterkest i første del av dette århundret, har det også funnet sted en betydelig økning over de siste par tiårene.

På den annen side viser data fra helseundersøkelsene 1985 og 1995 at det på mange områder også har vært en betydelig økning i den *registrerte sykkeligheten* i denne perioden, ikke minst når det gjelder andel av befolkningen med *kroniske lidelser*. Det var en betydelig høyere andel av befolkningen som hadde langvarig sykdom i 1995 enn i 1985 og tidligere helseundersøkelser. Samlet sett hadde 57 prosent av *hele befolkningen* (inklusive barn 0–16 år), og 66 prosent av den *voksne befolkningen* (16 år og over) minst ett tilfelle av varig sykdom i 1995. Sammenliknet med helseundersøkelsen i 1985, var det en økning i andelen med varig sykdom i alle aldersgrupper, men økningen var sterkest for yngre voksne (16–44 år) og for de eldste eldre (80 år og eldre) (Ramm 1997a, Ramm m.fl. 1998).

Det andre paradokset er knyttet til *helseulikheter mellom kvinner og menn*. Hvis vi nøyer oss med å måle helsetilstanden ved forventet levealder for nyfødte, vil kvinnene framstå som det mest helsesterke kjønn – med et forsprang i forventet levealder på 5,5 år i 1997. På den annen side viser data fra helseundersøkelsene at kvinner jevnt over har dårligere helse enn menn ved de fleste generelle helsemålene som benyttes i undersøkelsene. Kvinner rapporterer flere syketilfeller enn menn. Helseundersøkelsen 1995 viser at 66 prosent av kvinnene (16–66 år) har varig sykdom og at kvinner med sykdom i gjennomsnitt har 2,4 syketilfelle. Tilsvarende tall for menn er 60 prosent med varig sykdom, og 2 syketilfeller i gjennomsnitt pr. syk person (Ramm 1997 b).

I dette bildet hører også kjønnsulikhetene i sykefravær med. Det er velkjent at kvinnelige arbeidstakere generelt har høyere sykefravær enn mannlige. Tidligere har en antatt at dette i noen grad kunne henge sammen med både kvinners dobbeltarbeid (både yrkesaktive og med ansvar for hjem/omsorgsarbeid) og med ulikheter i yrkesstrukturen for kvinner og menn, ved at kvinner i større grad enn menn arbeider i yrker og på arbeidsplasser der sykefraværet er relativt høyt. Nyere studier av utviklingen i sykefravær i perioden 1990–97 (Mastekaasa 1998) viser imidlertid at kvinnelige arbeidstakere generelt har høyere sykefravær enn mannlige arbeidstakere, også når det kontrolleres for yrkestilknytning, alder og arbeidsplassstilknytning. Sykefraværet varierer betydelig med yrke og sosioøkonomisk status. Både for kvinnelige og mannlige arbeidstakere er sykefraværet høyest for ufaglærte arbeidere, og lavest for høyere funksjonærer. *Kjønnsforskjellene* i sykefravær er imidlertid lavest for ufaglærte arbeidere (kvinnelige arbeidstakere har 1,39 ganger så høy fraværsansynlighet som menn) og høyest for høyere funksjonærer (der forholdstallet er 2,46).

Analysene viste forøvrig klart at sykefravær under svangerskapet er en av de faktorene som bidrar til kjønnsforskjeller i sykefravær. Dobbeltarbeid synes også å ha en viss effekt på fraværet, men denne er ikke særlig sterk og bidrar

ikke i nevneverdig grad til kjønnsforskjeller i fravær. Mastekaasa konkluderer med at det er en betydelig forskjell i kvinners og menns sykefravær som ikke kan forklares ut fra arbeidsforhold, svangerskapsrelaterte forhold eller dobbeltarbeid. Denne forskjellen reflekterer trolig i hovedsak mer generelle kjønnsforskjeller i helse og reaksjoner på helseproblemer (sykdomsatferd).

Disse paradoksene illustrerer at ulike mål på helseforhold viser motstridende tendenser, og at enkle mål for helseforhold i beste fall kan vise oss en liten bit av en kompleks helhet. Vi skal se litt nærmere på dette med utgangspunkt i disse to helseparadoksene.

## 8.2 Helsemål og utvikling over tid

Den sterke stigningen i andelen med varig sykdom er et av de mest framtrepende resultatene i Helseundersøkelsen 1995. En nærmere vurdering av data-materialet og sammenlikning med resultatene fra Levekårsundersøkelsen 1995, kan tyde på at det høye nivået i Helseundersøkelsen 1995 noen grad kan forklares ved intervjuemetoden, som i større grad var lagt til rette for at folk skulle huske sine sykdommer og plager i intervjusituasjonen. Det ble benyttet mer omfattende sjekklister av diagnoser i Helseundersøkelsen enn i Levekårsundersøkelsen, og det har trolig også betydning at hele intervjuet er helsefokuseret (jfr. nærmere redegjørelse i Ramm m. fl. 1998: 43).

Levekårsundersøkelsene viser imidlertid også en økning i andelen av langvarig sykdom, men økningen er langt svakere enn for helseundersøkelsene. Iflg. levekårsundersøkelsene gikk andelen med varig sykdom opp fra 47 prosent i 1980 til 55 prosent i 1995. Uansett hvilket datamateriale som legges til grunn som situasjonsbeskrivelse for 1995, er det mao. ikke tvil om at det er en stor andel av befolkningen som har én eller flere varige sykdommer, skader eller plager.

Samtidig vurderer et stort flertall (80 prosent) av de intervjuete sin egen helse som *meget god eller god*. Det er bare seks prosent som mener at helsen er dårlig. Av dem som har varige sykdommer, skader eller funksjonshemninger opplever 19 prosent at helseproblemene virker inn på hverdagen i *høy grad*. Dette illustrerer at helse målt ved *fravær av sykdom* er et svært strengt krav, sammenliknet med et helsebegrep basert på selvurdert helse og mestringsevne i hverdagen. De nærmere analysene av datamaterialet viser at terskelen for å karakterisere sin egen helse som dårlig synes høy for de fleste. En forringet helseopplevelse oppstår som oftest først når sykdom, funksjonshemming eller andre forhold gjør at en ikke kan utfolde seg som før, eller ikke makter å fungere tilfredsstillende i yrkes- eller utdanningssammenheng. Psykosomatiske forhold og svake sosiale relasjoner bidrar også til negativ vurdering av egen helse. (Ramm 1997b). Samlet sett illustrerer dette at et helsebegrep basert på egenvurdert helse og funksjonsdyktighet gir en bredere forståelse av individenes helsetilstand, og synes å være det mest relevante målet for helsetilstand i en levekårs- og livskvalitetssammenheng.

Rammes analyse viser også at forventningene til eget helse og prestasjonsnivå varierer med alder, kjønn og kontekst. Med økende alder justeres krav og forventninger til egen helsetilstand og kapasitet, men samtidig øker forekomsten av medisinsk relaterte helseproblemer. Alder gir et likt svarmønster for kvinner og menn når sammenlikningene konsentreres til den voksne befolkningen i yrkesaktiv alder (16 – 66 år). Det er også verdt å merke seg at det å fungere tilfredsstillende i en arbeidsrolle eller utdanningsrolle viser seg viktig for den helsemessige velferden. Av de som vurderer helsen negativt,

har 53 prosent problemer med å komme inn i eller å mestre yrkesrollen pga. sykdom, mens 29 prosent har sykdom, men ikke slike problemer. Spørsmål som er stilt til hele befolkningen uavhengig av sykdom, viser at flere av de som vurderer egen helse som dårlig, har svake sosiale relasjoner sammenliknet med andre grupper. Andelen som ikke har noen fortrolig venn utgjør 17 prosent av de som sier at helsen er dårlig. Samtidig viser tallene at det er flere av dem som ikke er i arbeid og som bor alene uten andre voksne i husholdet, som sier at helsen er dårlig. Som påpekt av Ramm kan dette resultatet være uttrykk for seleksjonsprosesser der grupper med helseproblemer støtes ut fra samfunnsmessige og sosiale roller (Ramm, op.cit) .

Helseundersøkelsen 1995 viser forøvrig en generell økning i de fleste sykdomsgrupper i perioden fra forrige helseundersøkelse i 1985. Det er mest markert økning for sykdommer i åndedrettsystemet og i muskel- og skjelettsystemet. Blant barna er det åndedrettsproblemer (bl.a. allergi og astma) som har størst utbredelse, mens muskel og skjelettsykdommer er den største sykdomsgruppen blant voksne i yrkesaktiv alder. Blant eldre (67–79 år) og «eldste eldre» (over 80 år) er det muskel-skjelettlidelser og hjerte/karlidelser som dominerer sykdomsbildet. Helseundersøkelsen 1995 viser forøvrig en liten nedgang i andelen av den voksne befolkningen som rapporterer nedsatt funksjonsnivå (i form av svekket syn, hørsel eller bevegelsevansker) sammenliknet med 1985, med henholdsvis 13 og 16 prosent. Nedgangen er størst blant eldre. I 1995 rapporterte 53 prosent av eldre i aldersgruppen 66 til 79 år om funksjonsproblemer, mot 59 prosent i 1985.

### 8.3 Helseulikheter mellom kvinner og menn

Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet har økt både for kvinner og menn, men økningen har vært sterkest for kvinnene. Samlet sett økte andelen kvinner med slike plager fra 16 prosent i 1985 til 29 prosent i 1995, mens tilsvarende tall for menn var 13 og 22 prosent. Fordelingen etter aldersgrupper viser at den sterkest økningen fant sted for kvinner i aldersgruppene 45–66 år og 67–79 år med henholdsvis 19 prosentpoeng (fra 28 til 47 prosent) og 25 prosentpoeng (fra 30 til 55 prosent) (Statistisk sentralbyrå 1998 c). På bakgrunn av disse tallene er det ikke overraskende at det er flere kvinner enn menn som sier at de var plaget av smerter i fjorten-dagersperioden før intervjuet. Av kvinnene rapporterte 15 prosent at de var ganske eller veldig mye plaget med rygg smerter, mens 10 prosent av mennene sa det samme. Videre er relativt mange kvinner også plaget med smerter i nakke, armer og skuldre. Det er særlig kvinner i alderen 45 til 66 år som er rammet av slike plager (Ramm 1997 a).

Det er mer parallell utvikling for kvinner og menn når det gjelder nivået av henholdsvis nervøse plager og hjerte- karlidelser. Kvinner har litt høyere hyppighet enn menn av begge sykdomsgruppene både i 1985 og i 1995, men økningen har stort sett vært på samme nivå for begge kjønn også innen de enkelte aldersgruppene. Et unntak i denne forbindelsen er forekomsten av hjerte/karlidelser i den eldre delen av befolkningen, der økningen har vært relativt sterkest for menn. Andelen menn med hjerte-karlidelser gikk opp fra 1985 til 1995 med henholdsvis 7 prosentpoeng for aldersgruppen 67–79 år og med 17 prosentpoeng i aldersgruppen 80 år og eldre. Fortsatt er det imidlertid en noe høyere andel av kvinner i begge aldersgruppene som har hjerte-karlidelser, men forskjellene etter kjønn er blitt mindre i løpet av ti-årsperioden. I aldersgruppen 67–79 år hadde 42 prosent av mennene og 45 av kvinnene

hjerter- og karsykdommer i 1995, mens tilsvarende andeler i aldersgruppen 80 år og eldre var 49 prosent av mennene og 52 prosent av kvinnene (Statistisk sentralbyrå 1998b). At flere lever med hjertekarlidelser nå enn tidligere, betyr ikke nødvendigvis at det er relativt flere i befolkningen som får slike sykdommer enn tidligere. Kjeldstad (1998b) peker på at etter alt å dømme er den reduserte dødeligheten av hjerte- og karlidelser i perioden 1980–1995 en viktig årsak til den økte hyppigheten av hjerte- og karlidelser i den eldre befolkningen. At økningen i sykdomshyppighet her slår sterkest ut for menn, er en rimelig effekt av at nedgangen i dødeligheten av hjertekarsykdommer har vært relativt sterkest for menn.

#### 8.4 Ulikheter i dødelighetsmønsteret

Dette illustrerer at helse mål knyttet henholdsvis til sykkelighet og dødelighet fanger opp ulike sider av et komplisert helhetsbilde. At menn i gjennomsnitt har kortere forventet levealder enn kvinner skyldes først og fremst kjønnsulikheter i *dødelighetsmønsteret* og ikke *kjønnsulikheter i sykdomsmønsteret*. Forventet levealder for en nyfødt jente eller gutt i et gitt år/periode bestemmes av dødelighetsmønsteret i ulike aldersgrupper og kjønn i dette året/perioden. Det er mao. et sammensatt mål som over tid vil påvirkes av endringer i dødeligheten for *alle* aldersgrupper, fra nyfødte barn til de aller eldste.

Den viktigste bidraget til den sterke økningen i forventet levealder for nyfødte i dette århundret kommer fra den markerte reduksjonen i barnedødelighet og i dødeligheten blant unge og yngre middelaldrende. Det ser vi bl.a. av at nivået for forventet gjenstående levealder for 50-åringer har endret seg langt mindre over generasjonene enn forventet levealder for nyfødte barn. I perioden 1901–05 hadde 50-årige kvinner og menn en forventet gjenstående levetid på henholdsvis 25,2 og 23,9 år (dvs. til henholdsvis 75,2 og 73,9 år), mens tilsvarende nivå i 1971–75 var henholdsvis 30,0 år for kvinner og 25,4 år for menn (dvs. til henholdsvis 80 og 75,4 år) (Statistisk sentralbyrå, 1994).

Noe forenklet kan vi si at forskjellene i levealder for kvinner og menn skyldes dels at menn i betydelig grad dør av *andre* årsaker enn kvinner, og dels av at menn dør *tidligere* enn kvinner av de samme årsakene (sykdomstypene). Menn har mye høyere risiko enn kvinner for voldsom død ved ulykker og selvmord. Dette gjelder for alle aldersgrupper, men slår spesielt sterkt ut for dødelighetsratene for personer under 50 år, hvor hyppigheten av død ved ulykke og voldsom død er størst. Det er også kjønnsforskjeller i barnedødeligheten både for spebarn og for eldre barn. I dag er nivået av barnedødeligheten såvidt lavt at kjønnsforskjellene betyr lite for forskjellene i forventet levealder, men en skal ikke mange ti-årene tilbake før kjønnsforskjellene i barnedødelighet også bidro betydelig til ulikhetene i forventet levealder.

Et viktig bidrag til økningen i kvinners forventete levealder i dette århundret kommer fra redusert risiko for død ved svangerskap og fødsler for kvinner i reproduktiv alder. Bedringen i kvinners reproduktive helse og i fødsels- og svangerskapsomsorgen har redusert bidraget fra denne dødelighetsrisikoen til et svært lavt nivå i Norge og mange andre land i den vestlige verden. På verdensbasis er imidlertid dødelighet ved svangerskap og fødsel et viktig bidrag til at forskjellene levealder mellom menn og kvinner er mindre, og tildels – for noen få lands vedkommende – g år i motsatt retning av bildet vi kjenner fra den vestlige industrialiserte verden.

Sett i forhold til grovt grupperte sykdomstyper er det ikke store forskjeller i den generelle fordelingen av dødsårsaker etter kjønn. Hjerter-karsykdommer

og ulike former for kreft står for en stor del av den sykdomsrelaterte dødeligheten. Menn dør midlertid tidligere i livsløpet enn kvinner. De aldersstandardiserte dødelighetsratene for henholdsvis kreft (ondartete svulster) og hjerte-karlidelser ligger betydelig høyere for menn enn for kvinner. Over perioden 1980 til 1995 har de aldersstandardiserte dødelighetsratene for kreft holdt seg relativt stabile (med en svak økning for begge kjønn), mens det har skjedd en betydelig reduksjon av dødelighetsratene for hjerte-karlidelser for begge kjønn, men relativt mer for menn enn for kvinner. Det samme gjelder dødelighetsratene ved ulykker (Statistisk sentralbyrå 1998b). Virkningene av disse relative forbedringene i mennenes favør viser seg ved at økningen i forventet levealder for en nyfødt i denne perioden var noe sterkere for menn enn for kvinner. Fra 1980 til 1996 økte forventet levealder for nyfødte med tre år til 75,4 år for menn og med knapt to år til 81,1 år for kvinner (Østby og Skiri 1998).

En del av forskjellene i menns og kvinners dødelighetsmønster må sees i sammenheng med kjønnsulikhet i livsstil. Viktige bidrag til menns overdødelighet er knyttet til dødsårsaker der menns høyere forbruk av alkohol og tobakk antas å være en sterkt medvirkende årsak (bl.a. kreft i lunger og åndedretsorganer, leverskader) og hjerte-karlidelser. Alkohol er også en medvirkende årsak ved mange ulykker som ender med dødsfall. Menns overdødelighet av hjerte-karlidelser har også vært sett i sammenheng med at menn har vært mer utsatt for stress i forbindelse med arbeidet og forsørgeransvar.

Gjennom de endringer som har funnet sted i de tradisjonelle kvinnerollen og i kvinners levekår og livsstil, har det skjedd en tilnærming mellom kvinners og menns levemønster i yngre generasjoner sammenliknet med eldre. Gjennom kvinnenes økte deltakelse i yrkesliv og familieforsørgelse har kvinnene avlastet menn i forsørgeransvaret, samtidig som kvinnene også i økende grad utsettes for krav og belastninger knyttet til yrkeslivet. Kvinners livsstil har også nærmet seg menns mht. risikoatferd og forbruk av alkohol og tobakk. På bakgrunn av dette er det en rimelig hypotese at dette på sikt vil gi utslag i mindre kjønnsforskjeller både når det gjelder dødelighet og sykkelighet. At utviklingen av forventet levealder har gått i denne retningen i den siste femtenårsperioden, kan isolert sett sees som en støtte til denne hypotesen. Her er det imidlertid bare nærmere analyse av sykkelighets- og dødelighetsutviklingen som kan gi svar, fortrinnsvis med utgangspunkt i individuelle livsløpsdata som kan gi mulighet for nærmere testing av årsaksforhold (jfr. nærmere drøfting i avsnittene 1 og 4).

Når det gjelder reduksjonen av kjønnsforskjellene i forventet levealder, kan det imidlertid være av en viss interesse å se på resultatene fra en analyse som har sett nærmere på utviklingen av kjønnsforskjellene i dødelighet og forventet levealder i Australia, og på endret betydning av ulike dødsårsaker i perioden 1982 og 1992 (Tickle 1997). Det er selvfølgelig ikke mulig å omsette de australske resultatene direkte til norske forhold, men endringene i dødelighetsmønsteret korresponderer i grove trekk med tendenser som også er tilstede i dødelighetsutviklingen i Norge. Australia er et utviklet i-land der forventet levealder etter kjønn er omtrent på norsk nivå (80,9 år for kvinner og 75,0 år for menn). I likhet med Norge har det skjedd en betydelig reduksjon av kjønnsforskjellene i forventet levealder i de seinere år (fra 7,03 år i 1982 til 5,99 år i 1992).

På grunnlag av aldersstandardiserte dødelighetsrater dekomponerer Tickle aldersforskjellene i dødelighet etter dødsårsak. I 1982 kunne 72,5 prosent av forskjellene i forventet levealder (tilsvarende 5,09 år) tilskrives menns over-



dødelighet av henholdvis hjerte-karsykdommer (1,69 år), kreft i lunge, munn og hals mv (0,85 år), sykdommer i åndedrettsystemet (0,80 år), samt trafikku-lykker og andre ulykker (1,06 år). Ved å inkludere ytteligere tre grupper av dødsårsaker: andre typer kreft (0,34 år), selvmord (0,29 år), og andre sykdommer i sirkulasjonorganene (0,39 år), ble tilsammen 86,9 prosent og 6,11 år av kjønnsforskjellene i levealder forklart.

I 1992 stod de overnevnte sju dødsårsakene tilsammen for 82,7 prosent av den samlede overdødeligheten (tilsvarende 4,95 år), dvs. at den relative betydningen av andre dødsårsaker (bl.a. AIDS) hadde økt. I forhold til reduksjonen i forventet levealder på 1,04 år var de viktigste bidragene (målt i år) fra hjerte-karsykdommer (nedgang til 1,69 år), trafikkulykker og andre ulykker (nedgang til 0,58 år), sykdommer i åndedrettsorganene (nedgang til 0,59 år). Det hadde også skjedd en mindre nedgang i bidraget fra kreft i lunge, munn og hals (nedgang til 0,81 år). Det hadde imidlertid skjedd en økning i den relative betydningen av andre typer kreft (opp til 0,56 år) og selvmord (opp til 0,42 år). På disse områdene hadde forbedringene i perioden mao. vært relativt sterkere for kvinner.

## 9 Levekårsendringer i perioden 1980–95<sup>5</sup>

---

I utgangspunktet er Levekårsundersøkelsene en relevant datakilde for å vurdere mulige utslag av endringer på generasjonsnivå i helserelaterte levekårsvariable. Det er en god del spørsmål som har vært beholdt uendret fra en undersøkelse til den neste, slik at en i prinsippet kan sammenlikne en yngre og en eldre kohort på samme alderstrinn på samme måten som vi foran i del I har sett på sysselsettings- og inntektsendringer for ti-årskohorter av fødselsskull. Vi skal i det følgende se nærmere på utviklingen av en del helserelaterte kjennetegn i perioden fra 1980–1995 for de samme ti-årskohortene som vi foran i Del I har fulgt i analysen av inntekts- og sysselsettingsutviklingen. I begge tilfelle bygger presentasjonen på analysen i rapporten Generasjonsforskjeller i levekår (Skrede og Ryen 1999- under utgivelse). Denne rapporten viderefører den tidligere kohortanalysen av inntekts- og levekårsendringer som ble utført i tilknytning til Levekårsutvalgets arbeid (NOU 1993:17, Skrede 1994 a), med data fra Inntekts- og formuesundersøkelsen 1994 og Levekårsundersøkelsen 1995. Det vil si at vi for levekårsvariablene har observasjoner fra 1980, 1991 og 1995.

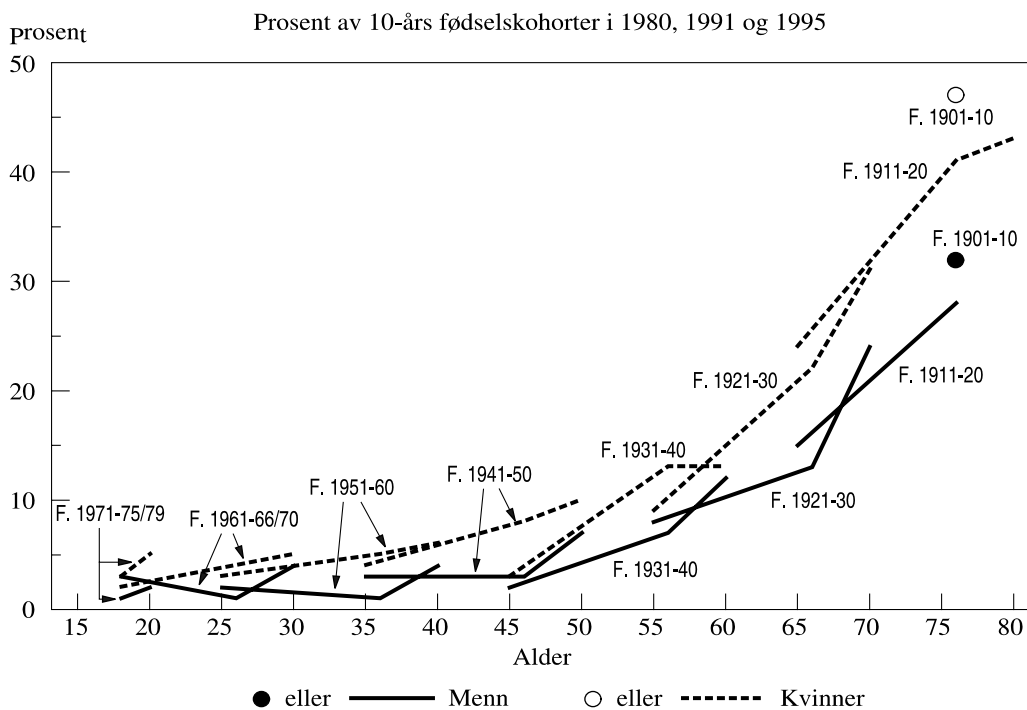
Innledningsvis er det imidlertid grunn til å understreke at dette er et spinkelt datagrunnlag for å analysere generasjonsendringer i levekår, og at de tendensene som vi kan observere fra datamaterialet må tolkes med betydelig forsiktighet. I forhold til den ideelle modellen vi har skissert foran, har datamaterialet *to* vesentlige mangler. Vi har *ikke* data om de samme personene på flere tidspunkt (livsløpsdata på individnivå), men *observasjoner fra separate utvalgundersøkelser* på de tre tidspunktene. Hvert enkelt av disse observasjonssettene er beheftet med vanlige feilkilder for utvalgundersøkelser (utvalgsvarians og muligheter for målefeil). Utvalgene for Levekårsundersøkelsene omfatter færre personer enn utvalgene for Inntekts- og formuesundersøkelsene. Dette innebærer større usikkerhet knyttet til målingene av de

5. Tekst og figurer i avsnitt 3 er i stor grad hentet fra korresponderende avsnitt i en kommende rapport i serien Rapport fra Statistisk sentralbyrå: Generasjonsforskjeller i levekår (Skrede og Ryen 1999). Teksten i avsnittet er forkortet og det er tatt med færre figurer i forhold til den fullstendige presentasjonen i rapporten.

enkelte levekårsindikatorerne på de ulike tidspunktene. Dermed knyttes det også større usikkerhet til de tendensene som datamaterialet beskriver for de enkelte generasjonene, når en som her utelukkende ser på indikatorer etter alder og fødselskohort. Inndelingen i ti-års fødselskohorter etter kjønn gir relativt små grupper med tilsvarende stor usikkerhet, både på enkeltobservasjoner og på utviklingen over tid. For de eldste fødselskohortene påvirkes størrelse og sammensetning av kohortutvalgene også av at det var relativt stort frafall blant de eldre aldersgruppene i intervjuutvalget både i 1991 og 1995<sup>6</sup>, samt av at sammensetningen av intervjuutvalget blir berørt av underliggende endringer i målpopulasjonen for undersøkelsene. Målpopulasjonen for de tre undersøkelsene er befolkningen 16 år og eldre bosatt *utenfor* institusjon. Andelen hjemmeboende blant de eldste og mest skrøpelige eldre er sannsynligvis høyere både i 1991 og i 1995 enn det var i 1980, på grunn av at omsorgen for hjelpetrengende eldre i økende grad blir basert på hjelp i hjemmet istedet for innleggelse på institusjon (Lingsom 1991).<sup>7</sup>

I rapporten har vi forsøkt å ta hensyn til denne usikkerheten på to måter: Vi har i figurene utelatt observasjoner når det underliggende tallet bygger på færre enn *hundre* intervjuete personer fra kohorten. Dette gjelder også alle figurerer gjengitt i dette notatet. For å unngå at det blir lagt urimelig vekt på mindre svingninger i nivået av de enkelte levekårsindikatorerne mellom 1991 og 1995 i forhold til utviklingen mellom 1980 og 1991, vurderer vi også om den langsiktige utviklingen mellom 1980 og 1995 viser samme tendens som utviklingen 1980 -91, alternativt om 1995 observasjonene har brutt med denne trenden.

6. Oversikt over utvalgssammensetning og frafall i de ulike aldersgruppene mv. er gitt i hovedrapportene fra de to levekårsundersøkelsene, henholdsvis Statistisk sentralbyrå 1992, s. 11-18 og Statistisk sentralbyrå 1996, s. 11-17.
7. For nærmere drøfting av usikkerhetsproblematikken knyttet til betydningen av utvalgsvarians, seleksjon mv. ved vurdering av observert utvikling over tid, vises til Skrede (1994 a) og Skrede og Ryen (1999).



Figur 2.7 Andel med nedsatt bevegelseevne.

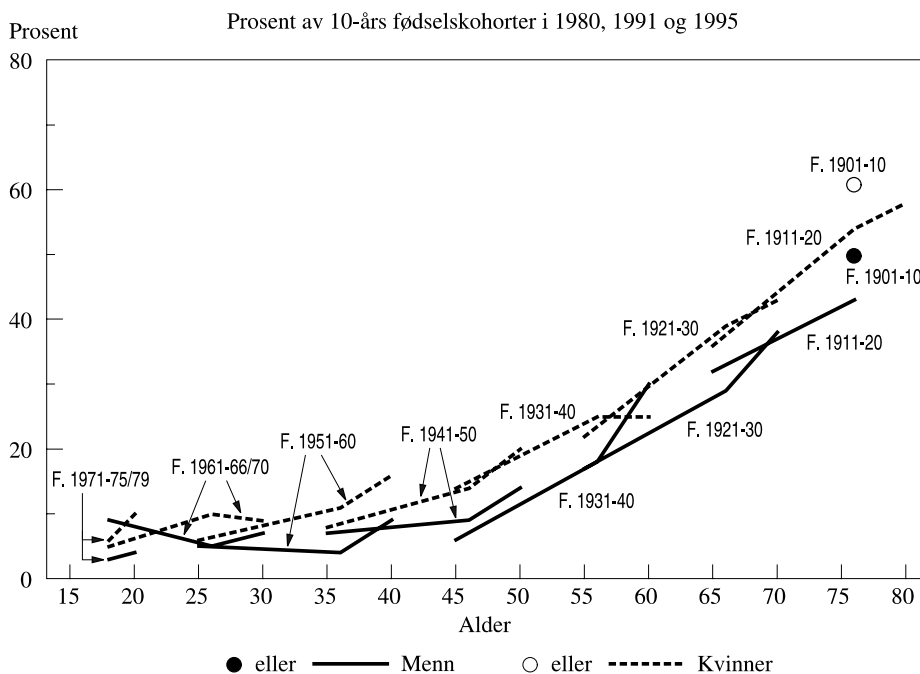
\*Tilsvarende figur 3.13 i Skrede og Ryen (1999)

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

## 9.1 Endringer i funksjonsdyktighet

Vi har tidligere pekt på at data fra Helseundersøkelsen 1995 viser at eldrebefolkningen er blitt mer rørlig, ved sammenlikning av funksjonsnivået for personer i aldersgruppene 66 til 79 år i henholdsvis 1985 og 1995. Lingsom (1989) har tidligere funnet tilsvarende utslag ved sammenlikning av data fra levekårsundersøkelsene 1973–1987. Vi ser også spor av denne tendensen i datamaterialet fra levekårsundersøkelsene når vi sammenlikner utvalg fra de eldste fødselskohortene (ti-års aldersgrupper) på tilsvarende alderstrinn. Innenfor de mer findelte aldersgruppene er likevel tendensen til svekket funksjonsevne med økende alder fortsatt det mest markerte utviklingstrekket for de eldste fødselskohortene. Figurene 2.7 og 2.8 viser andelen av kvinner og menn i hver ti-årskohort som rapporterte helseplager i form av *nedsatt bevegelseevne* og *nedsatt funksjonsevne* i henholdsvis 1980, 1991 og 1995. Nedsatt funksjonsevne er her en indeks som tar hensyn til nedsatt arbeidsevne og bevegelseevne, samt nedsatt syn, hørsel og evne til å bære.

Det er en klar tendens til stigende helseproblemer med økende alder, og det går også fram at det stort sett er en større andel av kvinnene enn av mennene som får slike problemer med økende alder. I de eldste kohortene er det en høy andel som rapporterer at de har problemer med funksjons- og bevegelseevne. I 1991 (ved gjennomsnittsalder 76 år) rapporterte 54 prosent og 41 prosent av kvinnene i 1911–20 kohorten at de hadde problemer med henholdsvis nedsatt funksjonsevne og nedsatt bevegelseevne, mens tilsvarende andeler for mennene i kohorten var henholdsvis 43 og 28 prosent.



Figur 2.8 Andel med nedsatt funksjonsevne.

\*Tilsvarende figur 3.14 i Skrede og Ryen (1999)

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

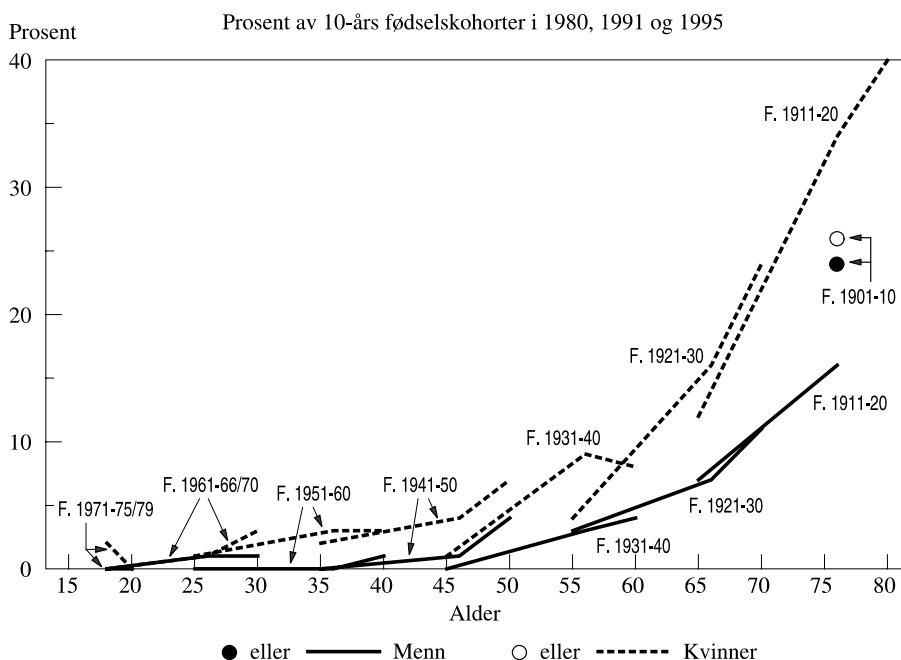
I et generasjonsperspektiv er det imidlertid verdt å merke seg at andelen med henholdsvis nedsatt funksjons- og bevegelseevne både for kvinner og menn lå på et litt lavere nivå i 1991 enn tilsvarende nivå for 1901–10 kohorten ved omtrent samme alderstrinn i 1980. For mennenes vedkommende gjaldt denne tendensen også andelen med *sterkt nedsatt arbeidsevne* (figur 3.12 i Skrede og Ryen (1999) og andelen som er *hjelpetrequende* (figur 2.9), mens tendensen for kvinnenes vedkommende her er motsatt med høyere andeler i 1911–20 kohorten ved 76 årsalder enn tilsvarende nivå i 1901–10 kohorten i 1980. For de eldre mennenes vedkommende har utviklingen mao. gått i retning av reduserte helseplager i den yngre fødselskohorten, mens tendensen ikke er like entydig positiv for kvinnenes vedkommende. Her må en imidlertid ta hensyn til at det knytter seg betydelig usikkerhet til de enkelte observasjonene når gruppene blir såvidt små som her, slik vi også har pekt på foran. Det bør som nevnt også legges vekt på at utvalgssamsetningen i 1991 og 1995 trolig er påvirket av at relativt flere av de mest skrøpelige eldre bor utenfor institusjon på 1990-tallet enn i 1980 (Lingsom, op.cit.). Denne utviklingen er sannsynligvis forsterket gjennom 1990-årene.

I denne sammenhengen må det tas hensyn til at det å være hjelpetrequende<sup>8</sup> også har ulike konsekvenser, alt etter om den intervjuete bor sammen med andre som kan yte hjelp. De store forskjellene mellom kjønnene i andelen som er hjelpetrequende i eldre år, må også sees i sammenheng med at kvinner er aleneboende i eldre år i mye større grad enn menn. Både forskjellene i gjen-

8. Som hjelpetrequende regner en personer som «ikke uten hjelp av andre klarer dagligvareinnkjøp eller vask og rengjøring av boligen».

nomsnittlig levealder etter kjønn og gjennomsnittlige aldersforskjeller mellom ektefeller, bidrar til at menn i større grad enn kvinner har ektefelle i live også i de avsluttende livsløpsfasene. Andelen kvinner som bor alene har økt markert med økende alder innen de ulike fødselskohortene (Skrede og Ryen 1999). I befolkningen som helhet er det også langt flere kvinner enn menn i aldersgruppene over 80 år<sup>9</sup>. Den høye andelen hjelpetrengende blant eldre kvinner illustrerer at omsorgstjenestetilbudet for hjelpetrengende eldre er særdeles viktig for eldre kvinners levekår.

Utvidelsene av datasettet med observasjoner for 1995 tyder i liten grad på en endret utvikling i forhold til tendensene for perioden 1980–1991 for disse levekårsindikatorne. Andelen kvinner med sterkt nedsatt arbeidsevne i 1921–30 kohorten lå *litt* lavere i 1995 enn nivået i 1911–20 kohorten i tilsvarende aldersfase (gjennomsnittsalder 70 år), men forskjellen er relativt beskjeden (jfr. Skrede og Ryen 1999). På de andre funksjonsindikatorne er det ikke nevneverdige forskjeller mellom kohortene, enten vi ser på kvinner eller på menn. Så langt er det mao. ikke mulig å trekke sikre konklusjoner om at dagens yngre eldre vil ha en alderdom mindre preget av manglende funksjonsdyktighet enn foregående fødselskohorter, selv om langtidstendensen for 1911–20 kohorten ga en pekepinn i denne retningen. Men her det som tidligere nevnt viktig å ha i minne at disse indikatorene også påvirkes av sammensetningen av målgruppen for intervjuet, og av tendensen til at det bare er de aller mest hjelpetrengende som får plass på institusjon.



Figur 2.9 Andel som er hjelpetrengende.

\*Tilsvarende figur 3.15 i Skrede og Ryen (1999)

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

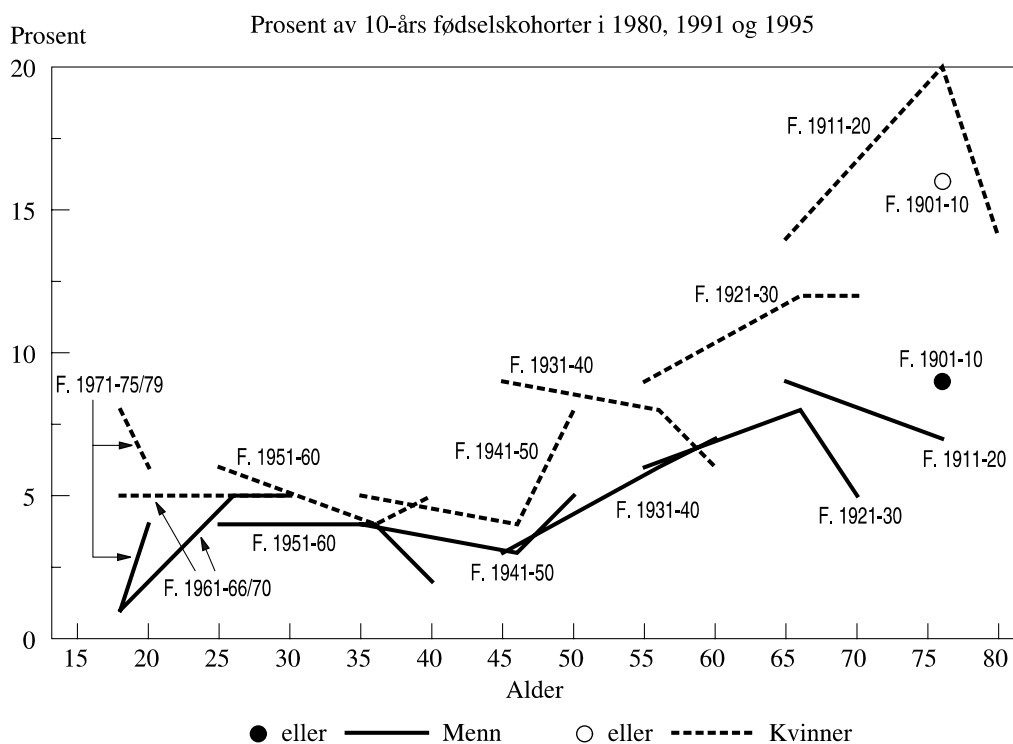
9. Pr. 1.1.1998 var to av tre eldre over 80 år kvinner. (Statistisk sentralbyrå 1 998a, tabell 43)

*Nedgang i nervøse lidelser, mest for menn*

Det er en høyere andel av kvinner enn av menn som rapporterer at de har *hyppige symptomer på nervøse lidelser*. Det er særlig middelaldrende og eldre kvinner som i større grad enn jevnaldrende menn rapporterer at de har slike plager, mens det er liten forskjell mellom kjønnene i de yngre aldersgruppene. Figur 2.10 viser at det er en tendens til redusert omfang av nervøse plager for middelaldrende kvinner når fødselskohortene 1931–40 og 1921–30 sammenliknes med foregående ti-årskohort på tilsvarende alderstrinn, særlig for perioden 1980 -1991. Utviklingen mellom 1991 og 1995 går ikke entydig i denne retningen innen de to kohortene, men tendensen til *langsiktig nedgang* gjelder både perioden 1980 -91 og perioden 1980 -1995 hver for seg. I det langsiktige tidsperspektivet er det også en markert tendens til redusert omfang av nervøse plager for eldre menn, både over tid mellom eldre og yngre fødselskohorter og innen de enkelte kohortene.

**9.2 Arbeidsmiljø**

Utviklingen av arbeidsmiljøindikatorne etter alder og kjønn er relevante først og fremst som mål for endringer i den samlede eksponeringen for ulike former av arbeidsmiljøbelastninger innen de enkelte fødselskohortene. Siden vi utelukkende har aggregerte data på tverrsnittsnivå, har vi ingen mulighet til å måle endringer i arbeidsmiljøet over tid for individ og grupper av individ. Det er en rimelig hypotese at arbeidsmiljøbelastninger påvirker helsetilstanden, men som tidligere nevnt kan slike hypoteser bare testes ved datamateriale med tilgang til individopplysninger over tid.



Figur 2.10 Andel med hyppige symptomer på nervøse lidelser.

\*Tilsvarende figur 3.16 i Skrede og Ryen (1999)

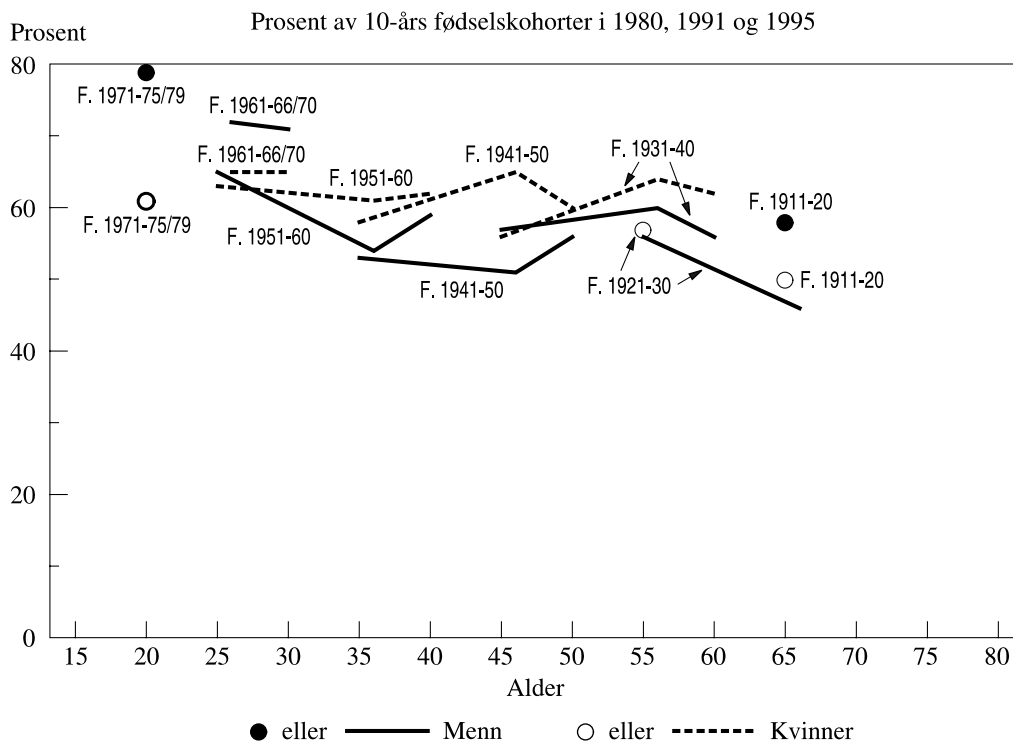
Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

### Fysisk arbeidsmiljø

Fysiske arbeidsmiljøplager i form av forurensing, klimatiske plager og risikofyllt arbeidsmiljø er fortsatt i større grad et mannspørsmål enn et kvinnespørsmål. Forskjellene mellom kjønnene er imidlertid blitt noe redusert over perioden 1980–95. Det vært en markert reduksjon i andelen menn som har henholdsvis *klimatiske arbeidsmiljøproblemer*, *forurensningsplager* og *risikofyllt arbeidsmiljø*, både med alder innen de enkelte fødselskohortene og over tid når en yngre kohort sammenliknes med en eldre (jfr. figurene 3.4, 3.5 og 3.6 i Skrede og Ryen (1999)). Utviklingen er entydig både for perioden 1980–1991 og for perioden 1980–1995.

For kvinnenes vedkommende er det mindre systematiske endringstendenser med alder. Andelen som har klimatiske arbeidsmiljøproblemer, har gått ned over tid også for kvinnenes vedkommende, mens andelen kvinner som har forurensningsplager i arbeidsmiljøet, har økt en del innen de enkelte fødselskohortene. Økningen i forurensningsplager gjelder både med alder innen de enkelte fødselskohortene, og når en yngre fødselskohort sammenliknes med en eldre på tilsvarende alderstrinn. Det er også en svak tendens i retning av mer risikofyllt arbeidsmiljø for kvinner. Generelt sett er økningen i de fysiske arbeidsmiljøplagene for kvinner svakere enn nedgangen for menn.

Dette illustrerer at denne typen arbeidsmiljøplager samlet sett er betydelig redusert i perioden fra 1980. Kvinnelige sysselsatte er imidlertid i litt større grad berørt av slike plager i 1991 og i 1995 enn hva de var i 1980. I denne sammenhengen bør en også ta hensyn til at *andelen kvinner som er sysselsatt* har økt betydelig i den samme perioden innen de fleste fødselskohortene i yrkesaktiv alder (jfr. del I). Den samlede effekten blir dermed en betydelig økning i andelen kvinner med fysiske arbeidsmiljøplager sammenliknet med 1980.



Figur 2.11 Andel som har ergonomiske belastninger (ekskl. tunge løft).

\*Tilsvarende figur 3.7 i Skrede og Ryen (1999)

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

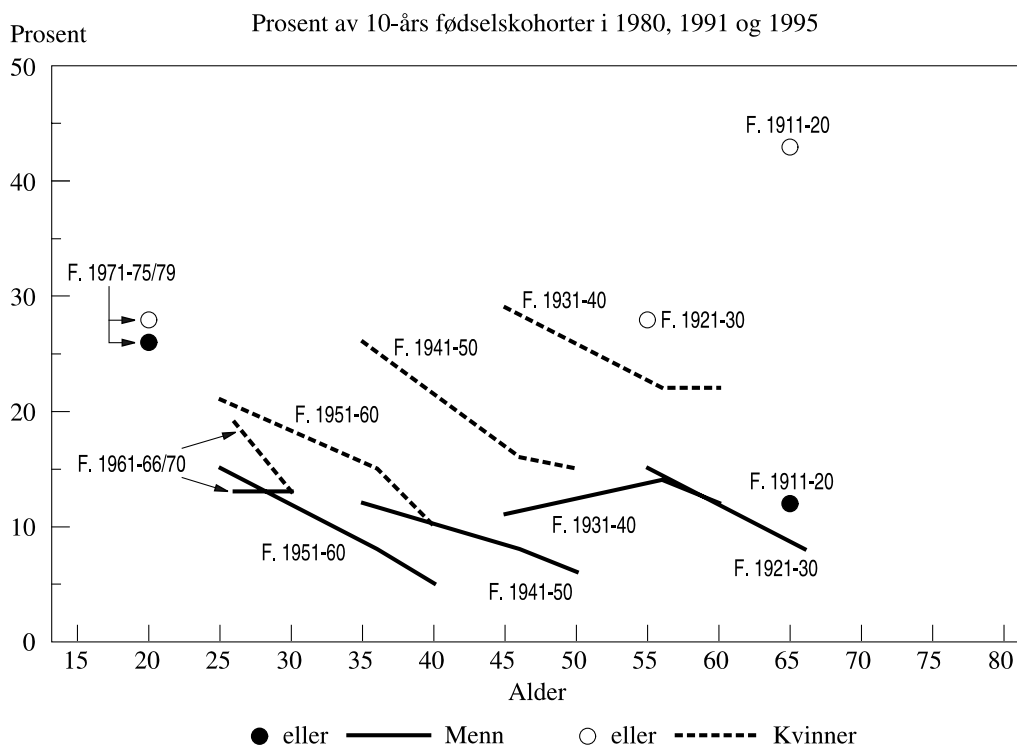
### Ergonomiske belastninger – størst for kvinnene

Det er en stor andel av de sysselsatte som har ergonomiske belastninger, og det er bare for de aller eldste fødselskohortene av menn at vi kan se en klar nedgang med alder i andelen som har slike belastninger (samlet sett for perioden fra 1980 til 1995). I de yngre fødselskohortene er det også jevnt over en høyere andel kvinner enn menn som har slike belastninger. Mellom 1980 og 1991 gikk utviklingen markert i retning av større forskjeller mellom kjønnene. Kjønnforskjellene ble imidlertid dempet noe i perioden fra 1991 til 1995. Samlet sett (totalt for alle sysselsatte) var det en økning fra 1980 til 1995 i andelen som hadde ergonomiske belastninger, fra 58 prosent for begge kjønn i 1980, til henholdsvis 63 prosent for menn og 62 prosent for kvinner i 1995. Økningen for kvinnenes vedkommende faller i stor grad på *ynge* middelaldrende kvinnene i fødselskohortene fra 1930 til 1950. Økningen var sterkest mellom 1930 og 1991. Mellom 1991 og 1995 ble andelen i kohortene med slike belastninger



noe redusert. Andelen med ergonomiske belastninger lå imidlertid også i 1995 høyere enn nivået i 1980 i disse fødselskohortene. (Se figur 2.11).

I grunnlagsmaterialet fra levekårsundersøkelsene går det fram at hovedtyngden av økningen i ergonomiske belastninger fra 1980 til 1991 skyldes økning i andelen kvinner som arbeider i belastende arbeidstillinger. Økningen gikk fra 33 prosent i 1980 til 45 prosent i 1991, mens det var en viss nedgang fra 1991 til 1995. I denne sammenhengen må en imidlertid ta hensyn også til den betydelig økningen i *andelen sysselsatte* kvinner. Samlet sett er det mao. betydelig flere kvinner som hadde slike problemer i 1991 og 1995 enn i 1980.



Figur 2.12 Andel med lite variert arbeid.

\*Tilsvarende figur 3.8 i Skrede og Ryen (1999)

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

Ulikhetene i fysisk arbeidsmiljø og arbeidsbelastninger for kvinner og menn er en konsekvens av det kjønnssegregerte arbeidsmarkedet. Det er store forskjeller i yrkesstrukturen for kvinner og menn. Det er få kvinner i industriarbeideryrker, mens kvinner er i flertall blant funksjonærene (særlig lavere funksjonærer) og i omsorgsyrkene i offentlig sektor. De enkle indikatorene fra levekårsundersøkelsene fanger bare opp en del av disse forskjellene i arbeidsmiljø. Det er imidlertid mulig å studere kjønnsforskjellene i arbeidsmiljø nærmere gjennom det detaljerte intervju materialet fra levekårsundersøkelsene og andre tilgjengelige undersøkelser med opplysninger om arbeidsmiljø, først og fremst Arbeidslivundersøkelsene 1989 og 1993. Fra 1996 inngår arbeidsmiljøundersøkelsene i det nye opplegget med temaroterende levekårsundersøkelser (Andersen 1996)<sup>10</sup>.

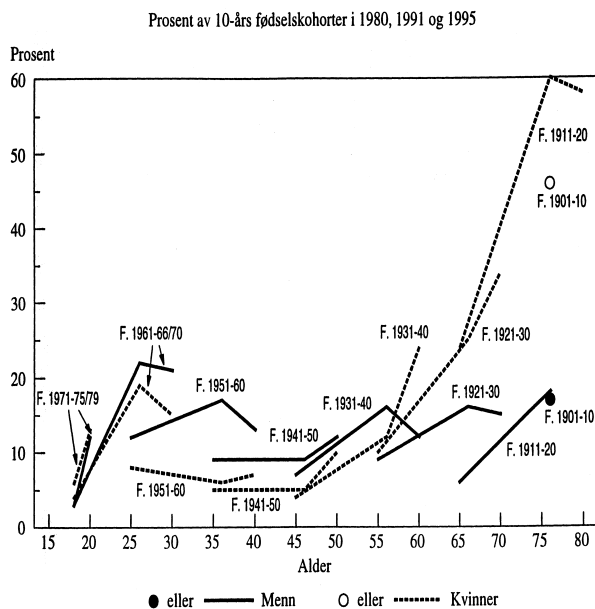
Levekårsundersøkelsen i 1996 hadde arbeidsmiljø som hovedtema. Data-materialet fra denne undersøkelsen viser at de viktigste ergonomiske belastningene for kvinner er at seks av ti sysselsatte kvinner må stå og gå mye når de jobber, samt at fire av ti arbeider med gjentatte og ensidige bevegelser (Bø og Lyngstad 1998).

### *Organisatorisk arbeidsmiljø*

Enkelte sider ved det organisatoriske arbeidsmiljøet er dårligere for kvinner enn for menn. Kvinner har mindre variert arbeid, og de kan sjeldnere planlegge opplegget av arbeidet sitt. Forskjellene mellom kvinner og menns arbeidsmiljø på disse områdene har imidlertid blitt *mindre* over tid, både mellom 1980 og 1991 og mellom 1991 og 1995. Vi nøyer oss her med å se på to av de fire indikatorene på organisatorisk arbeidsmiljø i Skrede og Ryen (1999), *andel med lite variert arbeid og andel som i liten grad bestemmer over eget arbeidstempo*.

Figur 2.12 viser den markerte nedgangen i andelen som har lite variert arbeid. Nedgangen gjelder både med økende alder innen de enkelte fødselskohortene, og stort sett også over tid når kohortene sammenliknes på faste alderstrinn. Unntaket her er de alle yngste arbeidstakerne i 1971–75 kohorten i 1995. Nedgangen gjelder begge kjønn, men mest markert for kvinner.

10. Statistisk sentralbyrås nye opplegg med temaroterende levekårsundersøkelser vil generelt gi et bedret datagrunnlag for levekårsforskning, både på helserelaterte og på andre levekårsvariable. Undersøkelsesopplegget er delt i en paneldel (hvor de samme personene intervjues en gang årlig) og en årlig tverrsnittsundersøkelse (hvor det er nytt intervjuutvalg hvert år). Tema for tverrsnittsundersøkelsene skifter fra år til år. Over en treårsperiode dekkes de sentrale temaene fra de tidligere atskilte undersøkelsene for levekår, helse og boforhold. Tidsbrukundersøkelsene vil også bli integrert i det nye opplegget. Det tas sikte på å gjennomføre én tidsbrukundersøkelse i løpet av en tiårsperiode, slik at regulariteten fra de tidligere undersøkelsene opprettholdes. Det bedrete forskningsgrunnlaget er knyttet både til panelundersøkelsene som over tid vil gi livsløpsdata på individnivå på sentrale levekårsområder (også styrket ved tilkobling av registerdata), og til tverrsnittsundersøkelsene som vil gi større fleksibilitet og dessuten mulighet til å gå i dybden på de enkelte levekårsområdene. Mulighetene for mer dyptpløyende undersøkelser er imidlertid avhengig av at oppdragsgivere og samarbeidspartnere kan bidra med finansiering til slike utvidelser.



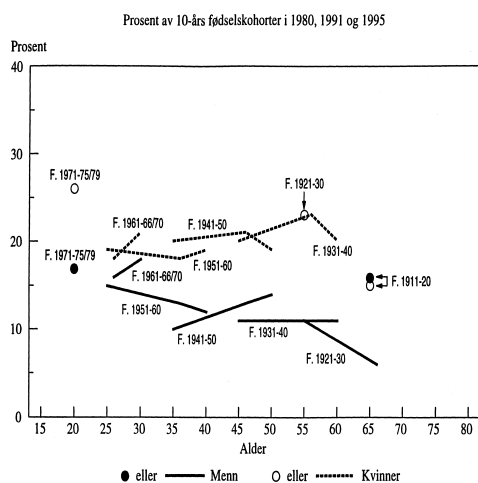
Figur 2.13 Andel som i liten grad bestemmer over eget arbeidstempo.

\*Tilsvarende figur 3.11 i Skrede og Ryen (1999)

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

Det er en høyere andel blant kvinnene som i liten grad bestemmer over eget arbeidstempo (se figur 2.13). Andelen som i liten grad bestemmer over eget arbeidstempo har holdt seg på relativt stabilt nivå over tid, men også her ser vi en liten tendens til nedgang med alder, i hvertfall når vi sammenlikner i det lange tidsperspektivet 1980 – 1995. I 1991 så vi for kvinnenes vedkommende en viss tendens til at andelen som ikke bestemmer over eget arbeidstempo hadde økt med alder innen de fleste fødselskohortene. I 1995 hadde imidlertid disse andelene gått tilbake igjen til 1980-nivået i de fleste fødselskohortene.

Det er heller ikke dramatiske endringer i de to andre indikatorene på organisatorisk arbeidsmiljø: *andel som i liten grad bestemmer over egne arbeidsoppgaver* og *andel med oppjaget arbeidstempo (over 50 % av arbeidsdagen)* (jfr. figurene 3.9 og 3.10 i Skrede og Ryen (1999)). Andelen med oppjaget arbeidstempo mer enn halvparten av arbeidsdagen, er samlet sett noe høyere for menn enn for kvinner. Andelen med oppjaget arbeidstempo har imidlertid for kvinnenes vedkommende økt med alder innen de yngre fødselskohortene. Det er også en tendens til at andelen har økt over tid når en yngre kvinnekohort sammenliknes med en eldre på tilsvarende alderstrinn fram til kvinnene har nådd femtiårsalder, mens tendensen for mennenes vedkommende stort sett går i motsatt retning.



Figur 2.14 Andel som bor alene.

\*Tilsvarende figur 3.23 i Skrede og Ryen (1999)

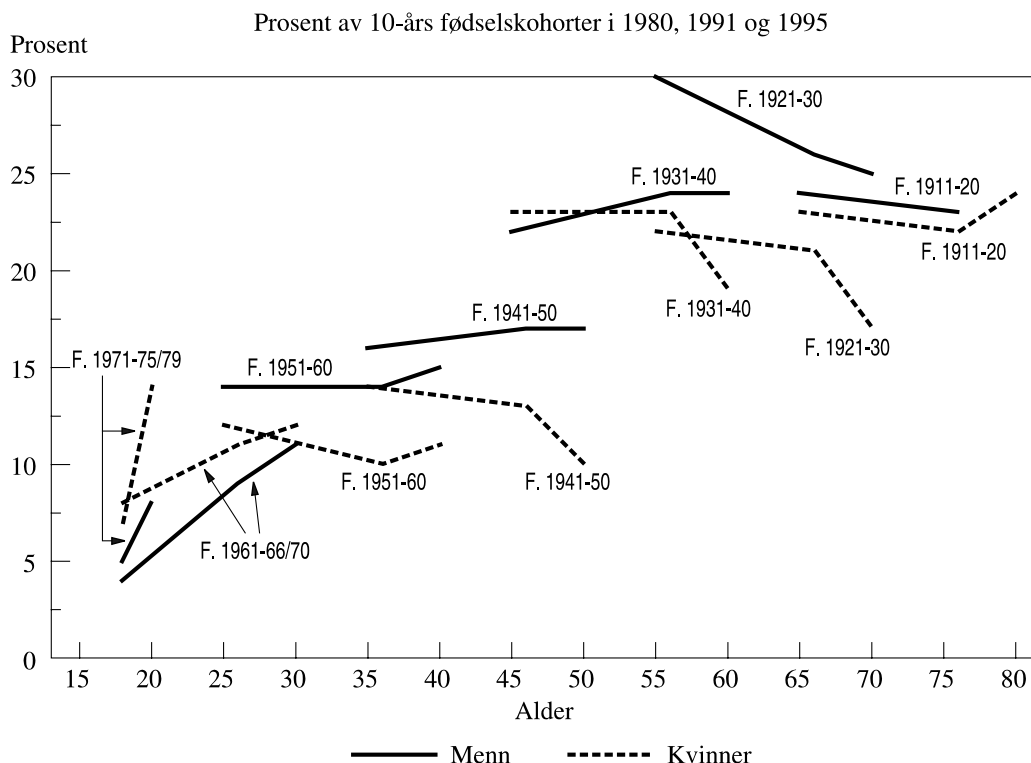
Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

Samlet sett tyder imidlertid datamaterialet fra levekårsundersøkelsene på at det ikke har vært stor økning i andelen som opplever stort arbeidspress eller stress i arbeidet i perioden fra 1980 til midten av 1990-tallet. Analyser av det detaljerte datamaterialet fra arbeidslivsundersøkelsene i 1989 og 1993, samt Levekårsundersøkelsen 1996 (med arbeidsmiljø som hovedtema) gir imidlertid et litt annerledes bilde. Fra 1989 til 1996 økte andelen som «mesteparten av tiden har så stor arbeidsmengde at de ikke har tid til å snakke om eller tenke på annet enn arbeidet» fra 35 til 44 prosent for ansatte kvinner, og fra 29 til 43 prosent for ansatte menn (Bø og Lyngstad op. cit.). Her trenger vi først og fremst data som følger de samme individene over tid for å kunne gi et mer utfyllende bilde av utviklingen.

### 9.3 Sosiale relasjoner, nettverk og familiekontakt

Det er grunn til å anta at utviklingen på området sosiale relasjoner vil ha betydning for levekår på andre områder, deriblant risikoen for at helseproblemer oppstår og evnen til å takle helseproblemer når de først har oppstått. Nærmere undersøkelser av data fra Helseundersøkelsen 1995 støtter antakelsen om en sammenheng mellom sosiale relasjoner og psykisk helse. I en analyse av datamaterialet fant Barstad (1997a) at forskjellige sider av sosial integrasjon (familieforhold, husholdningstype, sysselsettingsforhold og fortrolighet og vennkontakt) har betydning for psykisk helse. Dette mønsteret er tydeligst for depresjon. Å være enslig, skilt, separert eller aldri gift har betydning for depresjon og ikke for andre former av psykisk helse, mens fortrolige relasjoner også har betydning for andre former for psykisk helse. De som har flere fortrolige relasjoner har mindre risiko for dårlig psykisk helse, selv om mønsteret også her er tydeligst for depresjon. Som Barstad peker på, kan disse resultatene forstås ut fra en fortolkning av mangel på sosial integrasjon som en opplevelse av tap og mangel på mening. Det er en rimelig antakelse at et

godt sosialt nettverk og nære og fortrolige venner vil være en ressurs i forhold til å takle problemer som oppstår på andre levekårsområder. Det kan imidlertid også tenkes at depresjon har en mer negativ innflytelse på relasjonene til andre mennesker enn det angst og somatisering har, slik at mennesker som er plaget av depresjon har vanskeligere for å inngå i nære relasjoner. Entydige slutninger om årsaksforhold kan derfor vanskelig trekkes på grunnlag av den undersøkelsen som er gjort av datamaterialet fra Helseundersøkelsen 1995.



Figur 2.15 Andel med sjelden kontakt med eller helt uten gode venner på stedet.

\*Tilsvaret figur 3.25 i Skrede og Ryen (1999)

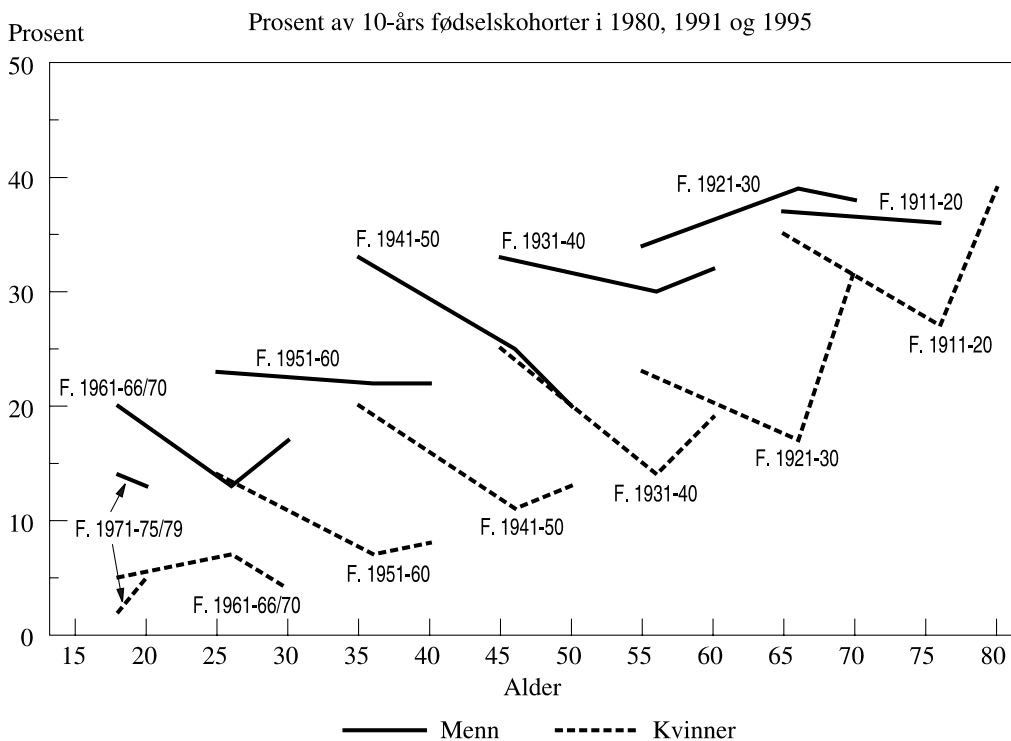
Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

Går vi til datamaterialet fra Levekårsundersøkelsene er det to hovedtendenser i utviklingen for levekårsområdet sosiale relasjoner over perioden fra 1980 til 1995. Det er en markert økning i *andelen alene-boende*, samtidig som det også er en markert økning i andelen som hadde *tette og nære sosiale relasjoner* i form av fortrolige venner som de hadde relativt hyppig kontakt med. Disse endringene gjør seg imidlertid gjeldende i noe ulik grad etter kjønn og livsfaser.

#### Økt andel aleneboende

Økningen i andelen som bor alene har sammenheng med flere ulike forhold. Den er først og fremst et uttrykk for at flere er aleneboende i kortere og lengre perioder av livsløpet, snarere enn at andelen som er stabilt aleneboende over hele det voksne livsløpet har økt. Det er endret atferd i dagens ungdoms-

erasjoner med lengre varighet av livsløpsfasen mellom utflytting fra familie-hjemmet og etablering med egen familie, enn det som var vanlig for et par tiår tilbake. Skilsmisseutviklingen og oppløsning av samboerforhold påvirker også andelen av befolkningen som til enhver tid bor alene, samtidig som andelen aleneboende enker og enkemenn også påvirkes av økt levealder og lengre varighet av tiden som aleneboer etter ektefelles bortgang. Denne økningen er mest markert for de eldre kvinnene. På grunn av aldersforskjeller mellom ektefellene og kvinnenes høyere levealder, er det mange kvinner som får en relativt lang periode som enke på slutten av livsløpet.



Figur 2.16 Andel som ikke har fortrolig venn.

\*Tilsvarende figur 3.26 i Skrede og Ryen (1999)

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

I perioden 1980–91 økte andelen som bodde alene i de aller fleste fødselskohortene, både for kvinner og menn. Unntaket var fødselskohorten 1941–50 der andelen aleneboende holdt seg stabil på lavt nivå for både kvinner og menn fra 1980 til 1991, samt fødselskohorten 1951–60 der andelen aleneboende kvinner gikk noe ned i samme perioden. Det siste må naturligvis sees i sammenheng med at disse kohortene var i etablerings- og småbarnsfasen i denne perioden. Fra 1991 til 1995 går andelen aleneboende noe ned i en del fødselskohorter. Den langsiktige økningen fra 1980 opprettholdes imidlertid fram til 1995 i alle kohortene unntatt 1951–60-kohorten, og for de fleste av de eldre kohortene bidrar 1995 tallene til å forsterke utviklingen mot en høyere andel aleneboende. Denne utviklingen er særlig markert for kvinnenes vedkommende. Etter at 60-års alder er passert, øker andelen kvinner som bor alene

raskt med alder innen de enkelte fødselskohortene, og det er også en markert økning med alder når en yngre fødselskohort sammenliknes med en eldre på tilsvarende alderstrinn. Vi har tidligere pekt at denne utviklingen også må sees i sammenheng med at andelen hjemmeboende eldre har økt i forhold andelen som bor på institusjon. Blant mennene er det først og fremst i aldersfasene *under* 60 år at andelen aleneboende har økt, og her er det også relativt flere aleneboende menn enn kvinner.

### *Kvinner har best kontakt med venner*

For kvinnenes vedkommende er det en markert tendens i retning av at både andelen som *har god kontakt med venner* (figur 2.15), og andelen som *har en fortrolig venn* (utenom nærmeste familie) (figur 2.16) har økt med alder innen de aller fleste kohortene. I de aller fleste fødselskohortene har kvinnene også jevnt over bedre vennekontakt og høyere andel med fortrolig venn enn jevnaldrende menn. Tendensen gjelder både for perioden 1980-1991 og for perioden 1980-1995, selv om tallene for 1995 demper utviklingen etter 1991 for en del kohorter. Sammenlikner vi yngre kohorter med eldre på tilsvarende alderstrinn, ser vi også en markert nedgang over tid i andelen som mangler henholdsvis god og hyppig vennekontakt og nær og fortrolig venn. Denne nedgangen gjelder også de fleste kohortene av menn, med unntak av fødselskohorten 1921-30 som plasserer seg noe avvikende i forhold til 1911-20 kohorten på begge indikatorene. Her minner vi imidlertid om de store usikkerhetsmarginene knyttet til små utvalg, som er et særlig problem for de eldste fødselskohortene.

I tillegg til den positive utviklingen med hensyn til nære relasjoner med venner, må en også ta med i betraktningen at også familierelasjonene på flere områder er styrket i forhold til situasjonen tidligere i dette århundret. Det er langt færre av dagens barn og unge som opplever å miste en av foreldrene ved dødsfall tidlig i livsløpet enn det var i generasjonene som ble født tidlig i dette århundret. Helseundersøkelsen 1995 viste at så mange som 14 prosent av dem som da var 67-79 år (født mellom 1916 og 1928) opplevde at en av foreldrene døde før de selv fylte 16 år, mens tilsvarende andel blant dem som var født i 1970-årene var 3 prosent (Barstad 1997 b). Generasjonssammenlikningene fra Levekårsundersøkelsene viser at det er en høyere andel i 1941-50 kohorten som hadde minst en av foreldrene i live da de selv fylte 50 år enn i den foregående ti-årskohorten. Det er også en tendens til at andelen som har nær kontakt med foreldrene har økt blant dagens middelaldrende, sammenliknet med foregående generasjon, når det korrigeres for andelen som har foreldre i live.

At foreldrene er live inntil en selv når godt voksen alder, innebærer også at omsorgsoppgaver i forhold til aldrende og hjelpetrengende foreldre vil prege levekårene for mange som selv befinner seg i middelalderfasen og i tidlig pensjonistfase. Tradisjonelt har denne typen omsorgsarbeid vært betraktet som en kvinneoppgave, og det har fra tid til annen vært reist spørsmål om omfang av slik omsorg vil bli redusert etterhvert som stadig flere av middelaldrende kvinner har lønnet arbeid utenfor hjemmet. En undersøkelse av generasjonsendringer i uformell omsorg over perioden 1980-1990 viste imidlertid at det var en høyere andel av generasjonen født 1946-50 som ytte slik omsorg i 1990 enn tilsvarende andel i 1936-40 generasjonen på samme alderstrinn i 1980. Andelen som ytte slik omsorg hadde økt både for kvinner og menn i den yngre generasjonen, men samlet sett var kvinnenes

andel av det totale omfanget av omsorgsarbeidet *større* i 1946–50 generasjonen enn i den foregående generasjonen. Undersøkelsen viste imidlertid også at det å ha barn og eventuelt også svigerbarn, er en faktor som bidrar til at hjelpebehovet i større grad blir ivaretatt. Dels skyldes dette at barna selv bidrar med hjelp, men de sørger også for at det offentlige hjelpeapparatet blir mobilisert (Lingsom 1993a).

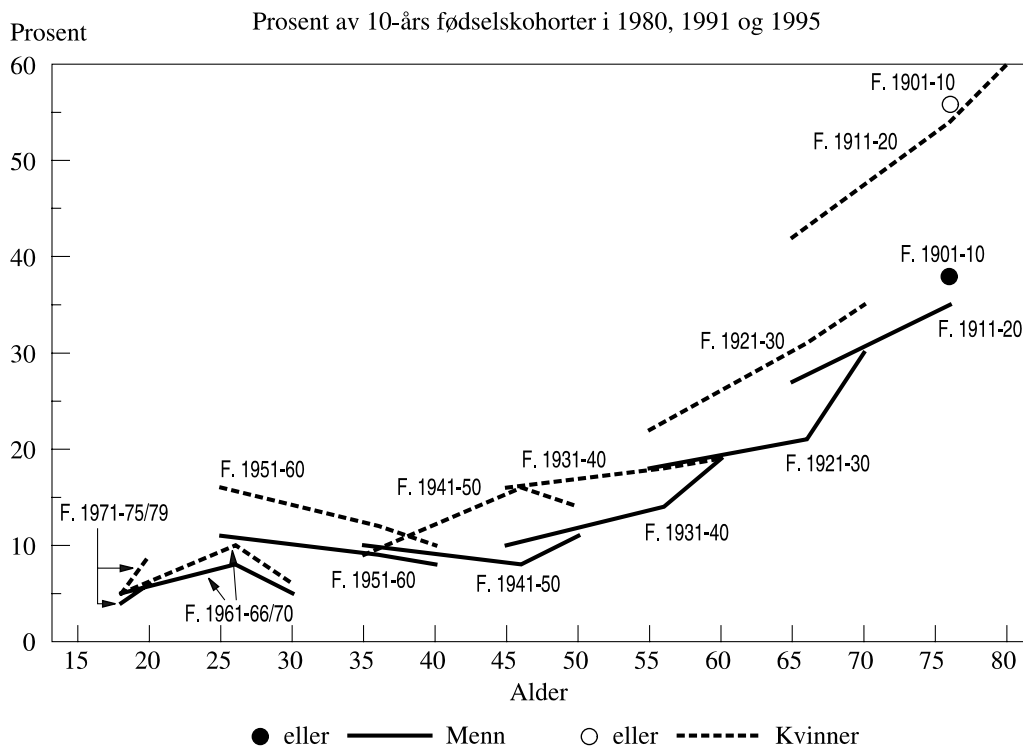
I så måte burde generasjonene som selv er født fra 1930-årene framover til midten av 1950-årene ha grunn til å se alderdommen i møte med en viss optimisme. Vi har tidligere pekt på (jfr. del 1) at andelen barnløse kvinner er svært lav i disse kohortene (i underkant av ti prosent ved 45-årsalder). Selv om andelen barnløse etter alt å dømme vil stige en del i de yngre generasjonene som følger etter, synes det ut fra dagens fødselsmønster lite trolig at andelen barnløse i dagens ungdomsgenerasjoner vil nå opp på tilsvarende nivå som i kohortene født tidlig i dette århundret.

Å være aleneboende kan ha både positive og negative effekter på levekår. Selv om analyser tyder på at den økte andelen aleneboende i en del sammenhenger kan føre til forhøyet risiko for dårlige helseforhold, motsvares denne tendensen av den positive utviklingen i sosiale relasjoner når det gjelder nære relasjoner i form av vennekontakt og av familieband. Samlet sett tyder materialet fra levekårsundersøkelsene på at omfanget av slike relasjoner er styrket i løpet av perioden. I et mer langsiktig perspektiv bør det for kvinnenes vedkommende også legges vekt på at den økte deltakelsen i lønnet arbeid over de siste ti-årene medfører et bredere kontaktnett gjennom arbeidsplass og kolleger. Økt yrkesaktivitet har ført til at mange kvinner er mindre sosialt isolert enn tidligere (Barstad 1997b). Behovet for kontakt var den viktigste grunnen til at hjemmearbeidende husmødre ønsket seg ut i yrkeslivet på 1960-tallet (Hoem m.fl. 1975). I et generasjonsperspektiv kan vi mao si at utviklingen er preget både av forhold som en vil anta har positiv effekt for helseforhold, særlig på det psykiske området, og forhold som vil kunne øke risikoen for helseproblemer.

#### 9.4 Livstil og risikoatferd

Det er sparsomt med opplysninger om livsstil i levekårsundersøkelsene. De områdene som dekkes (deltakelse i fysiske aktiviteter og i ulike typer kulturaktiviteter) viser imidlertid en tendens til mindre kjønnsforskjeller i yngre generasjoner. Den mest helserelaterte av disse aktivitetene er *deltakelse i fysiske aktiviteter*. Figur 2.17 viser andelen som *ikke* deltok i fysiske aktiviteter i ulike aldersfaser etter kjønn og generasjon. Andelen er beregnet ved å kombinere svarene på to spørsmål i levekårsundersøkelsene, henholdsvis om lengre fotog/eller skiturer og om deltakelse i andre sports- og mosjonsaktiviteter. For kvinnenes vedkommende er det en markert *nedgang* i andelen som *ikke* driver fysisk aktivitet fra en eldre kohort til en yngre. Det er også nedgang for eldre menn, men mindre markert enn for kvinnene, slik at resultatet blir mindre forskjeller i kvinners og menns deltakelsenivå i de yngre fødselskohortene. Innen de yngste fødselskohortene ser vi også en tendens til at deltakelsen i fysiske aktiviteter øker med alder (f.o.m. 25 års alder) for både kvinner og menn. Innen de eldre kohortene øker imidlertid andelen inaktive med alder, også for de yngre middelaldrende i 1941–50 kohorten. Det er mao fortsatt rom for betydelige forbedringer i aktivitetsnivået.





Figur 2.17 Andel som ikke deltok i fysiske aktiviteter.

\*Tilsvarende figur 3.17 i Skrede og Ryen (1999)

Kilde: Levekårsundersøkelsene 1980, 1991 og 1995

Samlet sett går imidlertid utviklingen mot at flere kvinner deltar i fysiske aktiviteter. Datamaterialet fra Levekårsundersøkelsen 1995 viser forøvrig at det var små forskjeller mellom yngre kvinner og menn når det gjelder andelen som har et relativt høyt aktivitetsnivå. Andelen som var fysiske aktive i fritiden *minst 40 ganger om året* var henholdsvis 49 prosent for menn og 47 prosent for kvinner. I aldersgruppene fram til 45 års alder er kvinners aktivitetsnivå på linje med menns eller høyere. Det er først og fremst i de eldre aldersgruppene at menn er mer aktive mosjonister enn kvinner (Statistisk sentralbyrå 1996). I den grad fysisk aktivitet har en positiv forebyggende effekt på helse og funksjonsnivå på lengre sikt, kan vi mao. konstatere at yngre generasjoner av kvinner har et bedret grunnlag sammenliknet med eldre.

Andre langsiktige endringer er ikke like positive. Kvinners livstil har også blitt mer lik menns på en del områder hvor det grunn til å anta at helsekonsekvensene vil være negative. Statens tobakkskaderåd gjennomfører regelmessige intervjuundersøkelser over befolkningens tobakksbruk. I 1996 var det omlag en tredjedel både av kvinner og av menn som var dagligrøykere. Statistikken viser at mens andelen dagliggrøykende blant menn gikk en god del ned fra 1980 fram til 1996 (fra 42 prosent til 34 prosent), har andelen dagliggrøykende kvinner endret seg lite i den samme perioden (med henholdsvis 31 og 32 prosent) (Statistisk sentralbyrå 1998b, Kjeldstad 1998b). Andelen dagliggrøykende ungdom (16–24 år) har imidlertid gått ned for begge kjønn, fra ca. 35 prosent i 1980 til ca. 29 prosent i 1996. Som påpekt av Kjeldstad (op.cit.), er det mao. de godt voksne kvinnene som ser ut til å være mest resistente mot

offentlighetens og myndighetenes informasjon og tiltak mot røyking i de senere år.

Andre former for risikoatferd viser mer positiv utvikling. Det har vært en nedgang i det registrerte alkoholforbruket målt i liter ren alkohol pr. innbygger siden slutten av 1980-tallet. Det er først og fremst kvinner som har redusert forbruket. Menn drikker mer enn kvinner. Omlag 15 prosent av menn (over 18 år) konsumerte i 1995 en alkoholmengde tilsvarende 2 cl. ren alkohol om dagen pr. år (tilsvarende 7,3 liter ren alkohol pr. år). Dette er omtrent det samme som i 1985. I 1995 hadde bare tre prosent av kvinnene et tilsvarende alkoholinntak, mot fem prosent i 1985 (Ramm 1997a, på grunnlag av tall fra Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning (SIFA)). Undersøkelser for ungdomsgruppene tyder imidlertid på at det har skjedd en viss tilnærming i gjennomsnittlig alkoholinntak for unge kvinner og menn. Estimert konsum for 15–20 åringer i 1995 var 3,7 liter ren alkohol for unge menn og 1,7 liter for unge kvinner (Pape 1997, på grunnlag av tall fra SIFA).

## 10 Behov for videre forskning på helseeffekter av levekårsendringer

---

Vi har tidligere pekt på at det bare er data på individnivå som kan gi grunnlag for analyser av årsaksforhold. På det generelle, aggregerte nivået vi har beskrevet levekårsendringene for ulike generasjoner av kvinner, er det ikke mulig å trekke endelige konklusjoner om sammenhenger mellom levekårsendringer og helseforhold. Levekårsendringene er sammensatte og inneholder både forhold som det er grunn til å vente positive, helsefremmende effekter av og forhold som det er grunn å vente negative effekter av. Helse er også et sammensatt begrep, som kan gis ulikt innhold alt etter om en er opptatt av forekomst av ulike sykdommer og symptomer eller om hovedvekten legges på individenes selvopplevde forståelse og vurdering av egen helse på et gitt tidspunkt.

Den generelle modellen vi har skissert foran (figur 2.6) har individets helsetilstand på et vilkårlig gitt tidspunkt i livsløpet som avhengig variabel, og ulike kjennetegn ved individets tidligere livsløp og målingstidpunkt som mulige uavhengige variable. I praksis foregår forskningen innenfor dette feltet fordelt på mange områder, med oppmerksomhet mot ulike og mer eller mindre avgrensede elementer av et sammensatt helsebilde. Spørsmålet om behov, muligheter og prioritering av videre forskning kan knyttes både til valg av *forskningsfelt* (avhengige variable i modellen) og til seleksjon av *uavhengige variable* for hver enkelt forskningsoppgave, dvs det tosidige spørsmålet:

- a) *hvilke sider ved helsetilstand og sykdomsbilde bør gis høy prioritet?*
- b) *hvilke bakgrunnskjenntegn (levkårsvariable) bør inkluderes i ulike forskningsprosjekt med sikte på nærmere analyser av årsaksforhold?*

### 10.1 Helsetilstand og sykdomsbilde

Mange sider av kvinnens helse er aktuelle for videre forskning og oppdatering av kunnskapsstatus. Kvinnehelseutvalget er gjennom mandatet invitert til å gi en prioritering av helseområder som er særlig aktuelle for videre forskning. Denne prioriteringen er utvalgets oppgave og skal ikke drøftes i dette notatet. Uansett prioritering av forskningoppgaver er det imidlertid grunn til å peke på en del generelle hensyn og krav til innfallsvinkler i forskningen, spesielt i for-

hold til den overordnede problemstillingen om mulige helseeffekter av levekårsendringer.

Uavhengig av om det er en bestemt sykdom eller gruppe av sykdommer (f.eks. diabetes) eller et mer generelt mål for helsetilstanden (f.eks. funksjonsindikatorer eller egenvurdert helse) som er i fokus for forskningen, er det et generelt behov for livsløpsdata på individnivå. Det innebærer data hvor det er mulig å følge en gruppe individ *over tid*, både når det gjelder utviklingen av helseforhold (avhengig variabel) og for utvalgte bakgrunnskjennetegn fra ulike områder (uavhengige variable), der valget av uavhengige variable skjer innenfor rammene av den generelle modellen vi har skissert foran.

Tilgjengelighet av data legger føringer på valg av forskningsoppgaver. Det sier seg selv at tilgjengelig informasjon om sykdomsforekomst fra helseregistre som Kreftregisteret og Medisinsk fødselsregister og store screeningundersøkelser er sentrale datakilder som tiltrekker seg forskningsinteresse. Denne forskningen er en sentral del av vår viten om helse og levekår. I forhold til den overordnede problemstillingen om mulige helseeffekter av levekårsendringer, er det imidlertid grunn til å understreke at det i tillegg til data om forekomst og varighet av bestemte sykdommer og sykdomsgrupper, også må legges vekt på å få informasjon på individnivå om utviklingen av mer generelle helseindikatorer, så som selvvurdert helse, ulike symptomer på god eller dårlig helse og av funksjonsindikatorer. Det er bare gjennom *flere* observasjoner av slike indikatorer for et utvalg individ fulgt over tid at vi kan få holdbar innsikt i hvordan helsen utvikler seg med alder innen ulike fødselskohorter, og et grunnlag for å undersøke helseendringer fra en eldre til en yngre fødselskohort. Det er også primært analyse av denne typen datamateriale som kan gi innsikt i i hvilken grad endringer i andre levekårsforhold gir utslag i den generelle helsetilstanden.

I så måte er det grunn til å understreke at Statistisk sentralbyrås nye opplegg med temaroterende levekårsundersøkelser (jfr. note 10 foran) vil gi en betydelig styrking av det framtidige forskningsgrunnlaget. Dette gjelder særlig datamaterialet fra panelundersøkelsene, der personene i det utvalgte panelet intervjues årlig (første gang i 1997). Panelundersøkelsen inneholder bl.a. en del sentrale spørsmål på egenvurdert helse, symptomer og funksjonsindikatorer tilsvarende de spørsmålene som tidligere er stilt i levekårs- og helseundersøkelsen. I tillegg vil opplegget med temaroterende tverrsnittsundersøkelser gi hyppigere helseundersøkelser (gjennomsnittlig hvert tredje evt. fjerde år) og bedre mulighet til å gå i dybden på enkelte sider av helsetilstanden, f.eks. ved å ha med spørsmål om utvikling av helsetilstanden for et lengre tidsrom bakover tid (retrospektive spørsmål).

Her er det grunn til å minne om at det også skjer en kontinuerlig forbedring og utvikling av registerdatakilder for andre kjennetegn som kan være relevante indikatorer på generell helsetilstand. Utvikling av Trygd/FOB databasen og av sykefraværstatistikken er særlige interessante i så måte.

## **10.2 Hvilke levekårsendringer bør vektlegges i undersøkelser av kvinners helse?**

Uansett hvilke elementer av kvinners helse som gis høyest forskningsmessig prioritet, må den enkelte forsker i opplegget av et konkret forskningsprosjekt ta stilling til hvilke elementer ved kvinnenens tidligere livsløp som bør med som uavhengige variable i modellen. I utgangspunktet er valget av uavhengige variable et spørsmål om forskerens teoretiske tilnærming og hypoteser, og

her er forskeren naturligvis interessert i å ha med alle potensielt relevante variable i en analyse. I praksis vil imidlertid både ressursrammer og tilgjengelige data sette grenser for hvor omfattende modeller som kan legges til grunn for empirisk analyse. Teori og hypoteser om hvilke variable som vil være særlig utslagskraftige vil gi føringer til dette valget. Dette gjelder også spørsmålet om generasjonsendringer.

Her gir de generelle levekårsendringene sammen med funn fra tidligere forskning veiledning om forhold som det kan være av interesse å følge opp i framtidige analyser på individnivå. En analyse med uavhengige variable som tilsammen fanger opp ulike sider av levekårsforhold som har endret seg tid, er et godt utgangspunkt for å undersøke effekter både av levekårsforhold og av endringer over tid. Utdanning, yrkesaktivitet/yrkeshistorie, samt familiesituasjon og sosiodemografiske forhold er sentrale variable når en skal beskrive hovedtrekk ved endringer i kvinners livsløp, både på aggregert nivå og på individnivå. I utgangspunktet er dette variable som også er interessante bakgrunnsvariable for analyse av helseforhold, spesielt når data foreligger i en form som gir informasjon om individuelle livsløp.

På noen av disse områdene er det gode registerdataskilder som allerede har vært mye benyttet i medisinsk forskning. Det sentrale personregisteret gir informasjon bl.a. om individuelle fødselshistorier, bosted, sivilstandsendringer. Registeropplysninger om utdanning (høyeste oppnådde utdanning, nivå og type) er tilgjengelig og benyttet i betydelig utstrekning. Det er også andre registerdataskilder som kan være interessante og relevante i forbindelse med konkrete forskningsoppgaver om helseforhold, f.eks. om inntektsforhold, i noen grad også om yrkesforhold<sup>11</sup>. Opplysninger om yrke er p.t. ikke tilgjengelig som løpende registerinformasjon. Retrospektivt er det mulig å koble koble til informasjon om yrke fra tidligere folketellinger (1960, 1970 og 1980), i noen grad også 1990<sup>12</sup>.

Det er planlagt at yrkesopplysninger skal legges inn i registeropplysningene om arbeidsforhold i Arbeidstaker/arbeidsgiverregisteret, men oppstart og tidsramme for tilgjengelighet er ikke endelig avklart. Samlet sett er det imidlertid grunn til å understreke at det er et betydelig omfang av tilgjengelige registeropplysninger som kan tilrettelegges for forskning basert på livsløpsrelaterte modeller/tilnæringsformer. Forskningspotensialet styrkes også ved omleggingen av levekårsundersøkelsene (jfr. avsnittene 3.2 og 4.1 ovenfor) og de økte mulighetene dette gir til å benytte kombinasjoner av intervju- og registerdata i forskningen.

Paneldelen av undersøkelsene er særlig viktig i forhold til å framskaffe individuelle livsløpsdata på områder der registerdata kommer til kort (så som

11. Det er ikke hensiktsmessig å gå inn på en nærmere oversikt og drøfting av tilgjengelige og planlagte registerdataskilder for persondata her. Det vises generelt til (Thomsen m.fl. 1995) samt til det pågående arbeidet med planlegging av FOB 2000, der det er besluttet at persondelen av den kommende Folke- og bolig tellingen skal gjennomføres som en ren registertelling.
12. Folketellingen 1990 ble gjennomført som en kombinasjon av registertelling (hele befolkningen) og opplysninger innhentet ved skjema for et utvalg av befolkningen. Opplysningene om yrke kommer fra den skjemabaserte delen og omfatter dermed bare et utvalg av befolkningen. For Folketellingen 1960, 1970 og 1980 er det yrkesopplysninger for alle yrkesaktive. Det er også lagt inn registeropplysninger (der iblant yrke) for et utvalg av befolkningen i tilknytning til den såkalte Folketellingsdatafilen som omfatter opplysninger fra Folketellingene 1960, 1970 og 1980 for et ti prosent utvalg av befolkningen. Filen ble etablert i et samarbeid mellom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og Statistisk sentralbyrå.

f.eks. husholds sammensetning, samboerforhold), og for å differensiere ulike aspekter ved kjennetegn som er flerdimensjonale i den forstand at de kan gi informasjon om *flere* relevante levekårsområder. I forhold til helse og levekår er det særlig grunn til peke på *yrke* som et eksempel på et slikt flerdimensjonalt kjennetegn. Informasjon om yrke er en relevant indikator både for arbeidsmiljø og for sosioøkonomiske forhold. Datamaterialet fra panelundersøkelsene vil etterhvert gi datamateriale som gir mulighet for å skille mellom ulike levekårsaspekter ved yrke, både direkte på individnivå og indirekte ved at en får bedre innsikt i nivå og variasjon innen og mellom yrkesgrupper. Datamaterialet fra tverrsnittsundersøkelsene er imidlertid også interessant i denne sammenhengen, fordi mulighetene til å inkludere retrospektive spørsmål og mulighetene til å supplere intervjumaterialet med registerdata gir et grunnlag for å få tilgang til relevant livsløpsinformasjon også ved de enkeltstående undersøkelsene.

Samlet sett er det derfor grunn til å understreke at mulighetene til å skaffe relevante livsløpsdata om levekår i dag er relativt gode, gjennom de endringene som har funnet sted i datainnsamlingsopplegget for levekårsundersøkelsene og den pågående utbyggingen av registerdatakilder. Generelt må en naturligvis være oppmerksom på at både personvern hensyn og andre forhold vil kunne legge begrensninger på hvor detaljert informasjon som kan stilles til disposisjon på individnivå. Alt i alt er det imidlertid gode muligheter til å få adgang til data som både gir relevant livsløpsinformasjon på individnivå og som fanger opp strukturelle endringer i kvinnens levekår i dagens kvinnegenerasjoner. Hva slags bakgrunnsinformasjon som bør inkluderes i det enkelte forskningsprosjekt, er som vi tidligere har pekt på først og fremst den enkelte forskers valg. Det er ikke mulig å gi generelle føringer til dette valget. Det er imidlertid noen områder som peker seg ut som særlig interessante bakgrunnsvariable for nærmere oppfølging i analyser av mulige helseeffekter, i kraft både av funn fra tidligere forskning og kraft av at det har vært betydelige generasjonsendringer på disse områdene i dagens kvinnebefolkning.

### *Endringer i reproduktivt livsløp*

I Del I foran har vi pekt på de betydelige endringene som har funnet sted over kvinnegenerasjonene mht. kvinnens reproduktive livsløp, både med hensyn til andel kvinner som blir mødre, antall fødsler og aldersplasseringen av fødslene. Tidligere forskning har dokumentert at trekk ved kvinnens reproduktive livsløp ser ut til å ha signifikant betydning for individuell risikoutsatthet for noen typer av kreft (for forskning på norske data se f.eks. Kvåle et al. 1991, Kravdal et al. 1991, Glattre og Kravdal 1994, Kravdal 1995, Bjørge og Kravdal 1996). Forskningen gir ikke entydige utslag i den forstand at risikoutslagene av fødselsmønsteret er identiske for de kreftformene og -typene som er undersøkt. F.eks. indikerer resultatene at førstegangsfødsel relativt seint i livsløpet ser ut til å bidra til en forhøyet risiko for å utvikle brystkreft på et seinere stadium av livsløpet, mens alder ved første fødsel gir en omvendt gradient på risikoen for å utvikle livmorkreft, der det er kvinner med tidlig førstefødsel/svangerskap som har høyest risiko. For kreft i skjoldbruskkjertelen er det antall fødsler som gir utslag (høyere risiko med økende barnetall), mens alder ved første fødsel ikke ser ut til å ha signifikant betydning.

Det er viktig å følge denne forskningen opp etterhvert som fødselshistorier for yngre generasjoner av kvinner blir tilgjengelig. Sikker viten om risikofaktorer har betydning for undersøkelser av enkeltpasienter og for iverkset-

ting av forebyggende tiltak for oppfølging av risikogrupper i befolkningen ved screeningundersøkelser og andre tiltak. For videre forskning vil også være viktig å utnytte muligheter til å skaffe supplerende data om kvinners reproduktive livsløp fra intervju-undersøkelser og andre undersøkelser som kan dekke et større spekter av relevant informasjon enn basisopplysningene fra befolkningsregisteret. I denne gruppen av data er bl.a. opplysninger om antall samliv (samboerforhold i tillegg til ekteskap), bytte av partnere og antall graviditeter/svangerskap (aborter i tillegg til gjennomførte svangerskap/fødsler). I denne sammenhengen er det også relevant å skaffe data som kan bidra til kartlegging av mulige risikoutslag (positive og negative) av kvinnes prevensjonsbruk, spesielt i forhold til variasjon i bruksstid av de kvinneadministrerte prevensjonsmidlene P-pille og spiral.

På grunnlag av tidligere opplysninger om prevensjonsbruk i Fruktbarhetsundersøkelsen 1977 og Familie- og yrkeundersøkelsen 1988 er det grunn til å regne med at det i de generasjonene av kvinner som er ferd med å avslutte eller nylig har avsluttet den biologiske fruktbare perioden av livsløpet, er et ganske høyt innslag av kvinner som har vært stabile brukere over relativt lang tid av henholdsvis P-piller og av spiral. Det vil selvsagt være begrensninger på hvor store utvalg av befolkningen som kan dekkes gjennom intervjuundersøkelser eller andre undersøkelser basert på frivillig innhenting av informasjon, så som spørreskjema i tilknytning til screeningundersøkelser o.l. Data fra intervjuundersøkelser vil imidlertid gi informasjon om variasjon i bruk etter ulike bakgrunnskjennetegn som kan være relevant i forhold til analyse av data for større befolkningsgrupper på grunnlag av registerdata.

I denne sammenhengen vil det også være av interesse å følge opp med informasjon om annen form for regulering av kvinnes hormonproduksjon/tilførsel, spesielt omfanget i bruk av østrogenilskudd og varighet av bruk innen ulike generasjoner av kvinnene. Data fra Helseundersøkelsen 1995 tyder på en betydelig økning i bruken av østrogenilskudd, særlig for kvinner i aldersgruppen 50–59 år, sammenliknet med nivået i perioden 1985–88, der bruksnivået er anslått på grunnlag av data fra Statens helseundersøkelser (Graff-Iversen og Ramm 1997). I dette bildet er det av interesse bl.a. å følge opp spørsmålet om den økte østrogenbruken vil ha de antatte forebyggende effekter i forhold til kvinnes risiko for utvikling av beinskjørhet i en seinere fase av livsløpet.

Det er heller ikke urimelig å anta at forhold knyttet til kvinners biologi og reproduktive livsløp, hormonproduksjon mv. kan ha betydning for risikoen for å bli rammet av andre sykdommer som enten er spesifikke for kvinner, eller der sykdomsmønsteret er forskjellig for kvinner og menn. Dette tilsier at kjennetegn ved kvinnes reproduktive livsløp er variable som det bør være interesse for å inkludere ved epidemiologiske undersøkelser av andre typer sykdommer hvor en ikke kan utelukke at individuell variasjon i hormonproduksjon har betydning, så som f.eks. hjertekarlidelser.

### *Yrke, arbeidsforhold og arbeidsmiljø*

Utfra kvinners økte deltakelse i lønnet arbeid og de tildels markerte kjønnsulikhetene i arbeidsmiljø, peker arbeidsforhold og arbeidsmiljø seg ut som et annet levekårsområde som bør følges opp i videre forskning. Den sterke økningen i muskel/skjelettlidelser og belastninger som kom fram ved Helseundersøkelsen 1995 sammenliknet med nivået i 1985, er et viktig moment i denne sammenhengen, spesielt på bakgrunn av at datamaterialet fra levekår-

sundersøkelsene tyder på at kvinnelige arbeidstakere i noe større grad enn mannlige er utsatt for ergonomisk belastende arbeidssituasjoner. I denne sammenhengen er det av interesse å se nærmere både på mulige effekter av arbeidsmiljøbelastninger over det tidligere livsløpet i forhold til dagens helsesituasjon, og på framtidig utvikling av helse i forhold til en løpende kartlegging av arbeidsmiljøforhold på individnivå.

Dette er et felt hvor omleggingen av levekårsundersøkelsene etterhvert vil gi betydelig bedre datagrunnlag for longitudinelle undersøkelser på individnivå. I de tidligere omtalte panelundersøkelsene inngår en løpende kartlegging av sentrale helseindikatorer og sentrale arbeidsmiljøindikatorer sammen med opplysninger om yrkesforhold. De temaroterende tverrsnittsundersøkelsene om henholdsvis arbeidsmiljø og yrkesforhold og om helse gir også mulighet for mer dyptpløyende undersøkelser med retrospektive spørsmål bl.a. om tidligere yrkeshistorie og arbeidsforhold, slik tidligere vi har pekt på. I denne sammenhengen vil det være spesielt interessant å følge opp kvinner fra 1931–40 og 1941–50 fødselskohortene, fordi det innen disse to kohortene er betydelig variasjon mellom kvinnene mht deltakelse i lønnet arbeid over livsløpet. Samtidig er kvinnene i alders- og livsløpsfaser hvor risikoen øker for å utvikle muskel/skjelettlidelser og andre belastningsrelaterte plager og lidelser.

Det er større begrensinger når det gjelder mulighetene for å få registerbasert informasjon om tidligere yrkeshistorie i forhold til mulige analyser av foreliggende data om helsesituasjon i helse og levekårsundersøkelsene, men også her er det muligheter som kan være aktuelle for konkrete undersøkelser. Det gjelder bl.a. opplysninger om tidligere yrkesforhold fra Folketellingene og informasjon om deltakelse i lønnet arbeid fra likning- og inntektsregisteret (nivået av pensjonsgivende inntekt), og ansettelseforhold fra arbeidstaker/arbeidsgiverregistret og andre registre som kan gi opplysninger om yrkesforhold (jfr. Næsheim og Tuveng 1997 for en nærmere oversikt her).

#### *Sosioøkonomiske bakgrunnsdata: Utdanning, yrke og inntekt*

Sammen med utdanning og inntekt er yrke også en aktuell variabel for å beskrive sosioøkonomiske forhold og klassebakgrunn. Denne typen data er særlig aktuelle som bakgrunnsvariable for analyse av variasjon i helsetilstand og sykdomrisiko på områder hvor en antar at den individuelle helseatferd og risiko påvirkes av sosioøkonomiske ressurser, helseatferd og livstil. I slike sammenhenger er vi også interessert i datamateriale på individnivå, men det er ikke bare individets egen utdanning, yrke og inntekt som har interesse. For alle som tilhører et hushold med flere personer, vil vi også være interessert å få med informasjon om husholdets samlede tilgang av sosioøkonomiske ressurser og livsstilsindikatorer knyttet f.eks. til forbruksmønster og helsevaner, iallefall i de tilfellene hvor de innbyrdes båndene i husholdet er så tette at det er rimelig å anta at ressursene på husholdsnivå har betydning. Det gjelder bl. a. i forhold til samlet inntekt for ektefeller, sannsynligvis også for store grupper av samboere.

I denne sammenhengen bør det presiseres at opplysningene på husholdsnivå og på individnivå er del av en helhet der det er viktig å ha med begge nivåene. I analyser av forbruksmønster og livstil er det riktignok grunn til å anta at nivået av samlet husholdsinntekt har stor betydning for forbruksmønsteret, men det er også av interesse i livstilssammenheng å inkludere variable som beskriver parforholdet og partnernes relative posisjon i forhold til hveran-

dre på kjennetegn som utdanning, yrke og inntekt. Spesielt i forhold til en analyse av kvinners helsetilstand/sykdomsmønster vil det være viktig å ha med uavhengige variable som kan beskrive trekk ved *hele* livssituasjonen, *både* i forhold til lønnet arbeid og eget yrke (arbeidsforhold og arbeidsmiljø) og i forhold til situasjonen i familien. Når det gjelder stilling i familien, er det grunn til å anta at variable som beskriver partnerners relative posisjon i forhold til hverandre på variable som utdanning, yrke og inntekt er interessant informasjon i denne sammenhengen. Nyere empirisk forskning omkring arbeidsdeling i familien tyder på at grad av likedeling av det økonomiske forsørgelseansvaret innen familien har betydning også for grad av likedeling av ansvaret for hjemmeoppgavene. Det er en rimelig hypotese at det innbyrdes forholdet mellom partnere i et parforhold på slike variable kan være interessante bakgrunnsvariable ved en analyse av helseområder, hvor det er grunn til å anta at grad av autonomi/medinnflytelse på egen livssituasjon kan påvirke helsetilstanden.

#### Litteraturliste:

Andersen, Arne (1996): *Mot et nytt system for undersøkelser av levekår. Innstilling fra en prosjektgruppe*. Notater 96/4, Statistisk sentralbyrå, Oslo/Kongsvinger

Andenæs, Agnes (1996): *Foreldre og barn i forandring*, Pedagogisk Forum, Oslo

Arntzen, Annett et al. (1996): «The Association between Maternal Education and Postneonatal Mortality. Trends in Norway, 1968 – 1991», i *International Journal of Epidemiology*, 25, 3 : 578–584

Balas, Gro et al. (1982): *Faglig kvinnepolitikk. Hvor går LO?* Pax, Oslo

Barstad, Anders (1997 a): «Fortrolighet forebygger?», i *Samfunnsspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå, 22 – 31

Barstad, Anders (1997 b): *Frihetens århundre? Levekår i Norge i et 100-årsperspektiv*, Notater 97/11, Statistisk sentralbyrå

Bjerkedal, Tor (1997): «Helseundersøkelsene 1968–1995: Fra medisinske diagnoser til egenvurdert helse», i *Samfunnsspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå, 2–3

Bjørge, Tone and Øystein Kravdal (1996): «Reproductive variables and risk of uterine cervical cancer in Norwegian registry data», in *Cancer Causes and Control*, 7 : 351–357

Bjørn, Kirsten (1981): «*Barn ingen hindring*». En studie av kvinners sysselsetting i Norge i 1970-åra, INAS-Rapport 81:2, Oslo

Bjørn, Kirsten og Annemette Sørensen (1983): «Fragment av norske kvinners livsløp» i Skrede, K. og Ternes, K. (red.): *Studier i kvinners livsløp*, Universitetsforlaget, Oslo

Brunborg, Helge (1975): *Fruktbarheten til fødselskohorter av norske kvinner etter 1925*, Arbeidsnotater 75/27, Statistisk sentralbyrå

Brunborg, Helge og Sønn-Erik Mamelund (1994): *Kohort- og periodefruktbarhet i Norge 1820–1993*, Rapporter 94/27 Statistisk sentralbyrå

Bø, Tor Petter og Jan Lyngstad: «Arbeid», kapittel 5 i *Sosialt utsyn* 1998, Statistisk sentralbyrå

Dyrvik, Ståle (1976): *Ekteskap og barnetal – ei gransking av fertilitetsutviklinga i Norge 1920- 1970*, Artikler 89, Statistisk sentralbyrå

Ellingsæter, Anne Lise, Turid Noack og Marit Rønsen (1997): «Sosial ulikhet blant kvinner: polarisering, utjevning eller status quo?», *Tidsskrift for samfunnsforskning* bd 38: 33–69



Glattre, E. and Ø. Kravdal (1994) : «Male and female parity and risk of thyroid cancer», in *Int. J. Cancer* 58: 616–617

Graff-Iversen, Sidsel og Jorun Ramm (1997): «Østrogenbruken øker», i *Samfunnsspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå, 55–58

Hjorth, Peter F. (1982): «Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål», i P.E. Lorentzen (red): *Helsepolitikk og helseadministrasjon*, TANO, Oslo

Hoem, Ragnhild m.fl. (1975): «Kvinnens stilling i samfunnet» i Ramsøy, N.R. og M. Vaa (red): *Det norske samfunn*, Bd. 2, Gyldendal, Oslo: 444–511

Haavind, Hanne (1985): «Forändringer i förhållandet mellan kvinnor och män». *Kvinnovetenskapelig tidskrift*, 3: 17–28

Haavind, Hanne (1987): *Liten og stor. Mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter*. Universitetsforlaget, Oslo

Iversen, Irene (1980): «Kvinneseekretariatet», bd.4, s.90–91 i *PAX Leksikon 1–6*, Pax, Oslo

Kjeldstad, Randi (1998a): *Enslige forsørgere: Forsørgelse og levekår før og etter overgang til en ny livsfase*, Samfunnsøkonomiske studier 100, Statistisk sentralbyrå

Kjeldstad, Randi (1998b): «Kvinner og menn 1998: Hvor likestilte er vi?» i *Samfunnsspeilet* 1998, 5, Statistisk sentralbyrå

Kjeldstad, Randi og Jan Lyngstad (1993): *Arbeid, lønn og likestilling*, Universitetsforlaget, Oslo

Kravdal, Øystein (1995): «Is the Relationship between Childbearing and Cancer Incidence due to Biology or Lifestyle? Examples of the Importance of Using data on Men», in *International Journal of Epidemiology*, 24: 477–484

Kravdal, Øystein, Øystein Glattre and Tor Haldorsen (1991): «Positive correlation between parity and incidence of thyroid cancer: New evidence based on complete Norwegian birth cohorts», in *Int. J. Cancer*, 49: 831–836

Kvåle, G., Heuch I., Nilssen S. (1991): «Reproductive factors and cancers of the breast and genital organs – Are the different sites similarly affected?», in *Cancer Detection Prevention*, 15: 369–377

Lappegård, Trude (1998): «Større ulikheter i barnetall» i *Samfunnsspeilet* 1998,5, Statistisk sentralbyrå

Lingsom, Susan (1989): *Gammel og sprek*, INAS-rapport 89:8, Institutt for sosialforskning, Oslo

Lingsom, Susan (1991): *Hjelp etter behov? Offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre*, INAS-rapport 91:5, Institutt for sosialforskning, Oslo

Lingsom, Susan (1993a): «Fra studentopprør til eldreomsorg. Hvordan er 68-ere som omsorgsgivere?» i *Tidskrift for samfunnsforskning*, bd. 34 : 297–317

Lingsom, Susan (1993b): *Social policy and the changing role of family care*, Arbeidsnotat (mim.), senere publisert i omarbeidet utgave som del av Lingsom, S (1997): *The substitution Issue. Care policies and their consequences for family care*, NOVA Rapport 6/97, Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Oslo

Lønnå, Elisabeth (1975): *LO, DNA og striden om gifte kvinner i lønnet arbeid i mellomkrigstida*, hovedoppgave. historisk Institutt, Universitetet i Oslo

Mastekaasa, Arne (1998): *Sykefraværet i Norge 1990–1997: Hva vet vi om utvikling, kjønnsforskjeller og effekter av tiltak?* ISF-rapport 98:10, Institutt for samfunnsforskning, Oslo

Nielsen, Harriet Bjerrum (red.) (1996) : *Kjønn, generasjon og identitet*. Arbeidsnotat 8/96, Senter for kvinneforskning, Universitetet i Oslo

NOU 1993:17: *Levekår i Norge*, Finans- og tolldepartementet, Akademika, Oslo

NOU 1993:22: *Pseudonyme helseregistre*, Sosial- og helsedepartementet, Akademika, Oslo

NOU 1997:26: *Tilgang til helseregistre*, Sosial- og helsedepartementet, Akademika, Oslo

Næsheim, Helge Nome og Irene Tuveng: *Mulighet for å få yrkesdata i registerbaserte statistikker*, Notater 97/28, Statistisk sentralbyrå, Oslo/Kongsvinger

Pape, Hilde (1997): *Drinking, getting stoned or staying sober*. Avhandling for dr. psychol. graden, Universitetet i Oslo/NOVA, Oslo

Petersen, Trond, Becken, Lars Erik og Vemund Snartland (1993): *Lønnsforskjeller mellom kvinner og menn i privat sektor*, Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo, 1993

Noack, Turid og Marit Rønsen (1994): "Livsløp mellom jobb og familie» i Frønes, I. og A. Hompland (red), *Den nye barne- og familiebooka*, Universitetsforlaget

Ramm, Jorun (1997 a): «God helse, flere sykdommer» i *Samfunnsspeilet 1997*, 2, Statistisk sentralbyrå, 4–9

Ramm, Jorun (1997 b): «Egenvurdert helse: Vi klager ikke før vi må» i *Samfunnsspeilet 1997*, 2, Statistisk sentralbyrå, 14–21

Ramm, Jorun m.fl (1998): «Helse», kapittel 2 i *Sosialt utsyn 1998*, Statistisk sentralbyrå

Skrede, Kari (1984): «Familieøkonomi og forsørgerlønn", *Tidsskrift for samfunnsforskning* bd. 25 : 359–388

Skrede, Kari (1986): «Gifte kvinner i arbeidslivet», Kapittel 5 i Alldén, L., Ramsøy, N. R. og Vaa, M. (red.): *Det norske samfunn III*, Gyldendal, Oslo 1986

Skrede, Kari (1987): «Inntektsfordelingsvirkninger av arbeidstidsforkortingene", vedlegg 10 i NOU 1987:9B: *Arbeidstidsreformer* Vedlegg til NOU 1987:9A, Kommunal- og arbeidsdepartementet, Akademika, Oslo.

Skrede, Kari (1994a): *Turbulens eller stabilitet? Levekårsendringer 1980–1990 i et generasjons- og livløpsperspektiv*, INAS-Rapport 94:1

Skrede, Kari (1994b): «Kvinnens utdanning og yrkesliv» i Frønes, I. og A. Hompland (red): *Den nye barne- og familiebooka*, Universitetsforlaget

Skrede, Kari (1995): «The Nordic Model for Family Welfare- Major Trends and Present Challenges» i Arve-Parès, B (red): *Building Family Welfare – Contributions from a Seminar on Family, Gender and Welfare Policies in the Nordic Countries*, Sosialdepartementet, Stockholm

Skrede, Kari (1999, under arbeid): *Levekår i støpeskjeen. Utvikling i utdanning, familiedannelse og materielle levekår i perioden 1990 – 1995 for fødselskullene 1961 – 1975*. Manus under arbeid for serien Statistiske analyser (SA), Statistisk sentralbyrå

Skrede, Kari og Mette Ryen (1999, under utgivelse): *Generasjonsforskjeller i levekår*, kommer i serien Rapporter fra SSB, Statistisk sentralbyrå

Skrede, Kari og Annemette Sørensen (1983): "På spor av en ny kvinnerolle?» i Skrede, K. og K. Tornes (red): *Studier i kvinnens livsløp*, Universitetsforlaget: 198 – 240

Skrede, Kari og Kristin Tornes (1983): «Metodeaspekter i livsløpsstudier» i Skrede, K. og K. Tornes (red): *Studier i kvinnens livsløp*, Universitetsforlaget: 22–69

Skrede, Kari og Kristin Tornes (1986) (red): *Den norske kvinnerevolusjonen – Kvinnens arbeid 1975–85*, Universitetsforlaget, Oslo

Statistisk sentralbyrå (1992): *Levekårsundersøkelsen 1991*, Oslo/Kongsvinger

- Statistisk sentralbyrå (1994): Historisk statistikk 1994, Oslo/Kongsvinger
- Statistisk sentralbyrå (1996 a): NOS Befolkningstatistikk 1995. Hefte III: Oversikt, Oslo/Kongsvinger
- Statistisk sentralbyrå (1996 b): Levekårsundersøkelsen 1995, Oslo/Kongsvinger
- Statistisk sentralbyrå (1998a): Statistisk årbok 1998, Oslo/Kongsvinger
- Statistisk sentralbyrå (1998b): Women and Men in Norway, Oslo/Kongsvinger
- Tarschys, Daniel (1978): *Den offentliga revolutionen*, Liber, Stockholm
- Thomsen, Ib m.fl. (1995): *Mot en registerbasert Folke-og bolig telling år 2000?* Notater 95/3, Statistisk sentralbyrå, Oslo/Kongsvinger
- Tickle, Leonie (1997): «The Sex Differential in Mortality Rates and Underlying Factors», Research Paper no. 006/97, *Actuarial Studies and Demography, Research Paper Series 4*, Macquarie University, Sydney, Australia
- World Health Organization (1958): *The First Ten Years of the World Health Organization*, Geneva:WHO
- Østby, Lars (1983): «20 års utvikling i samliv,prevensjon og abort» i Skrede, K. og K. Tornes (red): *Studier i kvinners livsløp*, Universitetsforlaget
- Østby, Lars og Halvard Skiri (1998): «Befolkning», kapittel 1 i *Sosialt utsyn 1998*, Statistisk sentralbyrå

### Vedlegg 3

## **Kroppslig beredskap og kvinners helse**

*Ulla-Britt Lilleas, Universitetet i Oslo*

### **1 Kjønnblind medisin**

---

Kvinner og menn lever ulike liv, og for å forstå de særegne forhold kjønnene lever under, hva det er som påvirker en mer eller mindre helsebringende atferd, må man se kritisk både på de metoder og begrepene som brukes. Hovedtyngden av den medisinske forskningen som utføres idag er uten kjønnsperspektiver, og i kvinneforskningen blir denne mangelen beskrevet som «fagenes kjønnsblindhet». Når forskningen ikke ser kjønn, får dette konsekvenser for hvordan man forstår og tolker sosiale forhold. Det oppstår (kjønns)skjevheter i forskningsmaterialet som gjør det vanskelig å (be)gripe forskjeller i levealder, dødsrisiko, ulike belastninger, symptomer, sykkelighet osv. Den uvitenhet og motstand som mange kvinner med såkalte «ubestemte plager» møter i helsevesenet er et tegn på skjevhet i kunnskapstilfanget. For å forstå og forebygge lidelser som kroniske smertetilstander, bekkenløsning, nakkesleng, kronisk tretthetssyndrom, Sjøgrens syndrom m.m., vil det være nødvendig å beskjeftige seg både med historiske og nåtidige analyser av hvordan kropp og kjønn har blitt og blir, tolket og definert. Flere leger er enige i dette, de hevder at medisinen mangler både begreper, metoder og teorier for å kunne håndtere et så komplekst felt (Malterud 1996, Kirkengen 1996, Krarup Sørbye 1996).

Kvinneforskningen har lenge vært opptatt av temaer som kan belyse kjønn og makt (Haavind 1982, Haavind 1992, Holmberg 1993), og hvordan over- og underordningsforhold setter seg i kroppen (Widerberg 1995, Fürst 1995, Solheim 1998). Den franske historikeren Laquers (1992) analyse av hvordan forestillinger om kroppen forandret seg fra ett til to kjønn, kan gi innsikt i hvordan og hvorfor den kvinnelige kroppen har vært underordnet den mannlige. Selv om kvinner også den gangen var forventet å være underordnet menn, lå ikke underordningen i kroppen. Mannskroppen var normen, men kvinnekroppen hadde de samme (kjønns) delene, de var bare «arrangert» i ulike underordnete mønstre. Det var først i løpet av det 18. århundre at inndelinger som kvinne og mann, kultur og natur, maskulin og feminin, moderskap og farsskap osv., fikk sin utbredelse og det ble utviklet en anatomisk-fysiologisk-modell for sosiale forskjeller. Kjønnforskjeller ble heretter sett på som forårsaket av biologiske egenskaper, dvs. de naturvitenskapelige fakta.

#### **1.1 Forståelser av kropp og kjønn**

Denne forskningen er viktige bidrag for å forstå hvordan medisinske og kulturelle forestillinger av kvinnekroppen har utviklet seg over tid. Kritikken mot den medisinske sykdomsførståelsen er at den ukritisk har overtatt naturvitenskapens reduksjonistiske menneskesyn (Shilling 1993). Det som også kalles for en dualistisk forståelse av kroppen. Videre blir det hevdet at det innenfor dette paradigmet er en utbredt antakelse at virkeligheten består av gjenstander hvis egenskaper kan fastslås gjennom objektive målinger. En fare ved denne tenkemåten er at opplevelsen av sykdom fortrenses, og hjelperens

sentrale redskap blir å måle det som er «feil». Ikke bare medisinen, men i den generelle vitenskapelige diskusjonen, har begreper som kan gripe den levende kroppen vært mangelvare. Risikoer og belastninger som kvinner har vært utsatt for har ikke vært fokusert eller anerkjent som eget forskningsfelt. Det kan være en viktig grunn til at de «ubestemte plagene» ofte reduseres til en enkel beskrivelse av egenskaper ved de kvinnene som rammes.

For å bryte med slike forståelser må vitenskapen erkjenne at kroppen ikke er en mekanisk gjenstand, men levende, noe som innebærer en kontinuerlig bearbeiding av erfaring på mange plan (Merleau-Ponty 1994). Nettopp det at kroppen knyttes til erfaringen, gjør at begrepet «den levende kroppen» er forskjellig fra den medisinske «objektive kroppen». Fra et sosiologisk-feministisk perspektiv vil en innfallsvinkel til økt innsikt i kvinners helseproblemer, være å undersøke hvordan kvinner erfarer og håndterer sin egen kropp og se dette i lys av vår kulturs kroppsforståelse, arbeidsmoral og forståelser av kjønn. Denne tilnæringsmåten har vist seg å være fruktbar i studier som har rettet seg mot kvinner med kroniske muskelsmerter, kvinner i academia og moderne par som venter barn. Perspektiver som er utviklet her, kan både komplettere og nyansere den medisinske kunnskapen som allerede finnes på feltet «ubestemte plager». Gjennom en kritisk refleksjon over historiske og kulturelle forståelser av kroppen kan helseprofesjonenes perspektiver endres og åpne for det levde livet i analysene. Fokus på hvordan hverdagslivets gjøremål involverer hele kroppen, vil også kunne bidra til å synliggjøre hvordan kjønn og makt påvirker helsa i positiv eller negativ retning. Et viktig spørsmål er hva som skjer med kroppen når bare en, eller den ene parten i et parforhold tar det meste av ansvaret for hverdagslivets gjøremål.

## **2 Kroppslig beredskap**

---

Kroppslig beredskap beskriver en kroppserfaring som mange kvinner forteller om når de involveres i for mange gjøremål. Begrepet er utviklet både gjennom samtaler med kvinner med kroniske muskelsmerter (heretter kalt «intervjuundersøkelsen»), og i analysen av materialet (Lilleaas 1995). Kroppslig beredskap kan beskrives som en «på-vakt-situasjon» som alle mennesker har innebygget, eller har tilgang til som en måte å fornemme farer på. Situasjoner som krever at man er i kroppslig beredskap kan illustreres ved soldater som oppholder seg i en krigssone, ved å ha svært syke mennesker i sin varetekt, eller når man lever under en eller annen form for sterkt eller konstant press. Beredskapen kan tas i bruk i kritiske situasjoner, og i et yrke som fengselsbetjent vil det være nokså åpenbart at man må være i en form for beredskap. Mer uvant er det å forestille seg at småbarnsforeldre kan være i en liknende situasjon. Poenget er at små barns behov må ivaretas hele døgnet og gjerne over flere år, mer eller mindre, avhengig av hvordan barnet utvikler seg. Beredskapen kan betraktes som en helt nødvendig kroppslig «posisjon» for at en selv eller andre skal overleve i perioder av livet. Begrepet er dynamisk i den forstand at vi kan snakke om mer eller mindre beredskap, avhengig av de omgivelser man lever i og den kroppsforståelse hver enkelt har. I begrepet ligger det altså at kroppen involveres på mange plan når arbeidsbelastningen er stor, og hvor det ikke ryddes plass til avlastning og restitusjon. En hypotese er at det er først når den kroppslige beredskapen inkorporeres som en vane at det er fare på ferde.

### 3 Gjøre målene og ansvaret ulikt fordelt

---

«Intervjuundersøkelsen» viser at mange kvinner som deltar i yrkeslivet har store belastninger på mange arenaer. De tar ansvaret for dem som ikke klarer seg selv, barna og de gamle, og mange opptrer som bakkemannskap for partneren. Funnene viser at kvinner som bor på egenhånd, eller som ikke har egne barn, også tar dette ansvaret. Svært få i denne undersøkelsen gar oppnådd en likeverdig arbeidsdeling hjemme, også i forhold der deling var avtalt på forhånd (Lilleaas 1995:70–76). De yngre kvinnene sier at de har følt seg likestilt i parforholdet inntil de fikk barn, men at de da finner seg selv sittende med ansvaret for barnet og arbeidet hjemme. Det kan se ut til at mange, også moderne par, legger seg til arbeidsvaner i permisjonstiden som det er vanskelig å komme ut av når begge er tilbake i arbeid. Arbeid, utdanning og politisk aktivitet oppleves som noe positivt, men når disse aktivitetene konkurrerer med «omsorgen», opplevde mange at de må gi avkall på det lystfylte og påta seg ansvaret for familiearbeidet. Et viktig funn er at kvinnene stenger av for kroppens signaler for å klare hverdagens krav, og mange rapporterer om skyldfølelse og dårlig samvittighet når de ikke får hverdagen til å henge sammen. Haldis (49) beskrivelse av hvordan hennes hverdag har vært som eneforsørger for to barn, kan illustrere dette nærmere:

«Hver morgen dro vi hjemmefra ved sju-tiden for å rekke barnehage og jobb. Først trikken til barnehagen og så videre på jobben som ligger på den andre siden av byen. Etter arbeidstid var det handling, hente barna og lage middag. Husarbeidet tok jeg etter barna var i seng eller i helgen. Når de begynte på skolen var det korpset, sangkoret og speideren, og i helgen kakelotterier, loppemarked, turer og konserter. Det var fint for barna, men det ble for mye for meg. Men når du er alene om ansvaret som jeg, vil man gjerne at barna skal ha det like bra som andre barn. Jeg ville nok vise omverdenen at jeg kunne klare oppgaven. Noe avlastning har jeg hatt fra moren min, men fars psykiske sykdom har vært en stor belastning for hele vår familie. Jeg er heldig som har et interessant yrke (spesialpedagog), men det er krevende, særlig i tider med store nedskjæringer i spesialtilbudet på skolen. De siste årene har jeg vært tvunget til å ta langt flere elever enn det jeg følte var forsvarlig, og nå er smertene blitt kroniske».

Noen eneforsørgere i denne studien har bodd sammen med menn som har hatt alkoholproblemer eller er voldelige. Gerda (44) er en av dem, og hun sier at hun ofte føler seg «mislykket som mor». Sønnen på 12 år har diagnosen MBD, og han har nettopp vært innblandet i en «sak» der Barnevernet er blitt trukket inn. Hun har «vært nedfor den siste tiden», og er redd for at de skal ta gutten fra henne. Hun har hatt smerter i 3–4 år, men i løpet av det siste året har det utviklet seg til en «deformering i fingerleddene». Hun bebreider seg selv fordi hun mener at «sønnen har fått en dårlig start». «Smertene kan jeg leve med bare det går bra med gutten», sier hun (Lilleaas 1995:67–68).

Flere av eneforsørgerne i materialet har, eller har hatt dårlig økonomi, til tross for høyere utdanning. Kvinnene rapporterer at det er en ekstra stor belastning å ha dårlig økonomi i en situasjon hvor de skal ta vare på barns behov. Særlig fordi den dårlige økonomien legger en ramme for tilværelsen som bidrar til å skape ytterligere uforutsigbarhet i hverdagen. Disse fortellingene viser hvordan den kroppslige beredskapen for andre utvikles gjennom en årrekke, og for å klare (de ytre) kravene har mange av kvinnene (ubevisst) følt seg tvunget til å sette kroppen tilside. Å kople det ytre og indre presset som mange opplever, kan flytte blikket bort fra ytre kjennetegn og karakteris-

tikker, og gi innsikt i hvilke «valg» den enkelte kvinne står overfor, og hva som gjøres av vane.

#### **4 Latskap og hvile**

---

Vaner er et viktig begrep å bringe inn i diskusjonen om kvinners helse for å vise hvordan tankemønstre og vaner innarbeides gjennom kjønns sosialiseringen. Når mange kvinner føler at de ikke har valgmuligheter beror dette også på en kulturell innprenting som skaper skjemaer for atferd (Bourdieu 1995). Innprentingen kan bl.a. være de påpekninger og irettesettelser som gir kvinner en følelse av at de hele tiden skal være i beredskap for andre.

Kvinnene fra «intervjuundersøkelsen» la vekt på at de har vokst opp i en sliter- og prestasjonskultur. Mange ga også uttrykk for at de synes at det er vanskelig å hvile seg, ikke bare fordi de ikke hadde anledning til å hvile seg, men også fordi hvile var forbundet med latskap (Lilleaas 1995: 157). Det var særlig to sider ved sliter- og prestasjonskulturen som førte til at kroppen ble tilsidesatt, det ene var påbudet om å stå på til man stuper, og det andre var at det er umoralsk å hvile. Hele 76 % av kvinnene rapporterer at de «sjelden» eller «aldri» hviler seg. Studien viser at både arbeidsmoralen og forventningene til at «piker» bør være snille og flinke internaliseres tidlig. Denne innlæringen forsterker kvinners kroppslige beredskap for andres behov, samtidig som de avlæres i å lytte til kroppens signaler og egne behov. En slik kroppsforståelse stimulerer på den ene siden kvinner til å ta i for mye, og på den andres siden fratras de noe av muligheten til å gi seg selv den nødvendige oppmerksomhet. At «ansvarstenkningen» ikke er spesiell for de kvinnene som har deltatt i «intervjuundersøkelsen» bekreftes i en rekke studier (Sørensen 1982, Leira 1983, Thorsen 1993, Andenæs 1989), og når kroppen tilsidesettes er dette i tråd med en kroppsforståelse som legitimeres gjennom aktiviteter som idrett og den kulturelle helseforståelsen.

#### **5 Kulturens anerkjennelse av slitet**

---

Et spørsmål det er grunn til å stille for å få mer kunnskap om kvinners helse, er hvor slitet og belastningene er konsentrert, og hvordan kvinner selv tolker slitasjen. Slitet kan på den ene siden gi en tilfredsstillelse i form av anerkjennelse fra omgivelsene. Vi behøver ikke gå lenger enn til arbeidslivet, skolen og medisinen for å finne både uttalte og uttalte regler for at det er sunt å slite. De samme reglene gjelder for mange av kvinnene i «intervjuundersøkelsen».

Lillian (42) er fraskilt uten barn, men har i flere år hatt hånd om sin syke mor som døde for kort tid siden. Med stort ansvar for økonomien i et internasjonalt konsern lever hun med tidsfrister hele tiden. Hun jobber mye overtid, og har tatt utdannelsen sin om kvelden. Hennes tanker rundt egen arbeidsinnsats og den tilfredsstillelsen innsatsen medfører er interessant, og gjelder mange flere:

«Dødsfall i familien er ikke noen grunn for meg til ikke å gå på jobben, mine samarbeidspartnere har sine deadlines og jeg er avhengig av å følge deres arbeidstempo. Det går på helsa løs, men jeg vil ikke bytte med noen. Det går som regel bra til det verste kjøret er over, først da kommer reaksjonen. For noen år siden begynte jeg å få kramper og lammelse i kroppen. Det kjennes ut som kroppen min dovner bort, men da legger jeg meg bare ned litt til det går over. Jeg vet at jeg brenner mitt lys i begge ender, det er begrenset hvor lenge

jeg kan holde på i dette tempoet. Legen sier jeg bør ta det med ro, og sjefen min synes jeg er gæren. Men jeg får mye ros i jobben min, jeg er altfor snill, men jeg liker å være det», sier hun.

Lillian blir premiært for å ikke ta kroppens signaler på alvor. De doble budskapene som gis i vår kultur, er på den ene siden kravet til en «sunn livsstil», mens på den andre siden får de som overskrider egne grenser ros. Også når dette innebærer en lite helsebringende atferd. Når kvinner overskrider og stenger av kroppen er det både fordi kulturen anerkjenner slitet og askesen, og fordi mange av gjøremålene også består i interessante og spennende oppgaver.

En annen side ved slitet og askesen er kravet til en lekker og veltrimmet kropp. Rita (28) er en av de unge og moderne kvinnene som alltid har vært ambisiøs og viljestærk, og med et dypt engasjement. Fra hun var 10 år til hun var 25 år trente hun hver dag og flere ganger om dagen. Hun har vært med i mange internasjonale mester-skap, og drevet med flere idrettsgrener. Problemer med ryggen og bena gjorde at hun har måttet trekke seg fra toppidretten. Flere operasjoner i knærne har medført at hun ikke kan trene like mye som før. «Jeg tror jeg var treningsnarkoman, da måtte jeg trene to ganger om dagen for å bli fornøyd», forteller hun. I tillegg har hun vært plaget med spiseforstyrrelser i perioder, og hun innser at hun har drevet kroppen sin for langt. Å aldri bli fornøyd med den kroppen man har, kan for noen være drivkraften i slitet.

Yte maksimalt i mange år er å balansere på en stram line, og etter å ha fungert optimalt i mange år, sier kroppen fra. Denne «overdrivelsen» kan tydeliggjøre slitet som noe kulturelt nedlagt i kvinneligheten. En side ved slitet synes å være arbeidsdelingen mellom kjønnene, eller følelsen av å ikke strekke til. Både slitet i seg selv og kvinnekroppens grenseløshet, det som her betraktes som de ytre og indre belastningene, bidrar til å øke den kroppslige beredskapen. Mange er inne i sykdomsfremmkallende mønstre, og ser ingen vei ut av «uføret».

## 6 Forholdet mellom kroppsvaner, kultur, kjønn og tale

---

Fortellingene til kvinner med kroniske muskelsmerter kan betraktes som varselssignaler om samfunnet og den kulturen vi lever i.

Det som medisinen kaller «ubestemte plager» kan si noe om samfunnsutviklingen, og være en innfallsvinkel til hvordan forståelser av kjønn, arbeid og likestilling «sankker» i et moderne samfunn. Et viktig spørsmål er hvordan kvinner kan bryte den kroppslige beredskapen og hvilke alternativer finnes. Beredskapen er vanskelig å endre når den er innarbeidet som vane, men den kan endres under visse betingelser. Da er det viktig at hovedfokus flyttes bort fra klassifikasjoner og karakteristikk, og over til hvilke betingelser det her er snakk om. «Hjelperens» rolle kan være å synliggjøre de ytre belastningene (strukturene), og bistå kvinnen i å bli oppmerksom på hvordan hennes innstilling, kroppen og livsbetingelser spiller sammen. Å få nødvendig bistand til å tolke og forstå kroppslige symptomer, kan gjøre kvinner klar over hvordan kulturelle krav til flinkhet, plikt og lydighet (ubevist) utvikler seg til en «praktisk sans», og til «noe» kvinner ofte gjør av vane. Vaner er kroppslige, og når kvinner ikke «kan» eller «vil» hente seg inn kan «hjelperen» stille spørsmål ved hva som hindrer henne, og hva som skal til for at hun kan rydde plass til hvile og refleksjon.



Sosiologen Rønnaug Sørensen (1996) og fysioterapeut og pedagog Gunn Engelsrud har utviklet metoder som kan bistå kvinner (og menn) i å åpne opp for kritisk refleksjon og endring. Sørensen er opptatt av å endre på innarbeidede tankemønstre som en vei å gå for å starte en erkjennelse av at «noe må endres hvis jeg skal få det bedre». Hun bruker nye kommunikasjon- og argumentasjonsteknikker som potensiale for endring, mens Engelsrud går mer inn på hva som skjer når vi beveger oss på nye måter: Hun spør hvilke hint eller tegn gir kroppen, og hvordan kan vi bruke disse oppdagelsene til vår egen fordel i hverdagen. Dette er metoder som utfyller hverandre, og som kan starte endringsprosesser både fra et kognitivt og kroppslig nivå. Men som eksemplene over også viser med all tydelighet, er det klare forskjeller mellom kvinner når det gjelder muligheten til å avsette tid til hvile og fritid. I undersøkelsen av kvinner med kroniske muskelsmerter var det kvinner som hadde vært eneforsørgere over et lengre tidsrom og som var uten avlastningsmuligheter, som hadde de «fleste» og «verste» symptomene. Det betyr at man i det helsefremmende arbeidet må fokuseres på hva som trengs av både kunnskap og støtte for å kunne endre, eller komme ut av, en fastlåst livssituasjon. Her må det fokuseres på at det finnes både enkeltindivider og «grupper» som har det vanskeligere enn andre. Da er det ikke alltid tilstrekkelig å få hjelp til å tolke symptomer, lære seg argumentasjonsteknikker, bevege seg på nye måter eller se kritisk på egne vaner. Kvinner som er i en «utsatt posisjon» kan selvsagt ha glede av å lære nye teknikker, men noe av hensikten forsvinner hvis «hovedproblemet» hennes er at hun ikke vet hvordan hun skal få betalt strømregningen, eller at hun mangler støttespillere som kan avlaste henne i perioder. Derfor vil avlastningsmuligheter og økonomisk støtte til eneforsørgere også være en viktig del av det forebyggende helsearbeidet på lengre sikt.

#### *Litteratur:*

- Andenæs, A. (1989): Identitet og sosial endring. I: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 26, 683–695.
- Bourdieu, P. (1995): Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori. Akademisk Forlag. København.
- Bourdieu, P. og L. Wacquant (1993): Den kritiske ettertanke. Samlaget Oslo.
- Engelsrud, G. (1995): Kvinner i bevegelse mellom lengsel og lyst. Arbeidsnotat nr. 5. Senter for kvinneforskning, Universitetet i Oslo.
- Fürst, E.L. (1994): Mat – et annet språk. ISO:rapport nr. 7. Dep. of sociology, University of Oslo.
- Holmberg, C. (1993): Det kallas kärlek, Göteborg: Anamma förlag.
- Haavind, H. (1982): Makt og kjærlighet i ekteskapet. I: Haukaa, Hoel og Haavind (red), Kvinneforskning: Bidrag til samfunnsteori. Oslo Universitetsforlaget.
- Haavind, H. (1992): Vi måste söka efter könets förändrade betydelse. I: Kvinnovetenskapelig tidsskrift, nr. 3, årg. 13, Umeå.
- Kirkengen, A.L. (1996): Veronikas to liv, I: Kvinneforskning nr.1, årg.20. Norges forskningsråd.
- Laquer, T.W. (1992): Making sex – Body and Gender from the Greeks to Freud. Harvard University Press.
- Leira, A. (1983): Kvinnens organisering av dagliglivet, I: Wadel mfl. Dagliglivets organisering. Oslo:Universitetsforlaget.

Lilleaas, U.B. (1995): Når forskjellen blir synlig – kvinner med kroniske muskelsmerter i et kjønnsrolleperspektiv. Arbeidsnotat nr.8, Senter for kvinneforskning, Universitetet i Oslo.

Lilleaas, U.B. (1996): En kropp i ustand, I: Sosiologisk tidsskrift nr.4–4. årgang. Oslo: Scandinavian University Press.

Lilleaas, U.B. og G. Engelsrud (1998): Par i bevegelseopplevelse av arbeidsdeling og kroppsvaner (under publ.). Senter for kvinneforskning, Universitetet i Oslo.

Malterud, K. (1996): Den medisinske diagnose – feministiske perspektiver, I: Kvinneforskning nr.1, årg.20, Norges forskningsråd.

Merleau-Ponty, M. (1994): Kroppens fenomenologi. Pax Forlag A/S, Oslo.

Shilling, C. (1996): The Body and Social Theory. London: Sage.

Solheim, J. (1998): Om å ta kroppen på ordet. Om kjønnsymbolikk i moderne kultur. Pax Forlag A/S, Oslo.

Sørbye, Krarup, I. (Om kjønnsforståelser i medisin – en kritisk betraktning, I: Kvinneforskning nr.2, årg.20. Norges forskningsråd.

Sørensen, B.Aa. (1982): Ansvarsrasjonalitet: Om mål-middeltenkningen blant kvinner. I: H. Holter (red), Kvinner i felleskap. Oslo . Universitetsforlaget.

Sørensen, R. (1996): Dialog og deltakelse – utviklingsprogram for kvinner med kroniske muskelsmerter (upublisert manus).

Turner, B.S. (1984): The Body and Society, Oxford: Basil Blackwell.

Widerberg, K. (1995): Kunnskapens kjønn- minner refleksjoner og teori. Pax Forlag A/S. Oslo.

## Vedlegg 4

# Kroniske Smerter

*Bjørn Ellertsen, Universitetet i Bergen*

## 1 Definisjoner og forekomst

---

Det finnes ingen generelt godtatt definisjon av kronisk smerte. I det følgende omtales kun kroniske smerter der det ikke kan påvises klare somatiske årsaksforhold eller der det er et klart misforhold mellom smertetilstanden og slike, såkalte objektive funn. I begrepet kronisk legges oftest at smertene har vedvart i minst 6 mnd. Det foreligger et betydelig antall undersøkelser av personer med kroniske smerter, spesielt innen medisin og psykologi, men også med innfallsvinkel fra samfunnsvitenskapelige områder som for eksempel antropologi. Ett av mange problemer innen feltet er at fagtermer, definisjoner og formelle diagnostiske kriterier i stor grad har vekslet og endret seg i løpet av noen tiår. Det blir derved vanskelig, om ikke umulig å sammenligne resultater fra ulike undersøkelser fordi man ikke kan være sikker på hva man sammenligner. Eksempler på fagtermer som har anvendt i Norge i løpet av de senere tiår, og som det har hersket betydelig uenighet omkring, er myofasciale smerter, fibromyalgi, muskel- skjelett lidelser, belastningslidelser og bløtdelsrevmatologi. Det hersker uenighet om hva slags tilstander dette er, om diagnostiske kriterier, om etiologiske faktorer og ikke minst vedlikeholdende faktorer.

I det offisielle gjeldende diagnosesystem for bruk i Norge, ICD-10, finnes kronisk smerte som ikke kan henføres til noe enkelt organ eller kroppsdel klassifisert under R.52 – smerte ikke klassifisert noe annet sted mens fibromyalgi finnes klassifisert under M.79 – uspesifisert revmatisme». Det sier seg selv at man både i forskning og klinikk har liten nytte av disse «diagnostiske kriteriene». Kronisk smerte blir i et slikt diagnosesystem hva man sitter tilbake med når man ikke har funnet noen medisinsk forklaring på hvorfor en person blir arbeidsufør og sosialt isolert grunnet vedvarende smerter. I norsk litteratur fra de senere år har begrepet belastningslidelser i stigende grad avløst begrepene kroniske smerter og muskel- skjelettlidelser.

Forekomsten av muskel- skjelettlidelser uten kjent årsak er høy i populasjoner som for øvrig er friske. I de nordiske land rapporterer så mange som 50 % kvinner og 40 % menn at de har hatt muskel- skjelett smerter i løpet av de siste 30 døgn. Blant kvinner mellom 25 og 55 år er det rapportert 22% om fattende muskelsmerter siste 3 måneder (Abusdal, Hagen & Bjømdalen, 1997). Forekomst av mer alvorlige og vedvarende smerter er lavere, omkring 8 – 12 hos kvinner og 3 % hos menn i de nordiske land og Storbritannia. Undersøkelser tyder på at kronisk smerte er mer utbredt i de vestlige land enn resten av verden og at forekomsten er økende.

I Norge gir en sammenligning av data fra Helseundersøkelsen i 1985 og Levekårsundersøkelsen fra 1991 klar indikasjon på dette. Prosentandelene av personer som anga varig sykdom i muskel skjelett systemet var henholdsvis 16 % og 23%. Muskel- skjelettplager av den type det ble spurt om i disse undersøkelsene er altså en viktig årsak til nedsatt funksjon og livskvalitet og de er i dag hyppigste årsak til langtidssykemelding og uførepensjonering. Kroniske smerter ligger til grunn for nesten en 50% langtids sykefravær og 20%

korttids sykefravær i Norge (Grønningsæter, et al., 1994). I 1993 ble 3730 norske kvinner innvilget uføretrygd på grunn av muskelsk elettlidelser.

Årsaksforholdene er uten tvil svært kompliserte hva angår kroniske smerter og mangelen på kunnskap er stor. Debatten omkring årsaker har vært heftig både i Norge og andre land. En opptil 4 ganger så høy forekomst av kroniske smerter hos kvinner som menn har dessuten i seg selv ført til debatt. Stikkord i debatten er alt fra rene somatiske faktorer som for eksempel hormonelle forhold til kulturelle faktorer. Blant sistnevnte kan påstanden om at den høye forekomsten hos kvinner i alle fall delvis kan skyldes dobbeltarbeide i hjem og på arbeidsplass, der kvinner rett og slett ender opp med å «forstrekke seg», ene som et eksempel.

Til tross for betydelig forskningsinnsats vedrørende kroniske smerter kan det trygt hevdes at vi fortsatt står relativt avmektige overfor problemene. Det har i de senere år vært debatt omkring videre forskningsinnsats vedrørende kroniske smerter, ikke minst vedrørende innfallsvinkler. Den rent medisinske innfallsvinkel har til nå ikke gitt kunnskap som har gjort det mulig å snu utviklingen. Dette til tross for betydelig forskningsinnsats innen feltet. Forskning som har fokusert på individuelle predisponerende personlighetsfaktorer har jevnt over demonstrert at der er klart forhøyet forekomst av depresjon, angst og 'somatisering' i grupper med kroniske smertetilstander (Ellertsen, Troland & Værøy, 1993). Metodeproblemene er imidlertid overveldende fordi der ikke finnes en eneste tilfredsstillende prospektiv undersøkelse innen feltet. Spørsmål vedrørende årsaker og virkninger forblir derfor ubesvarte. (Værøy, Ellertsen & Mengshoel, 1993).

I debatten omkring årsaksforhold har det i løpet av de senere år dukket opp nye begreper som for eksempel «helsens paradoks» hvilket betegner at vi tross økende investeringer i helsetjenester ikke ser bedring i folks subjektive opplevelse av helse. Et annet begrep er «medikalisering», hvilket henspiller på at stadig mer av livets ubehag og vansker omdannes til diagnoser med krav på terapi. Et tredje begrep er «kulturskapt sykdom», hvilket blant annet henviser til sykdomsskapende potensialer i kjønnsrollemønstre og kroppsidealer. Det har i kjølvannet av debattene omkring begreper og perspektiv som disse utviklet seg en stadig bredere erkjennelse av at den tradisjonelle biomedisinske tenke- og arbeidsmåte overfor pasienter med kroniske smerter må nyanseres. De antropologiske begrepene «illness» versus «disease» tjener til å illustrere denne erkjennelsen. Illness, henspiller på subjektiv sykdomsopfatning vedrørende årsaker, frykt for følger og forventninger til behandling. Disease står for den tradisjonelle biomedisinske begrepsdannelse omkring sykdom, herunder diagnostisk og behandlingsmessig praksis. Det er økende forståelse for at disease- begrepene er utilstrekkelige hva angår kroniske smerter.

Nyansering av våre tenkemåter omkring kronisk smerte kan blant annet gjøres i form av at pasienters subjektive forestillinger, opplevelser, erfaringer og forventninger knyttet til egen sykdom kommer i fokus. Slikt fokus er sentralt i en prosjektplan som er utviklet innen Norges Forskningsråds program «Helse og sykdom i kulturelt perspektiv (NFR, 1998). Programmets primære formål er å bedre kunnskapen om hvorledes kulturelle forhold former helse- og sykdomsopfatninger og folks helse- og sykdomsadferd. Muskelskjelettlidelser er eksplisitt omtalt i programnotatet.

## 2 Modeller for tolkning

---

En så radikalt forskjellig vinkling av forskning relatert til for eksempel kronisk smerte, sammenlignet med tradisjonell forskning, avspeiler politisk, helsefaglig og forskningsmessig frustrasjon og samtidig vilje til å tenke kritisk og nytt omkring kroniske smerter. Perspektivet er viktig og velkomment innen feltet, men det må samtidig understrekes at tidligere forskning vedrørende årsaksforhold, prognose og behandling i tilknytning til kroniske smerter ikke skal eller kan forkastes.

Forskning viser at kvinner med kroniske smerter rapporterer mange negative erfaringer fra møter med helsevesenet (eg. Eccelston, deWilliams & Rogers, 1997). Det gjennomgående tema er å ikke bli forstått, ofte ikke trodd på, hvilket selvsagt oppleves som nedverdiggende. Usikkerheten og uenigheten innen helsevesenet omkring kroniske smertetilstander er mest sannsynlig årsaken til at man finner diagnosen fibromyalgi på bunnen av det diagnostiske statushierarki (Album, 1991).

Kvinner med kroniske smerter får ikke tilfredsstillende hjelp i det norske helsevesenet og mange føler at de blir møtt med manglende forståelse og med avvising. Slike følelser og opplevelser er i seg selv et betydelig problem etter som det er klart dokumentert at det å føle seg forstått og ikke minst respektert i seg selv kan være en helt nødvendig forutsetning for effektiv behandling (Steihaug & Ahlsen, 1996).

Utgangspunktet må selvsagt være at kvinner med kroniske smerter gjør sitt beste for å bli kvitt plagene. Allikevel opplever de ofte å bli bebreidet og gitt ansvaret for manglende bedring. Dette er selvsagt en meget ond sirkel, kanskje rettere sagt en ondartet nedovergående spiral. En av flere modeller som det kan være grunn til å trekke inn i dette komplekse bildet tar utgangspunkt i hvilke rettigheter og plikter som påhviler en pasient (Parsons, 1978). I følge modellen innebærer sykerollen en rett til ikke å bli gjort ansvarlig for sykdomstilstanden samt til avlastninger. Til gjengjeld plikter pasienten å følge de råd hun får. Dersom disse forutsetninger er oppfylte er utsiktene for bedring gode. Modellen er klart hierarkisk, der pasienten er den underlagte part, og den bygger på at sykdom er noe man blir frisk av og at de råd som blir gitt er til pasientenes beste. Modellen passer relativt godt på hvorledes norsk helsevesen tradisjonelt har fungert, men det kan stilles alvorlige spørsmål ved hvorvidt dens forutsetninger er til stede hva angår pasienter med kroniske smertetilstander. KjønnsvARIABLE kan ikke ignoreres hva angår kroniske smertetilstander. I denne sammenheng er nyere feministisk teori om kjønnsroller og sosial samhandling klart relevant. Slik teori kan være relevant for å forstå interaksjonen mellom kvinnelig smertepasienter og terapeuter innen helsevesenet. Det er videre et noe tabubelagt men like fullt utvilsomt faktum at mange kvinner som ikke blir friske av sine kroniske smerter ofte blir opplevet som, møtt som og beskrevet som sytende og klagende pasienter uten evne og innsikt til å bli friske, eller i det minste til å avfinne seg med sine plager. Man vet for lite om slike sosiale prosesser og hvilken betydning de har med hensyn til sykerollen som kronisk smertepasient.

Det er klart at samspillet mellom ytre forventninger og kvinnes egne tanker, holdninger og normer betyr mye i den prosessen som leder frem til kroniske smerter. Det er like klart at man i forskningssammenheng har et helt særskilt ansvar for å ta kjønnsforskjellene som eksisterer langt mer alvorlig enn tilfellet har vært frem til i dag.

### 3 Konklusjon

---

Som en konklusjon på det foregående kan det trygt hevdes at det bør satses mer og annerledes hva angår kroniske smertetilstander hos kvinner. Vi står overfor et betydelig og tiltagende helseproblem som gjør livet vanskelig og av lav kvalitet for mange mennesker. Tradisjonell biomedisinsk forskning har ikke gitt bidrag som har gjort det mulig å endre bildet. Mye taler for at psykologisk, sosial og antropologisk teori og metodikk må gis en sentral plass i den videre forskning. Det kan også forventes viktige bidrag fra fysioterapivitenenskapelig hold. Det er ikke dermed sagt at man skal forlate den tradisjonelle biomedisinske forskning. Den har fortsatt en helt naturlig plass innen feltet. Derimot tyder alt på at man må forlate den tradisjonelle biomedisinske modellen for klinisk praksis overfor smertepasienter. Poenget er at horisonter må utvides og at tverrfaglige prosjekter og tilnænninger må prioriteres.

#### *Litteraturliste*

Abusdal UG, Hagen KB, Bjørndal A. Selvrapperte kroniske muskelsmerter blant kvinner. Tidsskrift NorLegeforening 1997; 117(11). 1606–10.

Album D. Sykdommer og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskrift Nor Læreforening 1991; I 11: 2127- 33.

Eccelston C, deWilliams C, Rogers WS. Patients' and professionals' understanding of the cause of chronic pain: Blame, responsibility and identity protection. Soc Sci Med 1997; 45: 699–709.

Ellertsen B, Troland K, Vaaroy H.. Psychological assessment of patients with musculoskeletal pain. In H Vxroy & H Merskey (Eds.), Progress in Fibromyalgia and Myofascial Pain. Amsterdam: Elsevier, 1993.

Grønningsæter H, Mykletun RJ, Endresen IM, Ursin H. Helsemessig effekt av fysisk aktivitet og psykologisk trening. Tidsskr Nor Læreforen 1994; 114: 443 5.

Parsons T. Action theory and the human condition. New York: Free Press, 1978.

Steihaug S, Ahlsen B. Bevegelse og samtale i grupper. Behandling av kroniske muskelsmerter hos kvinner i almenpraksis. Tidsskr Nor Læreforen 1996; 116 (11): 1065 -9.

Værøy H, Ellertsen B, Mengshoel AM. Fibromyalgi – Et forhold mellom psyke og soma. Tidsskr Nor Læreforen 1994; 113 (22): 2795-8.

## Vedlegg 5

# Lekfolkskonferansens anbefalinger til utvalget

## 1 Innledning

---

I mandatet ble kvinnehelseutvalget bedt om å gjennomføre høringer etter mønster av lekfolkskonferanser. Hensikten var å «bidra til å sikre at problemforståelsen og behovsanalysen som utvalget legger til grunn for sine forslag i størst mulig grad er i samsvar med kvinnens forståelse. Høringene skal også hente inn råd og forslag til tiltak og løsninger».

Lørdag 19. til mandag 21. september 1998 gjennomførte utvalget en lekfolkskonferanse om ubestemte helseplager og kroniske muskelsmerter. Gjennomføringen av og erfaringene med konferansen er nærmere omtalt i kapittel 2. Dette vedlegget oppsummerer lekfolkenes anbefalinger og refleksjoner, som kretset om fire hovedtemaer:

1. Å bli tatt på alvor av legen
2. Helhetstenkning – sammenheng over tid, mellom instanser og utvidelse av diagnose- og behandlingsbegreper
3. Trygdeytelser
4. Årsaker og forebygging

Under hvert tema refereres nedenfor lekfolkenes anbefalinger, deretter sentrale stikkord og synspunkter fra gruppearbeidet under konferansen. Disse fire temaene dekker det lekfolkene mente var viktigst i forhold til kroniske smerter og diffuse lidelser. Det fins selvsagt viktige tråder mellom hovedtemaene. Opplevelsen av ikke å bli tatt alvorlig av legen (tema 1) kan for eksempel handle både om legens/medisinsens manglende helhetstenkning og manglende koordinering (tema 2), det kan handle om at legen forvalter trygderegler som er urimelige i forhold til ens situasjon (tema 3), og om at kvinnens kroniske plager har årsaker som gjør legen hjelpeløs (tema 4) – og dette kan noen leger reagere på med å feie vekk eller mistenkeliggjøre.

## 2 Å bli tatt på alvor av legen

---

### *Anbefalinger:*

Vi oppfatter at kvinner i mindre grad enn menn blir tatt på alvor av legestanden. Medisinstudiet bør derfor tilføres fag/emner som øker forståelsen for det som betegnes som «typiske kvinneplager/-lidelser».

Forskning på «typiske kvinnelidelser» må prioriteres og helsemyndighetene må i mye større grad enn før styre og styrke finansieringen av medisinsk forskning. Man må sette fokus på Legeforeningens makt, når det gjelder både medisinstudiet, arbeidstidsordningene og helsepolitikk og -myndigheter. La skolemedisinen styrkes av alternativmedisinen – mer åpenhet og samarbeid! Kanskje handler noe av alternativmedisins styrke om at pasienter opplever å bli tatt på alvor.

*Stikkord fra gruppearbeid:*

*Hva det er å bli tatt på alvor:* Respekt, nok tid, kommunikasjon. Leger skal se på pasienten under konsultasjonen, ikke på datamaskinen. Skal ha lest journalen din før du kommer inn.

*Skolering av leger:* Tilstrebe holdningsendringer i utdanningen; pasientbehandling og kommunikasjon må være eget fag i utdanningen. Legene må skoleres om kjønnsforskjeller.

*Strukturspørsmål:* Hvordan gjøre kvinnelidelser til noe attraktivt/statusgivende å behandle og forske på. Hvordan forhindre at den økende kvinneandelen i legeyrket fører til at det blir et lavstatusyrke, som igjen rammer pasientene. Legeforeningen må røskes opp i. Mennene dominerer med hensyn til lønnsmuligheter i ulike grener av medisinen, organisering av tjenester osv.

### **3 Helhetstenkning – sammenheng over tid, mellom instanser og utvidelse av diagnose- og behandlingsbegreper**

---

*Anbefalinger:*

- Forske på utradisjonelle behandlingsmetoder. Her menes først og fremst mer helhetlige behandlingsmodeller, ikke så organfikserte. Dette ville noen i forsamlingen ikke kalle utradisjonelt, men heller å lage en ny standard, et nytt nivå på og annen tilnærming til den tradisjonelle.
- Endre kriteriene for å få ytelse fra diagnose til funksjonsbeskrivelser. Ved å endre kriterier for en viktig praksis (trygdeytelse), kan man få som effekt en endring i legenes forståelsesrammer og holdninger.
- Sterkere pasientperspektiv både i utdanning og utøvelse.

*Stikkord fra gruppearbeid:*

*Helhetstenkning i forskning og utdanning:* Endre forståelsesmodell bort fra organsentrering, mot helhet. Se på pasientens rolle i mange sammenhenger.

*Kvinneperspektiv/pasientperspektiv:* Innta et kvinne- og kjønnsperspektiv. Holdningsendring i forhold til begrepsbruk; for eksempel «diffuse» plager er ikke diffuse for de det gjelder.

*Strukturelle forhold:* Sammenblanding av kontrollør og fagperson/hjelper i legen. Vurder profesjonsmakten, profesjonskamp/-markering. Hvordan samkjøre ulike eksperter? Skal pasienten være koordinator mellom ekspertene?

Endring av kriterier for å få ytelse – fra diagnose til funksjonsbeskrivelse.

### **4 Trygdeytelser**

---

*Anbefalinger:*

- Oppdatering av regelverket må være i samsvar med forskningsresultater om kvinners kroniske plager.
- Pengemangel må ikke stoppe forskning på alternative måter å gi trygdeytelse på; for eksempel husmorvikar.
- Lag ordninger som ivaretar at folk får de ytelsene de har krav på, uansett individuelle «kamppressurer». – Eventuelt trygdeombud.
- Pasienter må sikres økonomisk i overgangsperioder/saksbehandlingsventing



*Stikkord fra gruppearbeid:*

*Prosedyre/saksbehandling:* Obs holdninger hos saksbehandler. Særlig på mindre steder hvor saksbehandler kanskje kjenner søker. Vurdere å bytte saksmapper med nabokommuner hvis søker ønsker det. For unyansert regelverk – fanger ikke opp alle forhold.

*Særlige kvinnelivsforhold:* Tidligere omsorgsarbeid i hjemmet må gi rettigheter til trygdeytelsere når man ønsker seg ut i arbeidslivet. Alternative trygdeytelser, for eksempel husmorvikar trengs – må ikke slukes av andre gode formål, slik det fort skjer når ytelsen kommer på kommunalt nivå inn i trange budsjetter.

*Generelle forhold som rammer mange kvinner:* Trengs en overgangsstønad i perioden mellom attføring og innvilget uføretrygd. Se på saksbehandlingens lengde i ankesaker. Se på opptjeningstid for fulle pensjonsrettigheter med hensyn til aldersforskjeller – spennet er stort.

*Kritikk av at trygd oppfattes som sluttresultat;* ikke la innvilget trygd bli sovepute for primærlegen – pasienten trenger oppfølging. Livskvalitetsoppfølging etter trygd. Noen holdninger «du har jo fått trygd – det får holde».

## **5 Årsaker til kroniske smerter – forebygging**

---

*Anbefalinger:*

- Nye og allerede foreliggende forskningsresultater skal frem til aktuelle mottakere på en forståelig måte.
- Øremerke forskningsmidler til å utrede årsakssammenhenger mellom kvinners muskelplager og effektivisering av arbeidsplasser, roller og omsorgsfunksjoner både hjemme og på jobb.
- Myndighetene må begrense legemiddelfirmaenes makt over forskningsinnretningen og dreie i denne retningen.
- La bedriftshelsetjenesten være et reelt verktøy for forebyggende arbeid og kartlegging av årsakssammenhenger. Hvis politikerne virkelig vil gjøre noe med dette, så ligger det her mange ubrukte/utnyttede ressurser.

*Stikkord fra gruppearbeid:*

*Mer forskning:* Forske slik at det «diffuse» blir mer konkret. Se på samfunnsstruktur, roller, krav til den enkelte, hva betyr det for eksempel å være eneforsørger. Vil den økte effektiviseringen i samfunnet føre til økte belastninger og flere plager? Omsorgsfunksjoner, plass til medmenneskelighet. Graviditet – er det en årsak, starter mange plager i den perioden? Arv?

*Få forskningen brukt:* Forskning må formidles til og brukes i arbeidslivet – og andre arenaer.

*Årsaker og tiltak i arbeidslivet:* Tunge løft, arbeidsstillinger, sosial status i bedriften – mange kvinner har jobber hvor de står til tjeneste for andre, inneklima, ventilasjon, fagforening. Bruk bedriftshelsetjeneste og arbeidsmiljøutvalg, fleksible arbeidsordninger, bedre tilrettelegging. Opplæring og videreutvikling for eldre arbeidstakere.

## Vedlegg 6

# Om idrett og fysisk aktivitet

*Liv Berit Augestad, NTNU, Trondheim*

### *Introduksjon.*

Denne delutredningen er i hovedsak basert på forskning hvor norske kvinner er forskningsobjekter. Arbeidet dekker ikke hele spekteret relatert til kvinners helse og fysisk aktivitet, men et utvalg av temaer. Temaet idrettskader er ikke utdypet særskilt i denne delutredningen, tross for områdets viktighet innen idrettsmedisinen. De gitte rammene har også begrenset omfang og dybde av fagstoffet.

## **1 Fysisk aktivitet og helse**

---

Kvinner som regelmessig driver fysisk aktivitet kan oppnå en sykdomsforebyggende og helsefremmende effekt (Bouchard, Shepard & Stephens, 1994). Mosjon kan bidra i forebygging og behandling av blant annet hjerte-kar-lidelser, diabetes type 2, colon-cancer, osteoporose, trekk-angst og depresjon (Pate et al, 1995; Martinsen, 1990). Det er også holdepunkter for at mosjon styrker selvbildet og øker mestringsevnen (Koff & Baumann, 1997).

Det er konsensus angående sammenhengen mellom fysisk aktivitet og fysisk yteevne (fitness). Forskningsdokumentasjonen relatert til norske kvinner, fysisk aktivitet og betydningen for helse er mer mangelfull, da økt fysisk yteevne ikke er ensbetydende med bedret helsetilstand. I tillegg er det diskusjon om dose-respons spørsmålet, da økt intensitet og mengde i treningen ikke nødvendigvis gir større helseeffekt. Vi har på dette fagområdet i dag få publiserte studier som har et prospektivt longitudinelt forskningsdesign.

Kjønn, alder og helsetilstand har betydning for valg av aktivitet og treningsmengde. Variasjon og allsidighet er viktig. Uheldige helsepåvirkninger fra trening er i dag sterkere i fokus. Dette inkluderer forhold som blant annet; akutte skader, belastningsslidelser, utvikling av spiseforstyrrelser, EIA (exercise induced asthma), endokrine forstyrrelser, osteoporose (toppidrettskvinner i fertil alder) og doping. Det er grunn til å anta at kvinner og menn har ulik helserisiko relatert til deltakelse i toppidrett (Bouchard, Shepard & Stephens, 1994).

Fysisk aktivitet kan defineres som enhver kroppslig bevegelse skapt av skjelettmuskelatur som resulterer i bruk av energi (Bouchard, Shepard & Stephens, 1994). Det blir ofte skilt mellom fysisk aktivitet og idrett. Fysisk aktivitet kan sees i sammenheng med gjøremål i dagligliv og arbeid, og som fritidsaktiviteter der personen gjør et målbevisst valg etter eget ønske. Organiserte aktiviteter som blir arrangert i regi av bla Norges Idrettsforbund, og som kan ha et konkurranseaspekt, er i Norge ofte definert som sport eller idrett.

Selve konkurranseaspektet gir mange en indre drivkraft, og motivasjon til videre trening. Kvinner skiller seg fra menn i denne sammenhengen (Kjeldsberg, 1998). Kvinner målsetter med deltakelse er i større grad å ta vare på helsen og utvikle en ønsket kroppsstørrelse. De deltar mer i mosjonsaktiviteter/ fysisk aktivitet enn idrett, og lar seg ikke underholde av idretten på

samme måte som menn. Kvinner synes å være mindre opptatt av idrett som del av den globale underholdningsindustrien. Kvinneidretten har mindre omtale i media enn mannsidretten, noe som også kan være årsak til kjønnes ulike interesser og engasjement i idrett (Kjønn i media, 1996).

Det blir hevdet at variert regelmessig moderat fysisk aktivitet synes å være gunstig for kvinners allmennhelse, og det er relativt liten aktivitet som skal til for å oppnå helsegevinst (National Institute of Health, 1996). For 10–15 år siden var det jogging som ble anbefalt, og da helst trening tre ganger i uken i minst 30 minutter. I et tempo på mer enn 50% av maksimal ytelse, dvs over svettegrensen. Epidemiologiske studier konkluderer med at dette kravet er strengere enn nødvendig, og hevder at man kan få det meste av helsegevinsten ved å gå. Nå anbefales en daglig tur på minst 30 minutter i rask gange (Pate m.fl 1995). Her skiller det ikke mellom kjønnene.

Kvinner kan ved fysisk trening bedre/ opprettholde sin utholdenhet, koordinasjonsevne, muskelstyrke og bevegelighet. Men vi har begrenset forskningsdokumentasjon når det gjelder gunstig oksygenopptak, muskelstyrke eller leddbevegelighet for å ivareta en god helse hos kvinner i ulike aldre.

De psykologiske effektene ved deltakelse også kan være helsebringende. Dette kan sees i lys av blant annet bedret nettverk, sosial kontakt, adspredelse, trivsel, humor og glede. Når det gjelder deltakelse i fysisk aktivitet og idrettsarrangementer synes de psykologiske og sosiale faktorene å være mer viktige for kvinner enn menn (feks. Grete Waitz løpet i Oslo).

Det bør også nevnes at dagens forskning i økende grad er opptatt av kvinners inaktivitet relatert til helse. Fysisk inaktivitet forsterker aldringsprosessen, og har fått status som en av fire risikofaktorer, ved siden av røyking, høyt kolesterolnivå og høyt blodtrykk. Det er grunn til å tro at det oppnås en stor helsemessig gevinst dersom den inaktive del av befolkningen begynner med litt mosjon, da blant annet sammensetningen av blodfett og sukkeromsetningen endres på en positiv måte (Sandvik, 1996).

### *Måling av fysisk aktivitet og helse Hvordan kan fysisk aktivitet og fysiske ferdigheter måles?*

I hvor stor grad er norske kvinner fysisk aktive? Hvordan kan fysisk aktivitet og kvinnehelse måles? Kan «positiv helse» måles? Disse spørsmålene krever metodologiske avklaringer. Her vil det være ulike tilnærminger etter faglig tilhørighet og valg av studiedesign.

Undersøkelsen utvalg er viktig. Enkelte studier har målinger på underrepresenterte grupper av befolkningen, da det er fraksjoner som ikke er inkludert, og generaliserbarheten synker. I tverrsnittundersøkelser vil prevalens av en sykdom eller lidelse måles. Prospektive longitudinelle studier på større befolkningsgrupper er ofte å foretrekke, da insidens rate av sykdom / lidelse kan måles. Undersøkelsen påliteligheten blir da styrket. Randomiserte, kontrollerte studier regnes som gullstandarden i evalueringssammenheng, fordi faren for systematiske feil reduseres. Det er også viktig at undersøkelsen blir designet slik at målinger kan sammenliknes over landegrensene.

Måling av fysisk aktivitet er forbundet med en viss usikkerhet, og sammenligninger mellom ulike undersøkelser kan derfor være vanskelig. Det styrker undersøkelsen dersom de er basert på populasjonsbaserte data. Fysisk aktivitet kan måles ved f.eks. spørreskjema om adferd, dagbøker, mekaniske og elektroniske mål, adferdsobservasjon eller ved kalorimetri, kosthold, maksimalt oksygenopptak, maksimalt eller submaksimalt

arbeidskapasitet, pulsfrekvens, BT, underhudsfett, fettstoffer i blodet eller tid brukt til å gå/løpe en gitt distanse. I enkelte tilfeller blir også yrke (arbeidsklassifikasjon) brukt, for å gi et bilde av individets fysiske aktivitet i arbeidstiden.

Spørreskjema er et alternativt måleinstrument. Spørsmålene som er benyttet i flere norske epidemiologiske undersøkelser gir et visst bilde av befolkningsgruppers fysiske aktivitet. Det er viktig at spørsmålene som stilles er relevante, konsise og klargjørende for problemstillingene. Epidemiologer anvender ofte i sine analyser grove grupperinger som; «trener mye, trener litt, trener lite eller trener ikke i det hele tatt». Resultatene vil gi et bilde av deltakelse i fysiske aktivitet på målingstidspunktet.

Et annet spørsmål er om kvinners deltakelse i fysisk aktivitet er konstant over år. Det er få kvinner på mosjonsnivå som skriver dagbøker som angir type aktivitet, treningsintensitet og mengde, noe som kan styrke måleinstrumentets holdbarhet. Det vil også være av betydning i hvilken livsfase kvinner er i. En travel periode med små barn vil gi et annet livsmønster enn et liv uavhengig av omsorgsoppgaver i tillegg til arbeid / studier.

Er en kvinner som leker med sine barn i fysisk aktivitet? Er hagearbeid en fysisk aktivitet? Hva med kvinner som har et arbeide som krever fysisk aktivitet? Dersom en kvinne sykler eller går til arbeid, vil hun definere dette som fysisk aktivitet i fritiden? Hva vil disse kvinnene svare på et eventuelt spørsmål om egentrening? Hjort m.fl. (1996) hevder at vi sannsynligvis tror vi mosjonerer mer enn hva vi egentlig gjør. Det kan derfor være forskningsmessig relevant å vurdere andre alternativer for å gi et bilde av kvinners deltakelse i fysisk aktivitet. Det er et diskusjonsspørsmål om fysiologiske/ medisinske målinger vil gi mer holdbare data relatert til deltakelse i fysisk aktivitet enn spørreskjema, da de i videre forstand måler effekten av aktiviteten. Forskningsprosjektene design begrenses ofte av tid- og ressurs tilgang.

Et annet spørsmål er hvordan helse måles. I forskningen blir dette operasjonalisert på ulike måter, og tradisjonelle målinger kan være sykdom (diagnose), sykehusinnleggelse, bruk av helsetjenester, medisinforsbruk, røykeadferd, mortalitet og levetid. Journaldata og registerdata kan gi grunnlag for større befolkningsundersøkelser, men det vil alltid være grunn til å vurdere undersøkelsenes reliabilitet og validitet.

## **2 Deltakelse i fysisk aktivitet**

---

Andelen moderat fysisk aktive i fritiden synes å ha vært stigende i løpet av 1980-tallet. Tendensen er den samme i 1990-årene (Blair, Kohl & Gordon, 1990, Ommundesen & Aarø, 1994). I FAFO-rapporten fra 1988 viste resultatene at 40 % av befolkningen drev regelmessig fysisk aktivitet. Definisjonen av fysisk aktivitet var her deltakelse i trening, mosjon eller idrett regelmessig minst en gang hver fjortende dag (Dølvik, Danielsen & Hernes, 1988).

Det største frafallet for kvinner var i tidlig voksen alder, og hos menn noe senere (i 20–30 års-alderen). Den kritiske fasen for frafall relatert til idrettsdeltakelse, var for mange ungdomstiden. I aldersgruppen 20–29 år var det derimot store forskjeller på aktivitetsnivået blant kvinner og menn som hadde omsorg for barn. Her viste undersøkelsen at bare av kvinnene med barn var regelmessig aktive, mot halvparten av mennene. Samliv, barneomsorg, studier og etablering i arbeidslivet syntes å påvirke deltakelsen. I aldersgruppen 30–39 år var andelen aktive 37 prosent blant de med barn, og 50 prosent blant

de barnløse. Forskjellen mellom kvinner og menn var liten. Andelen aktive syntes å avta noe mot alderdommen. I aldersgruppen 50–69 år var 34% regelmessig aktive, og flere menn enn kvinner.

I 1996 hadde Norges Idrettsforbund 430 734 kvinnelige medlemmer over 17 år, mot 771 976 menn i samme aldersgruppe (NIF, 1997). Totalt hadde NIF 1746 080 medlemmer i 1996. Statistikken viser ikke antall personer, men antall medlemskap. Dette medfører at enkelte personer kan være registrert flere ganger. Halvparten av medlemsmassen var barn og ungdom.

Spørsmålet er om norske kvinner trener i tilslutning til idrettslag.

I Sør-Trøndelag fylke var 22 658 kvinner og 37 250 menn over 17 år medlemmer i NIF (1996). I Trondheim, en by på ca. 150 000 mennesker, hadde ca 8500 kvinner i aldersgruppen 18 til 50 år kjøpt medlemskap på et av byens 6 helsestudioer i 1997, dette var tre ganger hyppigere enn blant mennene. Gjennomsnittsalderen var for begge kjønn ca. 30 år. Det er derimot få kvinner og menn over 50 år som deltok (ca 5%), men her var det forholdsvis likt mellom kjønnene. Treningsstudio-kjeden SATS rapporterer om 95000 medlemmer fordelt på 47 sentre i hele landet, hvorav 60% er kvinner og 40% er menn (gjennomsnittsalder 31 år).

Verken den organiserte idretten eller de kommersielle treningssentrene synes å ha tilbud som appellerer/ dekker behovene til de over 50 år. Det er verdt å merke seg at gruppen som deltar i uorganiserte idrett (ikke medlem av NIF) og private treningstilbud synes å øke.

Det er fortsatt en stor andel av befolkningen som kan karakteriseres som fysisk inaktive. Statens Helseundersøkelser gjorde en undersøkelse om mosjonsvaner i Hedmark fylke i 1994, knyttet til hjerte-karundersøkelsen (Karlsen og Ommundsen, 1997). Tilsammen 2313 kvinner og 2097 menn i alderen 40–42 år deltok, 25% rapporterte å være fysisk inaktive. Mange opplevde fysisk aktivitet som kjedelig og tidkrevende. Det var signifikant flere kvinner enn menn som mente de trengte barnepass for å delta, det kan derfor være grunn til å bygge opp sosiale nettverk for å tilrettelegge gode tilbud for kvinner.

I en undersøkelse angående mosjonsvaner i Nord-Trøndelag deltok 61 732 voksne (Mære et. al, 1991). Resultatene viste at 15% av kvinnene og 14% av mennene var inaktive. Dersom intensiteten, frekvensen og mengde av treningen ble inkludert for å stille krav om at mosjonen skulle ha en forebyggende og vedlikeholde effekt på hjerte og kretsløp, ble resultatet 65% inaktive. Forskerne konkluderte at det er viktig å vite mer om hvem som er aktiv og inaktive, først da kan man finne hensiktsmessige metoder for iverksetting og gjennomføring av intervensjon. Definisjon av aktive/ inaktive synes også uklar.

Kvinnens tilbøyelighet til å være fysisk aktive kan være genetisk betinget, selvom sosiokulturelle faktorer er påstått å ha en viktigere rolle for adferden enn de genetiske faktorene (Pêrusse et.al., 1989).

### **3 Fysisk aktivitet, selvpfattelse og livskvalitet**

---

Det finnes ikke noe enkelt svar på hvilke sosiale og personlig forutsetninger som gir høy livskvalitet. Likevel stilles vi daglig overfor avgjørelser som er av betydning for betingelsene for et godt liv. Det gjelder personlige livsvalg, og avgjørelser som angår våre nærmeste og vårt nærmiljø forøvrig. I Norge er det grunn til å anta at det er en sammenheng mellom levekår, helse og livskvalitet (Mastekaasa m.fl., 1988).

Fysisk aktivitet kan på den ene siden bidra til spenning og utfordringer, og på den andre siden til avspenning og ro. Personlighet, utfoldelse og valg av aktivitet er avgjørende for opplevelsen. Friheten til valg er en del av det gode liv, da selvkontrollen blir styrket. Fysisk aktivitet kan være åpen og eksperimenterende i form og innhold, noe som kan påvirke positivt for individets opplevelse av verdi og muligheter for medbestemmelse (Breivik, 1997). Noen foretrekker derimot fysisk aktivitet i gjentatte faste rutiner for å oppleve nytelse og velvære. Personlighetstrekk og tidligere erfaringer synes å påvirke valg av aktivitet. Skal fysisk aktivitet bidra til å øke kvinnens livskvalitet er det vesentlig at kvinnen selv opplever deltakelsen som positiv og en berikelse for eget liv. God livskvalitet innebærer også å tilfredsstille den enkeltes behov og lengsler, og at vi trives og finner glede med hverdagen.

Selvoppfattelsen vil da være en faktor av betydning for livskvalitet. En kvinnens selvutvikling har betydning for hvordan hun kan mestre oppgaver eller takle utfordringer. Hvordan en kvinne evaluerer seg selv, kan sees som en viktig indikator for både livskvalitet og mental helse. En god selvevaluering gir en større grad av tilfredshet. Dårlig selvevaluering kan forbindes med uro, utrygghet og vansker relatert til sosiale og emosjonelle situasjoner.

Den totale selvoppfattelsen og selvaksepteringen er et produkt av de underliggende forholdene. Harter (1985) definerer selvet som en erfaringsprosess som oppfatter individets følelser, minne, begreps-avklaringer, tenking og mestring. En prosess som stadig er i endring på bakgrunn av erfaringer i livet. Selvoppfatning er med andre ord et resultat av samspillet mellom individ og miljø.

På ulike subområder kan kvinner ha relativt sprikende oppfattelse, noe som virker inn på den totale selvaktelsen. Subområder kan være relatert til det sosiale liv, følelseslivet, kroppen eller til fysisk funksjonsnivå (Shalvelson m.fl., 1976). Suksess eller inkompetanse kan virke inn på ulike aspekter under hvert subområde. Den globale selvoppfattelsen danner toppen av hierarkiet, mens fysisk selvaktelse figurerer som et underområde. Under fysisk selvaktelse kan ferdigheter i fysiske aktiviteter eller kroppens utseende (kroppsbilde) være av betydning. Kroppsoppfattelse kan sees på som en identifiserbar og separat del av selvoppfattelsen.

Selvbilde utvikler seg i kontinuerlig og i interaksjon med andre mennesker. Utvikling av selvstendighet er en viktig del av selvoppfatningen. De forventninger vi stiller til kvinnens prestasjon kan ha betydning for kvinnens deltakelse i fysisk aktivitet. Harter (1983) hevder at nøkkelen til en positiv selvoppfatning ligger i det å ha en følelse av å kunne påvirke og kontrollere seg selv og sin egen utvikling, og med det sin egen livssituasjon og framtid.

Med tanke på hva som kan påvirke mestringsevnen er det i følge Bandura (1977, 1986) informasjon fra tidligere prestasjonserfaringer, vikarierende erfaringer, verbal overbevisning og aktiveringsnivået, fysiologiske forutsetninger og den kognitive bearbeidelsen som er viktig. Bandura mener at prestasjonserfaring er den viktigste kilde til påvirkning av mestringsevnen fordi den inneholder et mestringsaspekt og dermed gir personen informasjon gjennom erfaring av egen mestring.

Mestringsforventning, eller kvinnens tiltro til egne ferdigheter, er viktig med tanke på individets motivasjon i situasjonsspesifikk adferd. Mestringsforventning bestemmes av evnen til å oppnå ferdigheter relatert til adferd og kognisjon, samt sosiale ferdigheter. Kvinner som tviler på egen kapasitet er raske til å stoppe en aktivitet hvis de mislykkes i de første forsøk. Dersom kvinnen er innforstått med at en spesifikk adferd vil føre til et bestemt resultat, men

ikke har noen tro på at man vil klare å gjennomføre det, så vil ikke personen gjøre forsøk på en slik adferd. Har imidlertid kvinnen tro på at hun mestrer den adferden som skal til for å nå resultatet, så er det stor sannsynlighet for at hun gjør et forsøk og får et positivt resultat. Fysisk aktivitet og lek kan i seg selv skape samhandling og glede, men kan også på ulike måter brukes som middel for å oppnå en god livskvalitet.

Mennesket er et lekende vesen. Leken tar ulike former i ulike kulturer og kan utøves via teater, dans, drama, spill, friluftsliv og idrett. Kvinner og menn kan oppleve en lykkefølelse ved deltakelse. Som voksne utvikler vi modeller som vi sannsynligvis har lært i barneårene. Men voksne vektlegger mer nytelse, egoisme og selvdyrkelse (narsissisme). Som kvinner gjør vi ofte anstrengelser for å ivareta og styrke eget selvilde for å opprettholde kontroll over eget liv. Fysisk aktivitet og fysisk yteevne kan virke inn på egenvurdering av kroppslig kompetanse. Dette vil igjen kunne innvirke på personenes totale selvoppfattelse, og evne til å gjøre valg som er til glede for den enkeltes liv.

#### **4 Fysisk aktivitet i behandling av sykdom**

---

##### *Helse, Sykefravær og fysisk aktivitet*

Det er en klar sammenheng mellom helse og sykefravær. Syke mennesker er mer borte fra arbeidet enn friske. Bruusgaard (1998) kommenterer at fysisk trening er blitt lansert som en universalmetode for å forebygge sykefravær og til å behandle lidelser som tradisjonelt gir stort sykefravær, ikke minst muskel- og skjelettplager.

Metoden er blitt oppfattet som så lovende at enkelte arbeidsgivere har tillatt trening i arbeidstiden for å få en friskere arbeidsstokk, minske fraværet og øke produktiviteten (Bruusgaard, 1997). Alvestad og medarbeidere (1998) foretok en litteraturgjennomgang av randomiserte prosjekter de siste 15 årene der trening i arbeidstiden er introdusert for å redusere sykefraværet. Resultatene var nedslående. Selv entusiastiske tiltak hadde knapt påviselig effekt på sykefraværet, og det var ingen dokumentert kjønnsforskjell. Spørsmålet er imidlertid hvorvidt effektmålene er riktige. Undersøkelsene indikerer at for å oppnå nedgang i sykefraværet må fysisk trening enten rette seg mot grupper med spesielle behov, eller være en del av mer helhetlig forebyggingsstrategi. Det vil være avgjørende hvorvidt tidligere passive arbeidstakere fortsetter fysisk aktivitet etter prosjektenes slutt. Målet med trening må være varig forandring av adferd, slik at fysisk aktivitet blir en del av hver enkeltes liv.

Forskning har vist at de som allerede er fysisk aktive i fritiden vil stille seg positive til deltakelse i prosjekter hvor aktivitet er en del av intervensjonen. Egen motivasjon er viktig for å oppnå positive resultater. Det er liten grunn til å tro at fysisk trening har effekt på fravær som skyldes svangerskapspermisjon, barns sykdom eller feks. infeksjoner. Her er det også viktig å huske at fysisk aktivitet også kan påføre befolkningen muskel-skjelettskader. Det er dokumentert at kvinner som plages med udifferensierte muskelskjelett plager vil oppleve en smertereduksjon ved fysisk trening. Det er derimot ikke dokumentert at disse endringene har noen sammenheng med økning i oksygen-transport (Oldervoll, 1998). Derimot kan kvinner som har sykefravær grunnet menstruasjonsmerter ha positiv effekt av regelmessig fysisk trening (Augestad, 1985). Mer fysisk aktive kvinner har ofte mindre menstruasjonsblødninger og de er mindre plaget av dysmenorrea.

Mange arbeidsplasser medfører monotont eller fysisk hardt arbeid, begge deler kan være uheldig. Tiltross for at fysisk trening kan virke positivt på en del faktorer, kan det på mange arbeidsplasser være vel så gunstig med å bedre det psykososiale miljøet (Augestad, 1994). Psykisk stress kan gi uheldige kroppslige bivirkninger.

### *Kroppstørrelse og fysisk aktivitet*

Kroppstørrelse blir i noen tilfeller foretrukket for å gi et bilde av helsetilstand, da gjerne målt i Body Mass Index (BMI= vekten/ høyde x høyde). Det er ofte vanlig å definere kvinner som undervektig med BMI under 21 og moderat overvektige med BMI over 28, mens BMI over 32 blir definert som alvorlig overvektige. Genotype og livsstil vil ha være viktige komponenter. Hva sier egentlig BMI? Kvinner som trener mye utholdenhetstrening har ofte et lav BMI. Kvinner som trener mye styrketrening kan ha et høy BMI. Mens kvinner som ikke trener i det hele tatt kan ha et normalt BMI, men ha en høy prosent av underhudsfett. Vil da målinger av fettsammensetninger i blodet kunne gi et mer hensiktsmessig bilde relatert til kvinner, trening og helse?

En annen metode for å gi et bilde av kroppstørrelse er forholdstallet mellom midje (cm) og hofta (cm). Ulike kroppstyper kan kreve ulike treningsprogram for å oppnå ønsket helseeffekt. Kroppskomposisjon og fettfordelingen på kroppen synes å ha en innvirkning på forekomst visse sykdommer.

Utholdenhetstrening kan øke kapilær tettheten i skjelettmusklene. Enzymet lipoproteinase er lokalisert i kapilærveggene, og har potensiale til å overføre triglyserider til HDL og fri fettsyrer, denne frigjøringen i plasma vil dermed kunne øke HDL fraksjonen.

Thune (1997) studier fra Nord-Norge viste at det for begge kjønn var en dose-respons forhold mellom serum-lipid, BMI og fysisk aktivitet etter å ha justert for potensielle confoundere. Kvinner som rapporterte å delta i regelmessig fysisk aktivitet hadde sammenliknet med inaktive kvinner, en lavere konsentrasjon av Total-C (5.70mm ol/l vs 5.90mm ol/l), triglycerider (1.03 mmol/ vs 1.18 mmol/l), total C:HDL-C ratio på 7.5% og BMI (23.1 kg/m vs 23.6 kg/m), og høyere HDL-C konsentrasjon (1.73mmol/l vs 1.66 mmol/l). En økning i fysisk aktivitet i fritiden over en 7 års periode bedret metaboliske profiler, mens et fall i aktivitet forverret situasjonen for begge kjønn. En økning av fysisk aktivitet hvor inaktive blir mer aktive, bedrer den metaboliske risiko profil for begge kjønn. Thune hevder at de forskjellene som ble observert er tilstrekkelig store til å ha en fordelaktig effekt på risikoen til spesielle kroniske sykdommer.

### *Overvekt og fysisk aktivitet*

Fedme er en tilstand hvor mengde kroppsfett er øket, grunnet et misforhold mellom energi inntak og energi forbruk. Ved fysisk aktivitet kan energiforbruk og kroppskomposisjon endres. Fysisk aktivitet vil være en viktig faktor i forståelsen, utviklingen og behandlingen av fedme. Men det er i dag manglende bevis for at lavt nivå av fysisk aktivitet er årsaken til fedme hos kvinner, eller medansvarlig for opprettholdelse av fedme.

Det er en sterk korrelasjon mellom maksimalt oksygen opptak og fettprosent, og en mild korrelasjon mellom maksimalt oksygen opptak og fettfri-masse (FFM). Forbruk av energi inkluderer komponenter som bestemmes av basal stoffskifte, termisk effekt og nivå av fysisk aktivitet. De overvektige er



vanligvis mindre aktive enn de slanke. Basalmetabolismen er relatert til kroppsmasse, spesielt den fett frie massen. Siden kroppsmasse og fettmasse er større hos de overvektige, bruker de overvektige mer energi ved hvile enn de slanke.

Overvektige eller ikke overvektige kvinner synes å ha den samme adaptasjonen med hensyn til muskelskjelettvev ved trening. Øket aktivitet gir vanligvis mindre kroppsfett. Aktiviteten virker inn på lipoproteinene, som igjen vil endre ratioen HDL og LDL. Men det trengs flere studier for å dokumentere effekten av trening på forskjellige typer av overvektige, da det viser seg at det er forskjeller i fett tap. Hva er det som begrenser størrelsen på fettcellen? Hvordan kan fysisk aktivitet bli brukt i behandlingen av fedme?

Forsknings resultater konkluderer med at fysisk aktivitet kombinert med matrestriksjoner gir best resultat for å oppnå vektreduksjon. Fra tilgjengelig data er det ingen sterk grunn til å konkludere at effekten av fysisk aktivitet alene er tilstrekkelig for vektreduksjon. Fysisk aktivitet alene gir små endringer, men kan gi en reduksjon i kroppsfett og en liten økning i FFM. Den spesifikke responsen synes avhengig av alder, kjønn, type- varighet- og intensitet av aktiviteten. Det vil også være en forskjell på vekt bærende og ikke vekt bærende aktiviteter. Det er lite forskning på fedme og bruk av styrketrening som treningsmetode. Det synes lettere å redusere kroppsvikt hos menn enn kvinner (Bjorntorp, 1989). Hvorfor kan det være vanskeligere å oppnå vektreduksjon hos kvinner enn menn?

Fysisk aktivitet er en av få faktorer som korrelerer med suksess i forhold til å opprettholde et tap i kroppsvikt. Det er vanskelig å vite årsaken til dette. Kan det være den fysiske aktiviteten i seg selv, eller ligger forklaringene i at individene har lært seg å spise/ leve annerledes? Forandringer skapt av fysisk aktivitet er raskt reversible dersom aktiviteten stopper opp. En del av uklarhetene på dette forskningsområdet kan ligge i målemetoder, og i sammenligning av de overvektige med ikke-overvektige personer. Det er vanskelig å endre vekt, og de langsiktige behandlingsresultatene er nedslående både for kvinner og menn.

### *Hjertekarlidelser og fysisk aktivitet*

En rekke risikofaktorer for utvikling av hjertekarsykdommer er kjent. Det er vist at ved påvirkning av disse faktorene kan mortaliteten og morbiditeten av slike lidelser reduseres (Bønaa & Arnesen, 1992). En av risikofaktorene er lav fysisk aktivitet.

Etter langvarig regelmessig utholdenhetstrening faller hjertefrekvensen i hvile og på gitte arbeidsbelastninger. Fallet i hjertefrekvens skyldes antakelig en økt parasympatisk aktivitet. Det maksimale slagvolumet øker som følge av et større hjertekammer og en økt fyllingsperiode. Hjertets muskelmasse øker også. Hjertets energiomsetning er i stor grad avhengig av hjertefrekvensen og blodtrykket, det er mindre avhengig av det faktiske arbeidet som utføres. Når slagvolumet øker, øker det utførte arbeidet uten at energiomsetningen øker, noe som betyr at hjertet arbeider mer økonomisk. Utholdenhetstrening øker også karsengens hydrauliske ledningsevne (nedsatt motstand).

Konsentrasjonen av lipoproteiner i plasma endres ved at LDL og VLDL blir lavere, mens HDL blir høyere. Fysisk aktivitet synes å ha en gunstig effekt på koagulasjon, fibrinolyse og blodtrykket. I tillegg opplever mange positive virkninger fra fysisk aktivitet med hensyn til appetitt regulering og søvn.

Løchen (1995) fant at røyking var en meget sterk negativ prediktor for fysisk aktivitet i fritiden for kvinner, og fysisk aktivitet var negativt relatert til hjertefrekvens. Norske kvinner har som populasjon forholdsvis lavt nivå av fysisk aktivitet, i tillegg til andre risikofaktorer er det derfor viktig for norsk folkehelse strategi å fokusere spesielt på kvinner.

Hvorvidt det er forskjell på kjønn relatert til fysisk trening og hjertekardidelser er et mer uavklart spørsmål. I tillegg har vi problemet i enkelte epidemiologiske studier som påpeker at «fitness» er en mer kraftfull prediktor enn fysisk aktivitet. Det er antatt at den genetiske komponenten for fysisk yteevne (fitness) vil være minst 40% (Bouchard et al, 1986). Fysisk aktivitet være en av flere faktorer som kan påvirke det resterende. Forskningsresultater har vist at enkelte kvinner med koronarsykdom mosjonerer mer etter at diagnosen var stilt enn før. Det kan tyde på at det å være hjertesyk stimulerer til mer fysisk aktivitet hos motiverte (Thiss-Evensen, Hoff, & Johannesen 1997). God informasjon vil kunne gi trygghet, og styrke gleden av å være fysisk aktiv.

Relatert til fysisk aktivitet og helse er det viktig å huske på at treningen må være en livsstilskomponent gjennom hele livet, det holder ikke å ha vært i god form i ungdommen. Relatert til primær forebyggende arbeide er det i dag tilstrekkelig kunnskap til å hevde at kvinner og menn i alle aldersgrupper har nytte av et vist nivå av fysisk aktivitet.

### *Kreft og fysisk aktivitet*

Epidemiologiske studier har vist at fysisk aktive kvinner og menn har en lavere risiko for å utvikle colon-cancer enn ikke fysisk aktive kvinner og menn (Thune, 1997; Lee et al., 1991). Kvinner syntes å ha en beskyttende effekt av fysisk aktivitet uavhengig av alder, men hos menn viste resultatene at fysisk aktivitet var mer viktig hos de eldre for å redusere forekomsten. Mekanismene er mer uklare. Det diskuteres hvorvidt fysisk aktivitet virker gunstig på transittiden til inntatt føde, eller om livsstilfaktorer knyttet til fysisk aktive personer medfører at de har et sunnere kosthold, en gunstigere kroppsstørrelse og bedre levevaner enn mindre aktive.

Thune (1997) viser i sine studier at det er en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og lavere risiko for brystkreft. Studien viste at blant kvinner som mosjonerte regelmessig var reduksjonen i risiko for å få brystkreft større hos premenopausale kvinner enn hos postmenopausale kvinner, og større hos yngre kvinner enn eldre kvinner. I stratifiserte analyser var risikoen for brystkreft lavest blant tynne kvinner (BMI < 22.8) som trente minst fire timer per uke (RR=0.28, 95% CI=0.11–0.70). Risikoen ble også reduserte dersom kvinnene hadde høyere nivå av aktivitet på jobb, og igjen var det en mer tydelig effekt blant premenopausale enn postmenopausale kvinner.

Det er imidlertid ikke konsensus om sammenhengen mellom forekomst av brystkreft og fysisk aktivitet. Desto flere ovulatoriske menstruasjonsyklusler en kvinne har i løpet av livet sitt, desto høyere synes hennes risiko for brystkreft å være (Kvåle & Jacobsen, 1990). Kvinner som trener kan oppleve hormonell dysfunksjon, dette kan muligens forklare lavere risiko, men det råder sterk uenighet om dette er noe som helst fordelaktig for en helhetlig helsevurdering. Det er grunn til å anta at disse kvinnene kan oppleve fertilitetsproblemer, føde eventuelle barn sent og føde få barn. I tillegg omfatter diskusjonen blant annet treningens innhold, type, intensitet, mengde og i hvilke faser av livet kvinnen har vært fysisk aktive eller inaktive. Det er ikke dokumentasjon for om fysisk aktivitet kan forhindre utviklingen av brystkreft, men

aktivitet kan muligens gi enkelte kvinner bedre livskvalitet. Antropometriske målinger som høyde, vekt og BMI har i mange studier blitt brukt som biomarkører for kaloriinntak, og forskning har vist at økede verdier har gitt økt risiko for brystkreft hos mennesker (Vatten & Kvinnsland, 1990).

Fysisk aktivitet kan bedre lungefunksjonen, men hvorvidt dette har betydning for forekomsten av lungekreft er lite dokumentert. I Tromsøstudien var det ingen sammenheng mellom fysisk aktive kvinner og forekomst av lungekreft (Thune, 1997). Men blant menn som var aktive minst fire timer i uken viste resultatene en lavere risiko sammenlignet med menn som ikke trente (RR= 0.71, 95 % CI= 0.38–0.94). En mulig tolkning kan være at det var relativt få kvinner som hadde lungekreft i studien (51 kvinner mot 413 menn, alder 20 til 49 år, populasjon 81 516). I tillegg var målene for fysisk aktivitet grove. Det vil i framtiden være nyttig å studere effekten av røyking og deltakelse i fysisk aktivitet relatert til lungekreft.

### *Stress-inkontinens og fysisk aktivitet*

Urininkontinens eller manglende blærekontroll kan medføre sosiale, psykologiske og hygieniske problemer. Ufrivillig tap av blærekontroll er vanlig hos eldre, men kan forekomme i alle aldersgrupper. Årsakene kan være ulike. Undersøkelser viser at ca. 30% av alle norske kvinner lider av stressinkontinens (Bø, 1990). Dette er et problem som ikke bare rammer eldre, eller utrente kvinner som har født barn. Bøs undersøkelser viser også at kvinner som ikke har født barn kan være plaget med urininkontinens. Hun hevder at årsaken vanligvis skyldes dårlig bindevev i de strukturene som skal holde blære og urinrør på plass, og en svak og dårlig bekkenbunns-muskulatur. Selv om mange har tilstanden også før graviditet og fødsel, er det likevel ikke tvil om at vaginal fødsel medfører risiko for skade i muskulatur, bindevev og nerveforsyning. For en del kvinner kan dette føre til urinlekkasje. Spesielle øvelser for å styrke bekkenbunns-muskulaturen har også vist seg hensiktsmessig etter en fødsel (Mørkved og Bø, 1996).

Bekkenbunns-musklene skal støtte opp under urinrør, skjede og endetarm, og trekke seg sammen automatisk ved alle økninger i buktrykket. Musklene skal klemme sammen rundt urinrøret og hindre bevegelse nedover av blære og urinrør når vi feks. hoster, nyser, ler, løfter eller løper. Hvis disse musklene ikke reagerer raskt eller kraftig nok, får det større konsekvenser for livskvaliteten.

Bøs undersøkelser av norske kvinner viser at to tredjedeler av norske kvinner slutter å være fysisk aktive på grunn av urinlekkasje. Dersom man har urinlekkasje er mange kvinner engstelige for lukte og at det kan synes på tøyet.

Forskning har vist at ca. 60% av kvinner som trener opp bekkenbunns-musklene intensivt og under kyndig veiledning, kan bli helt bra etter seks måneder (Bø, Larsen Kvarstein, Hagen og Jørgensen, 1990). Resultatene viste at alle kvinnene så ut til å bli bedre, ingen ble verre. Etter fem års trening var 70 prosent fortsatt var fornøyd med resultatet, og kvinnene ønsket ikke annen behandling.

### *Osteoporose*

Primær forebygging bør være hovedmålet. Dersom lidelsen først er oppstått bør sekundær forebyggingen fokuseres på å senke risikoen for at brudd skal

oppstå. Relatert til fysisk aktivitet vil en bedring av balanse, koordinasjon og økt muskelstyrke være positivt. Dette kan i en viss utstrekning hindre fall og dermed risikoen for brudd. Grunnleggende sett er det to forhold som avgjør om det oppstår et brudd: styrken i beinet og energien beinet utsettes for. Er beinstrukturen strekt svekket kan brudd lettere oppstå. Eldre kvinner er i stor grad utsatt for hjemmeulykker, som kan ha sin årsak i generelt nedsatt helse og dårlig motrikk. Det grunn til å forske videre på effekten av bedret fysisk funksjonsevne, sett i sammenheng med kosthold og livskvalitet.

Kvinnens mindre fysisk aktive liv har i den vestlige verden blitt sett på som en av flere viktige faktorer i økende prevalens av osteoporose. Mc.Bean, For-gac & Finn (1994) konkluderte ut fra sin undersøkelse at hardere helhetstrening burde bli benyttet. Men det er verdt å merke seg at daglig gåturer kan virke positivt for å redusere raten av bentap, og synes å være en fordelaktig form for fysisk aktivitet for å opprettholde skjelleit integritet (Krall & Dawson-huges, 1994).

Magnus m. fl (1996) fant i sin norske undersøkelse på 1515 kvinner og menn at eldre kvinner vurderte gåturer som alternativ for å forebygge osteoporose, men de var mer mindre lyst til å trene mer intensivt. Yngre kvinner derimot var mer villig til å jogge for å forebygge lidelsen. Bosted og sivilstatus hadde ingen signifikant innflytelse på holdningene til deltakelse i fysisk aktivitet. Effekten av fysisk aktivitet og forebygging eller behandling av osteoporose trenger videre forskning.

## 5 Toppidrettskvinnens helse

---

Deltakelse i konkurranseidrett på høyt nivå kan skape mye glede og spenning. De aktive kan oppleve suksess og popularitet, etter mange år med trening og planlegging. I tillegg vil internasjonal deltakelse kunne gi muligheter til økt forståelse for verdenssamfunnet og et kontaktnett over landegrensene. Er toppidrett helsebringende?

Det er vesentlig å ha en nyansert perspektiv på mulig konsekvenser av deltakelse i toppidrett. Det er grunn til å spørre om kvinner som driver toppidrett ha en større risiko for å pådra seg uheldige helsekonsekvenser enn kvinner som trener mindre. Forskjellen mellom kjønnene er sammensatt og mer komplisert. For det første er det grunn til å fokusere på ulikheter relatert til anatomi og fysiologi, og for det andre er menn som driver toppidrett i større grad familiserte med egne barn enn toppidrettskvinner. Graviditet, fødsel og amming er kvinnens verden, og det er grunn til å anta at toppidrettskvinnene i større grad kommer i konflikt med kjønnsrollemønsteret enn toppidrettsmannen. Toppidrettskvinner har i tillegg en kjønnsidentitet som ligner mer på mannens identitet enn den vanlig norske kvinnen (Bjørge, 1998).

Organisasjonen innen Norsk idrett er mannsdominert. Trenere og medisinsk støtteapparat er gjerne menn. Kvinnens spesielle behov blir i mange tilfeller ivaretatt på menns premisser. Familieplanlegging og utdanning kan bli forskjøvet i tid, og enkelte kvinner kan få infertilitetsproblemer. Kvinner velger å delta i toppidrett. Fysisk hard trening fra tidlig pubertet, gjennom vekstfasene og i voksen alder kan medføre fysiologiske og psykologiske påvirkninger som medfører en helserisiko for kvinnen. De langsiktige helseeffektene er i dag mer uklare. Dagens toppidrettskvinner bruker tjenester fra helsevesenet mer enn den vanlige kvinnen i tilsvarende alder.

For enkelte toppidrettskvinner er det ikke lenger lystprinsippet som motiverer dem, men prestasjon, prestisje og økonomiske fordeler. Trening kan også bli en avhengighet som styrer den enkeltes hverdagsliv.

### *Fysisk aktivitet og endokrine påvirkninger*

Hard trening i tidlig pubertet kan føre til forsinket menarkealder. Hard fysisk trening og moderat fritidsaktivitet kan redusere østradiol og progesteron sekresjon, lengden på den luteale fasen kan reduseres, dette kan indusere anovulasjon og sekundær amenorrhea (Øian et.al, 1984). Det foreligger ingen undersøkelser i Norge om idrettskvinner har større risiko for uønsket barnløshet.

Det trenger også mer forskning relatert til prevensjon, fertilitet, svangerskap, fødsel og amming for idrettskvinnen. Er det grunn til å tro at en vel trent kvinne ha et lettere svangerskap og en mindre komplisert fødsel? Manglende forskning kan også være grunnet i etiske perspektiver og tillatelse til gjennomføring av spesielle prosjekter.

I enkelte tilfeller vil en kombinasjon av morsrollen og deltakelse i toppidrett være komplisert. Men det vil også være viktig for kvinnen å fokusere på barnet og oppvekstmiljø, ikke bare på egne idrettslige prestasjoner og konkurransedeltakelse.

### *Idrettsskader*

Det har vært vanskelig å finne gode norske studier relatert til kjønnsfordelt forekomst av idrettsskader. Flere studier teller antall skader innkommet på et sykehus eller legekontor uten å ta hensyn til å definere populasjon under risiko. Antall kvinner som for eksempel skader seg i fotball er uinteressant dersom man ikke vet hvor mange kvinner som spiller fotball, og hvor mange timer de er aktive.

Spørsmålet om norske kvinner har en annen idrettsskaderisiko enn menn er derfor vanskelig å utdype nærmere ut fra publiserte arbeider de siste årene. Langtidseffektene av idrettsskader er også et interessant forskningsområde i framtiden.

### *Spiseforstyrrelser*

Spiseforstyrrelse er en kvinnelidelse, 90–95% av de som rammes er jenter eller kvinner (Skårderud, 1994). Utviklingen av et normalt forhold til alvorlige spiseforstyrrelser er sammensatt. For å få kontroll over indre følelsesmessige konflikter, blir kvinnen etterhvert avhengig av å overspise eller sulte seg.

I Norge viser en undersøkelse foretatt av Gøttestam og Agras (1995) en forekomst av anoreksia nervosa (AN) på 0,4%, bulimia nervosa (BN) 1,6% og eating disorders not otherwise classified (EDNOS) 6,2%. I en undersøkelse foretatt i Sør-Trøndelag fylke viste resultatene av jenter i videregående skoler, som trente mer enn seks timer i uken, en forekomst på 9,8% SF (AN, BN, EDNOS). Sundgot-Borgen (1993) fant i sin undersøkelse blant norske kvinnelige eliteidrettsutøvere en forekomst på 18% (AN, BN og EDNOS). Kvinner som driver idrett på toppnivå har en høyere forekomst av SF. Resultater fra norske undersøkelser viser at timer trening pr. uke ikke synes å være den avgjørende faktor for forekomsten av forstyrret spiseadferd hverken for kvinner eller menn (Sæther, 1996, Kjelsås, 1998, Sandberg, 1998).

Forekomst av SF innen idretten er funnet å være høyere i idretter hvor det stilles krav til å være tynn og spesiell kroppsvekt. Dette gjelder spesielt estetiske og vektavhengige idretter. Høye skårer på personlighetstrekkene angst, fiendtlighet og lave skårer på sosialisering synes å predikere forekomst av SF (Sæther, 1996, Kjelsås, 1998).

Undersøkelser viser at SF og tvangspreget fysisk aktivitet kan identifiseres hos personer som har lav selvtillit og er under stress (Yates, 1983, 1991). Ved fravær av trening viser begge gruppene tegn på stress, angst og depresjon.

### *Treningsavhengighet*

Tvangspreget fysisk aktivitet (TFA) vil si at treningen blir prioritert til fordel for andre gjøremål, og utøveren mister kontrollen. Yates (1983) har foreslått at tvangspreget fysisk aktivitet er en analog til spiseforstyrrelsen Anoreksia nervosa. Andre ser på tvangspreget fysisk aktivitet som en egen psykisk forstyrrelse, eller at både anoreksi og tvangspreget fysisk aktivitet er varianter av obsessive-compulsive forstyrrelser (OC). Veale (1987) foreslo at treningsavhengighet burde bli klassifisert som «addiction» i DSM-IV. Det eksisterer i dag ingen etablert definisjon, eller fullstendige kriterier for å stille en diagnose. Det vil derfor være vesentlig å finne ut hvem som kan være sårbare for utvikling av TFA.

I primær tvangspreget fysisk aktivitet synes treningen å være et mål i seg selv, mens streng diett og vekttap blir brukt for å øke prestasjonen. Kvinner som overser fysiske skader og sykdom, er mer urolige, deprimerte og sinte synes å være mer utsatt for TFA. Spørsmålet er reist om TFA kan være en positiv avhengighet, men når adferden styrer individet er det grunn til å vurdere situasjonen nærmere. En norsk undersøkelse viser at det er en sammenheng mellom treningsavhengighet og forstyrret spiseadferd hos fysisk aktive kvinner (Kjelsås, 1998).

Det ser ut til å være generell enighet om at treningsdeprivasjon påvirker utøverens sinnsstemning og følelsen av velvære i negativ retning. Det er imidlertid gjort lite for å klarlegge årsakene til denne negative påvirkningen.

### *Overtrening*

TFA trenger ikke føre til overtrening. Overtrening skyldes en ubalanse mellom trening og hvile. Dette kan føre til redusert prestasjonsevne og utmatelse. Det er vanlig å skille mellom lett eller akutt overtrening og kronisk overtrening. Symptomene ved kronisk overtrening er blant annet økt hvilepuls, økt tretthet, forsinket restitusjon, søvnforstyrrelser, redusert appetitt, vekttap, uro, anspenhet, kronisk muskelstølheth, økt skadefrekvens og økt infeksjonsrisiko (Nilsson, 1987).

Kvinner som oppnår dårlige resultater i konkurranser bestemmer seg noen ganger for å øke treningsmengde og intensiteten på øktene. Kroppen får ikke tilstrekkelig restitusjon, og de kan lett komme inn i en ond sirkel. Forskningen på overtrening har først og fremst vært fokusert på fysiologiske virkninger, psykologiske mekanismer bør også prioriteres i den videre forskningen. Det er grunn til å anta at kvinner reagerer annerledes enn menn på enkelte komponenter relatert til overtrening, men vi har i dag manglende forskningsdokumentasjon på dette i Norge.

## 6 Kvinner fysisk aktivitet og helse. Utviklingsperspektiver og trender fremover

---

Fysisk aktivitet har i det siste tiåret fått styrket sin posisjon som betydningsfull faktor relatert til primær forebyggende helsearbeid, og i behandling av sykdom. Målet bør være å beholde en optimal god helse gjennom hele livet. Det er grunn til å anta at det norske samfunnet vil få en økende andel eldre kvinner i årene framover. Regelmessig fysisk aktivitet kan virke positivt på den fysiske yteevnen og styrke livsgleden.

Vi bør vakte oss for å redusere påvirkning av helseadferd til et produktivtetsfremmende tiltak til gunst for økonomisk vinning. Den enkeltes tilknytning til nærmiljøet vil være en viktig trivselfaktor. Bruusgaard (1998) skriver at man må imidlertid ikke se bort fra at mangel på dokumenterbar effekt av kompliserte sosiale eksperimenter også kan være et resultat av vitenskapens utilstrekkelighet.

Som alltid når det gjelder å fremme gode helsevaner, bør man begynne tidlig. Fysisk aktivitet bør ha en naturlig del i livet, et mål i seg selv til glede og trivsel i hverdagen. Men det er aldri for sent å endre sitt fysiske aktivitetsnivå, da en relativt liten endring etter lang tid med fysisk inaktivitet vil gi positive resultater (DeBusk, 1990). Effekt av fysisk trening kan forventes før etter relativt kort tid.

Utviklingen har ført til nye sofistikerte metoder og spesialutstyr, både relatert til trening generelt og innen idrettsforskningen. Den fysiske treningen vi anbefaler kvinnene i den norske befolkningen bør være dokumentert i bevis fra forskning, og det vil være innlysende at dokumentasjonen må baseres på prosjekter som har kvinner som forsøkspersoner.

Langtidseffekten av hard fysisk aktivitet er mer uklar. Vil deltakelse i toppidrett skape helseproblemer? Er kvinnene mer utsatt enn menn? Vil dagens toppidrettskvinner leve lengre og få en bedre helse i alderdommen enn kvinner som trener mindre? Svarene på disse spørsmålene vil først kunne få i framtiden.

### Referanser

Alvestad, B. et al. (1998) Har fysisk trening på arbeidsplassen effekt på sykefravær? Tidsskr. Nor. Lægef. 11, 1718–21.

Augestad, L.B. (1985) Age of menarche, menstrual pattern and use of oral contraceptives in sportswomen. Oslo, The Norwegian University of Sport and Physical Education.

Augestad, L.B. (1994) Psychosocial factors with relevance to a healthy working environment. Doctoral Thesis. Trondheim, Department of Psychology, University of Trondheim.

Bandura, A. (1986) Sosial Foundation of Human Thought and Action. A sosial Cognitive Theory. Englewood Cliffs, Prentice Hall, New York.

Bjorntorp, P. (1989) Sex differences in the regulation of energy balance with exercise. Am. J. Clin Nutr, 49, 958–961.

Blair, S.N., Kohl H.W., & Gordon N.F. (1990) How much physical activity is good for your health? Annu Rev Public Health, 13, 99–126.

Bouchard, C., Lesage, R., Lorte, G., Simoneau, J.A., Hamel P., Boulay, M.R. et al. (1986) Aerobic performance in brothers, dizygotic and monozygotic twins. Med Sci Sports Exerc, 18, 639–646.

Bouchard, C., Shepard, R.J. & Stephens, T. eds. (1994) *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement*. Human Kinetics Publishers, Champaign, IL.

Breivik, G. (1997) Frihet til å velge – uten grenser. Foredrag, Trondheim, Statens Idrettskonferanse.

Bruusgaard, D. (1997) Plagsomt for pasienten, vanskelig for hjelpeapparatet og dyrt for samfunnet. Rapport 5, Oslo, Seksjon for trygdemedisin.

Bruusgaard, D. (1998) Kan vi trene sykefraværet ned? *Tidsskrift Nor Lægeforen*, 11, 118.

Bø, K. (1990) Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence. Methodological studies and clinical results. Oslo, The Norwegian University of Sport and Physical Education.

Bø, K., Larsen, S., Kvarstein, B. & Hagen, R.H. (1990) Classification and characterization of responders to pelvic floor muscle exercise for female stress urinary incontinence. *Neurourol. Urodyn.* 9 (4), 395–397.

Bønaa, K.H. & Arnesen, E. (1992) Association between heart rate and atherogenic blood lipid fractions in a population. *Circulation*, 86, 394–405.

DeBusk, R.F. Training effects of long versus short bouts of exercise in healthy subjects. *Am J Cardiol* 65, 1010–1013.

Dølvik, J.E., Danielsen, Ø. & Hernes, G. (1988) Kluss i vekslings. *Fritid, idrett og organisering*. Oslo, FAFO/ STUI/ NIF.

Gutin, B. & Kaspar M.J. (1992) Can vigorous exercise play a role in osteoporosis prevention? *Osteoporosis Int.*, 2, 55–59.

Gøtestam, K.G. & Agras, W.S. (1995) General population-based epidemiologic study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 119–126.

Harter, S. (1985) Competence as a Dimension of Self-Evaluation. Towards a Comprehensive model of Self Worth. The development of the Self. Academy Press, New York.

Lee, I-Min., Paffenbarger, R.S. & Hsieh, C.C. (1991) Physical activity and risk of developing colorectal cancer among college alumni. *J. Natl Cancer Inst*, 83, 1324–1329.

Karlsen, K.B. & Ommundsen Y. (1997) Problems of the physically active? Results from a 40-year study at Hedmark County. *Tidsskr. Nor Lægeforen*, 117, 2790–2794.

Kjeldsberg, T. (1998) Norske toppidrettskvinner, personlighet og prestasjonsmotivasjon. En empirisk undersøkelse av 178 toppidrettskvinner i lagidrett og individuell idrett, sammenlignet med 390 fysisk aktive kvinner. Hovedfagsoppgave, Idrettsvitenskapelige Institutt, Trondheim, NTNU.

Kjelsås, E. (1998). Treningsavhengighet, sykkelig spiseadferd og personlighet. En empirisk undersøkelse blant 1221 fysisk aktive kvinner i Norge. Hovedfagsoppgave, Idrettsvitenskapelige Institutt, Trondheim, NTNU.

Kjønn i media (1996) Konferanse om utvikling i mediene i et kjønnsperspektiv. Oslo, Ligestillingsrådet.

Koff, E. & Baumann, C.L. (1997) Effects of wellness, fitness, and sport skills programs on body image and lifestyle behaviors. *Perceptual and Motor Skills*, 84, 555–62.

Krall, E.A. & Dawson-Hughes, B. (1994) Walking is related to bone density and rates of bone loss. *Am J Med*, 96, 20–26.

Kvåle, G. & Jacobsen, B.K. (1990) Risikofaktorer for brystkreft. Gir epidemiologiske funn grunnlag for primærforebyggende tiltak? *Tidsskr. Nor Lægeforening*, 110, 232–235.



Løchen, M.L. (1995) Arrhythmia, electrocardiographic signs, and physical activity in relation to coronary heart risk factors and disease. The Tromsø study. Doctorial Thesis. Institute of Community Medicine, University of Tromsø.

Magnus, J.H., Joakimsen, R.M., Berntsen, G.K., Tollan, A. & Sjøgaard A.J. (1996) What do Norwegian women and men know about osteoporosis? *Osteoporosis Int.*, 6, 31–36.

Martinsen, E.W. (1990) Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sport Med* 9, 380–389.

Mastekaasa, A., Moum, T., Næss, S. & Sørensen, T. (1988) Livskvalitetsforskning. Oslo, Institutt for Samfunnsforskning.

McBean, L.D., Forgac, T. & Finn, S.C. (1994) Osteoporosis: vision for care and prevention: a conference report. *J Am Diet Assoc*, 94, 668–671.

Mære, Å., Bjørndal, A., Holmen, J., Midthjell, K. & Kjærsgaard P. Mosjonsvaner hos voksne i Nord-Trøndelag. *Tidsskr. Nor Lægeforen*. 111, 3695–3699.

Mørkved, S. & Bø, K (1996) The effect of post-natal exercises to strengthen the pelvic floor muscles. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 75, 382–385.

NIF (1997) Norges Idrettsforbunds årsrapport 1996. Oslo, NIF.

NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health (1996) Physical activity and cardiovascular health. *JAMA*, 276, 241–246.

Nilsson, S. (1986) Overtraining. In Mæhlum, S., Nilsson S., & Renstrøm P. (eds) An update on sport medicine. Proceedings from the second Scandinavian conference in sports medicine. Oslo, Norwegian, Danish and Swedish Society of Sports Medicine, 97–104.

Ommundsen, Y. & Aarø, L.E. (1994) Folk i form til OL kampanjen. En evaluering basert på spørreundersøkelser i voksenbefolkningen i 1990 og 1994. Oslo/ Bergen: Norges Idrettshøgskole / Hemil-senteret, Universitetet i Bergen.

Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C. et. al. (1995) Physical activity and public health. A recommendation from the Center of Disease Control and Prevention and the American college of sports medicine. *JAMA*, 273, 402–407.

Pêrusse, L., Tremblay, A., Leblanc, C. & Bouchard, C. (1989) Genetic and environmental influences on level of habitual physical activity and exercise participation. *Am J Epidemiol*, 129, 1012–1022.

Sandberg, H. (1998). Personlighet, treningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser. En undersøkelse blant 2148 kvinner og menn. Hovedfagsoppgave. Idrettsvitenskapelige Institutt, NTNU, Trondheim.

Sandvik, L. (1996) Prediction of cardiovascular mortality, with special emphasis on physical fitness. Doktorat Thesis. Oslo, Institutt for allmenntedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitet i Oslo.

Skårderud, F. (1994) Nervøse spiseforstyrrelser, Oslo, Universitetsforlaget.

Sundgot-Borgen, J. (1992) Eating disorders in female athletes. Doctoral Thesis. Oslo, The Norwegian University of Sport and Physical Education.

Sæther, B. (1996) Personlighet, fysisk aktivitet og spiseforstyrrelser. Hovedfagsoppgave. Idrettsvitenskapelige institutt, Trondheim, NTNU.

Thiss-Evensen, E., Hoff, G. & Johannesen Ø. (1997) Langtidsresultat ved livsstilintervensjon i grupper. *Tidsskr nor Lægeforen* 13, 1913–1916.

Thune, I. (1997) Physical activity and risk of cancer. A population based cohort study including prostate, testicular, colorectal, lung and breast cancer. Doctorial Thesis. Institute of Community Medicine, University of Tromsø.

Vatten, L. & Kvinnsland, S. (1990) Body mass index and risk of breast cancer. A prospective study of 23,826 Norwegian women. *Int J Cancer*, 45, 440–444.

Veale, D.M.W. (1987) Exercise dependence. *British Journal of Addictions*, 82, 735–740.

Yates, A., Leehey, K. & Shisslak, C.M. (1983) Running- an analog of anorexia? *New England Journal of Medicine*, 308, 251–255.

Yates, A. (1991) *Obligatory running and the eating disorders: Towards an integrating theory of activity*. New York, Brunner Mazel.

Øian, P., Augestad, L.B., Molne, K., Oseid, S. & Aakvaag, A. (1984) Menstrual dysfunction in Norwegian top athletes. *Acta Obstet gynecol Scand*, 63, 693–697.

## Vedlegg 7

### **Kunnskap om voldens omfang i Norge og Norden**

*Kristin Skjørten, Universitetet i Oslo.*

Kvinnemishandling har gjerne blitt betegnet som den skjulte volden. Det var den nye kvinnebevegelsen som på slutten av 70-tallet først brakte denne formen for vold frem i det offentlige lys. Med etableringen av krisetelefonen for mishandlede og voldtatte kvinner i Oslo i 1977, fikk vi for første gang en mer omfattende og varig offentlig oppmerksomhet rundt denne formen for privat vold. Dersom vi med skjult vold forstår at ingen tidligere visste om at kvinnemishandling foregikk i norske hjem, så er ikke dette bildet korrekt. Et kritisk tilbakeblikk vil vise oss at det tross alt var mange som visste om at denne formen for vold fant sted. Det er derfor kanskje mer treffende å si at volden iallfall delvis var kjent, men ikke anerkjent som et problem. Det ser også ut til at offentlige instanser og privatpersoner på forskjellig vis bidro til å usynliggjøre volden, dersom de fikk kjennskap til at kvinnemishandling fant sted. At privat vold ikke var et tema for den offentlige politikk før på 80-tallet, må derfor forstås i lys av ulike usynliggjøringsmekanismer som bidro til taushet om denne formen for vold. En vesentlig årsak til at volden forble et skjult problem, var at ingen offentlig hjelpeinstans anså kvinnemishandling som primær arbeidsoppgave, og det ble heller ikke foretatt noen systematiske registreringer som kunne avdekke i hvor stor grad de ulike instanser ble oppsøkt av kvinner hvor voldshverdagen var en vesentlig del av deres problemområder. Dermed har vi heller ingen god oversikt over i hvor stor utstrekning ulike hjelpeinstanser kom i kontakt med kvinner som var utsatt for vold i hjemmet.<sup>13</sup> Det vi har av eldre kilder på dette området, tyder imidlertid på at ulike hjelpeinstanser ikke var ukjent med at det forekom vold mot kvinner og barn i familien.

De første rapportene som kom om kvinnemishandling der kvinner ved krisesentre ble intervjuet, viste også at mange av kvinnene hadde kontaktet ulike hjelpeinstanser forut for henvendelsen til krisesentrene. Blant annet fant Randi Nisja og Iris Aslaksen (1980) at 14 av de 15 kvinnene ved krisesenteret i Oslo som ble intervjuet i forbindelse med INAS-evalueringen av krisesenteret, hadde tatt kontakt med det offentlige hjelpeapparatet en eller flere ganger før de kom til krisesenteret. Ser vi på de første årsrapportene for krisesentrene her i landet, finner vi også opplysninger om at kvinner hadde tatt kontakt med ulike hjelpeinstanser. Denne første dokumentasjon om mishandlede kvinners situasjon, viste oss at det offentlige hjelpeapparatet ikke hadde klart å tilby mishandlede kvinner den hjelpen de trengte.<sup>14</sup>

Også fra psykiatrien har vi etter hvert fått kjennskap til at mange av pasientene har en tidligere historie som voldsofre eller ofre for seksuelle overgrep. I følge psykiater Solveig Dahl (1992:122) viser undersøkelser av psykiatriske pasientgrupper at 20–70 prosent har vært utsatt for alvorlig fysisk eller seksuell mishandling som barn.<sup>15</sup> Det ser ut til å være en overrepresentasjon av mennesker med voldsofferbakgrunn i psykiatrien sammenlignet med befolkningen for øvrig. Ut over på 80-tallet begynte psykiatrien å interessere

13. Denne situasjonen har ikke endret seg vesentlig frem til i dag.

14. Randi Nisja og Iris Aslaksen (1980): Krisesenteret for voldtatte og mishandlede kvinner. En analyse av funksjon og behov. Inas-rapport nr. 2, Oslo 1980.

seg for hvorvidt de pasientgruppene de behandlet hadde en historie som ofre for kvinnemishandling, barnemishandling eller seksuelle overgrep, og det ble stilt spørsmål ved om manglende avdekking av slike forhold tidligere, hadde resultert i feildiagnostisering og feilbehandling av pasientgrupper.<sup>16</sup>

I 1982 fikk vi den første systematiske registreringen om forekomst av vold i de familiene som henvendte seg til familierådgivningskontorene i Oslo. Denne undersøkelsen viste at familierådgivningskontorene var kjent med at det hadde forekommet fysisk vold hos 9,4 prosent av de familiene som henvendte seg dette året.<sup>17</sup>

Disse og lignende glimt inn i en nær fortid, forteller oss at ulike offentlige hjelpe-instanser var kjent med vold i familien, men fra dette hold ble lite gjort for å løfte frem privat vold som et samfunnsproblem. Det var kvinnebevegelsen som fikk kvinnemishandling på dagsorden som et samfunnsproblem der det offentlige måtte ta ansvar. I 1976 ble Kriesesentergruppa i Oslo opprettet, med utspring fra kvinnebevegelsen. I februar 1977 åpnet den første krisetelefonen for mishandlede og voldtatte kvinner i Norge, og i 1978 fikk vi det første kriesesenteret. I årene som fulgte ble det på initiativ fra kvinnegrupper i hele landet opprettet nye kriesesentre og krisetelefoner. Vi hadde fått en kriesesenterbevegelse, som resulterte i en landsomfattende kriesesenterdrift. I dag har vi omlag 50 kriesesentre og krisetelefoner i Norge. Den norske kriesesenterbevegelsen var en del av en større internasjonal kvinnebevegelse, som førte til opprettelsen av tilfluktssteder for mishandlede kvinner og barn, og bidro til å synliggjøre vold i hjemmet.

I norske offerundersøkelser blant representative utvalg av befolkningen om selvrapportert utsatthet for kriminalitet, ble kvinnemishandling i hjemmet for første gang avdekket i 1981. I de tidligere undersøkelsene fra 1971 og 1974, var det ingen som rapporterte om denne formen for vold. Kriminologen Leif Petter Olaussen (1995) forklarer avdekkingen av kvinnemishandling i offerundersøkelsen fra 1981 med fremveksten av kriesesentrene og at vi på det tidspunktet hadde hatt en forholdsvis markert offentlig oppmerksomhet om vold mot kvinner i 4 år. Med dette var det etablert en viss åpenhet angående den private volden, som gjorde det mulig å fange opp fenomenet i intervju-undersøkelser om utsatthet for vold.<sup>18</sup> Videre hevder Olaussen at også noe av økningen i den registrerte voldskriminaliteten utover på 80-tallet har sammenheng med avdekkingen av den private volden, og press på politi- og påtalemyndighet om å behandle vold i hjemmet som et strafferettslig problem.

Ut fra den kunnskap vi har om vold ser det ut til at kvinner i større grad enn menn utsettes for vold fra en person de kjenner. Offerundersøkelser viser også at en vesentlig større andel kvinnelige ofre enn mannlige ofre oppgir å ha blitt utsatt for vold i privat bolig, og mens kvinnene i hovedsak oppgir ekte-mann, samboer eller kjæreste som voldsutøver i privat bolig, oppgir i hovedsak mannlige volds ofre andre menn som voldsutøvere på denne arenaen.<sup>19</sup>

15. Dahl, Solveig: «Seksuelle overgrep – et psykiatrisk perspektiv». I Bang og Hydle (red.): Mishandling og seksuelle overgrep. Legens faglige oppgaver i helse- og rettsvesenet. Tano, Oslo 1992.

16. Blomberg, Wenche (1990): For døve ører. Volds- og maktofrene, psykiatrien og den store taushetsplikta. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1990.

17. Dahl, Følling og Gulbrandsen (1983): «Registreringer av fysisk vold i familier. En undersøkelse foretatt ved familierådgivningskontorene i Oslo». I Fokus på familien, Vol. 11, 1983, s. 219–226.

18. Olaussen (1995): «Voldskriminalitetens utvikling de to siste tiårene.» I Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskab maj 1995, 82. årgang nr. 2.

Også opplysninger om politianmeldt vold, viser samme mønster.

Nina Jon, som har sett nærmere på etterforskede voldslovbrudd ved Oslo politikammer i 1988, fant at omlag 40 prosent av de anmeldte legemsfornærmelsene hadde funnet sted mellom ofre og gjerningspersoner som kjente hverandre. 20 prosent av volden fant sted blant folk i en eller annen form for familierelasjon. I legemsbeskadigelsessakene var offer og gjerningsperson kjente i 50 prosent av de anmeldte sakene, og 18,5 prosent av volden kan plasseres til familierelasjoner.

Ut fra sin gjennomgang av et større utvalg saker, konkluderer Jon med at jo alvorligere volden er, desto oftere skjer den mellom personer som kjenner hverandre, desto oftere skjer den på privat sted, og desto oftere befinner offeret seg hjemme hos seg selv, eller offeret lever selv i et utsatt miljø.

Jon gir imidlertid ingen oversikt over kjønnsfordelingen blant ofre og voldsutøvere ut fra hvorvidt volden finner sted på privat eller offentlig arena og relasjonen mellom offer og voldsutøver. Men i en generell oppsummering om kjønn, får vi vite at den anmeldte volden i Oslo i stor grad dreier seg om vold mellom menn. Blant de siktede er 91,5 prosent menn, og 6 prosent kvinner. I 2 prosent av sakene er de siktedes kjønn uopplyst. Blant ofrene er 64 prosent menn, og 34 prosent kvinner.<sup>20</sup>

En annen informasjonskilde om vold i Oslo er de registreringene som foretas ved Oslo Legevakt. I en analyse av alle voldssaker behandlet ved Oslo Legevakt i 1994, får vi vite at 9 prosent av sakene dreide seg om kvinnemishandling. Totalt behandlet legevakten 2545 voldsskader, og av disse var det 224 kvinner var blitt mishandlet av nåværende eller tidligere ektemann eller samboer. Totalt sett var 73 prosent av voldsopfrene menn, og 27 prosent kvinner. 51 prosent av volden mot kvinner ble utøvd i hjemmet eller annen privat bolig, og 77 prosent av volden mot menn ble utøvd på gaten eller utesteder. Nesten halvparten av voldsopfrene var menn i alderen 18 til 40 år, som var blitt skadet på gaten eller på utesteder. Disse ofrene var ofte selv beruset.<sup>21</sup>

Ved Bergen legevakt ble det foretatt en lignende registrering av vold i 1994–95.<sup>22</sup> I løpet av en 12-månedersperiode, ble det registrert 994 pasienter med voldsskader, herav 241 kvinner og 753 menn. 105 voldskaadede oppga at voldsutøver var nåværende eller tidligere kjæreste, samboer eller ektefelle. Vi får imidlertid ikke opplyst kjønnsfordelingen for denne typen vold, men for det totale antall voldssaker, får vi vite at 93 prosent av voldsutøverne var menn, og 6 prosent var kvinner. Det er derfor rimelig å anta at flesteparten av disse sakene dreier seg om kvinnemishandling. Steen og Hunskår (1997) påpeker i analysen av voldsregistreringene ved Bergen Legevakt, at de antar registreringene angående kvinnemishandling dreier seg om minimumstall, fordi andre undersøkelser har vist at mange mishandlede kvinner ikke oppgir den rettmessige årsaken til skader, og at disse sakene dermed ikke vil avdekkes i en registreringsundersøkelse som omfatter voldssaker. For det totale antall

19. Leif Petter Olaussen: Selvrapportert utsatthet for kriminalitet. Nordisk tidsskrift for kriminalvitenskap, nr. 4, 1982. (27 prosent av kvinnene utsatt for vold i privat bolig mot 16 prosent av mennene. Kun 1 prosent av mennene oppgir ektefelle/samboer som voldsutøver.)

20. Nina Jon: Bak kriminalstatistikkens kolonner. Om registrert voldskriminalitet i Oslo. Hovedfagsoppgave i kriminologi, Institutt for kriminologi, UiO, høst 1992.

21. Melhuus, Knut og Sørensen, Katrine (1997): «Vold 1994 – Oslo Legevakt» I Tidsskrift for den norske lægeforening nr. 2, 1997.

22. Knut Steen og Steinar Hunskår: «Vold i Bergen. Et ettårsmateriale fra Bergen Legevakt.» I Tidsskrift for den norske lægeforening nr. 2, 1997.

voldsskadede, var det 13 prosent som oppga at de hadde anmeldt volden. 31 prosent oppga at de ønsket å anmelde, og 32 prosent svarte at de ikke ville anmelde volden. 25 prosent svarte at de ikke hadde tatt stilling til hvorvidt de ønsket å anmelde eller ikke. Videre opplyses det at omlag 15 prosent av voldsofrene som tar kontakt med Oslo Legevakt, anmelder volden. Disse registreringene ved legevaktene i Oslo og Bergen tyder på at anmeldelsesfrekvensen generelt sett er forholdsvis lav for voldslovbrudd.

I Sverige har man foretatt landsomfattende offerundersøkelser hva angår utsatthet for vold hvert år siden 1978. Monika Olsson og Peter Lindström (1995) har gjennomgått undersøkelsen fra 92–93 hva angår vold mot unge i alderen 16 til 24 år. 15,5 prosent av mennene og 4,5 prosent av kvinnene i denne aldersgruppen oppga at de hadde blitt utsatt for vold det siste året. Omtrent en femtedel av mannlige voldsofre og en fjerdedel av kvinnelige voldsofre oppga at volden hadde medført så alvorlige skader at de hadde søkt legehjelp. 63 prosent av mennene oppga at gjerningsmannen var ukjent for dem. Bare 6 prosent av mennene oppga at de kjente gjerningspersonen godt. For kvinnenes vedkommende oppga 40 prosent at gjerningsmannen var en nær bekjent, mens 33 prosent oppga at han var en ukjent. 14 prosent av mennene hadde tatt kontakt med politiet, mot 20 prosent av kvinnene. Mennene oppga oftest som årsak til at de ikke hadde kontaktet politiet, at de anså voldsepisoden som bagatellmessig. Kvinnene oppga oftest angst for represalier som grunn til at de ikke hadde tatt kontakt med politiet.<sup>23</sup>

I Danmark har Ole Brink m. fl. (1997) sammenlignet registreringer av vold ved legevakt og rettsmedisinske registreringer med politiets døgnrapporter.<sup>24</sup> Undersøkelsen tok for seg Århus Amtskommune i perioden 1.8.1993 til 31.7.94, og har fulgt samme metodedesign som tidligere undersøkelser utført i 1981/82 og 1987/88. Undersøkelsen gir derfor grunnlag til å si noe om utvikling av voldskriminaliteten i Århus over tid. Århus politidistrikt er Danmarks nest største, og omlag 7 prosent av landets politiregistrerte vold utøves i dette distriktet. Undersøkelsen dekker et befolkningsgrunnlag på 311000 personer. På landsbasis har det vært en fordobling i antall politianmeldt vold siden 1982. I denne undersøkelsen fra Århus viser det seg at det i perioden 1981 til 1994 har skjedd en reduksjon i omfanget av voldsforbrytelser. Samtidig har antall politiregistrerte voldshandlinger økt betraktelig. Brink m. fl. (1997: 113) skriver: «Sammenfattende kan vi konkludere, at kriminalstatistikken ikke synes at afspejle en reel udvikling af volden i Århus. Som følge af en øget tendens til politianmeldelse hos især de yngre samt en straffelovsændring anmeldes signifikant flere voldsforbrytelser end tidligere, og det er på trods af, at det samlede antal voldsepisoder er faldet signifikant fra 1981 til 1994. Ud fra en lægelig vurdering er den politianmeldte vold heller ikke blevet grovere.» At det over tid har funnet sted en reduksjon i omfanget av vold, samtidig med en markant økning i antall politianmeldelser, forklares ut fra økt anmeldelsestilbøyelighet, særlig blant unge, og lovendring i 1989, som innebar en viss endring fra privat til offentlig påtale, samt en forenkling av lovgivningen slik at det ikke lenger var påkrevet å skille mellom «sagesløs eller ikke-sagesløs vold».

23. Olsson, Monika og Lindström, Peter: «Vad säger kriminalstatistiken?» I Hagerman, Maja (red.): Det obegripliga vålet. Forskningsrådsnämnden, oktober 1995, Sverige.

24. Brink, Ole, m.fl.: «Mindre vold og hyppigere politianmeldelse. En undersøkelse der sammenligner skadestue- og retsmedisinske registreringer med politiets døgnrapporter.» I Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab maj 1997, 84. årgang.Nr. 2, s. 103–114.

I undersøkelsesåret 1993/94 fremkom det at anmeldelsestilbøyeligheten var like høy (33 prosent-36 prosent) uansett om volden skjedde i eget hjem, på vertshus, eller på gaten. Ved vold på arbeidsplasser fant forskerne den høyeste anmeldelsestilbøyeligheten. Her ble over halvparten av tilfellene anmeldt.

Våren 1996 ble det foretatt en omfattende kartlegging av volden på Island, der 2225 kvinner og menn i alderen 18 til 65 år ble spurt om voldserfaringer.<sup>25</sup> 9,4 prosent av mennene og 2,8 prosent av kvinnene rapporterte at de hadde vært utsatt for vold i løpet av de siste 12 måneder. Herav hadde 0,4 prosent av kvinnene og 0,1 prosent av mennene vært utsatt for vold fra nåværende eller forhenværende ektefelle én gang i løpet av de siste tolv måneder. Videre hadde 0,9 prosent av kvinnene og 0,7 prosent av mennene vært utsatt for vold flere ganger i løpet av det siste året fra nåværende eller tidligere ektefelle. Disse tallene viser at ved forekomst av vold i et samliv, dreier det seg oftest om gjentagne voldshendelser. Totalt rapporterte 1,3 prosent av kvinnene og 0,8 prosent av mennene at de var utsatt for vold fra nåværende eller tidligere ektefelle i løpet av det siste året. Blant de som rapporterte om utsatthet for vold fra ektefelle, var 54 prosent av kvinnene og 38 prosent av mennene utsatt for grov vold. Oppsummeringsvis utsettes kvinner på Island hyppigere for vold fra ektefelle enn menn, og flere kvinner rapporterer om grov vold.

Hva angikk registreringen av vold i løpet av livet uansett relasjon til overgriper, rapporterte skilte kvinner betraktelig høyere utsatthet enn gifte eller samboende kvinner. 53 prosent av de skilte kvinnene i undersøkelsen hadde vært utsatt for vold mot 23 prosent av gifte eller samboende kvinner. En forklaring på dette kan være at en vesentlig andel av de fraskilte kvinnene har brutt ut av ekteskapet på grunn av vold. Videre fant man at utsatthet for vold var omtrent likt fordelt mellom de ulike utdannelsesgruppene inndelt etter folkeskole, gymnas og universitetsutdanning for kvinner. Undersøkelsen viste også at kvinner med høy inntekt i større grad var utsatt for vold enn kvinner med lav inntekt.

Totalt rapporterte 14 prosent av kvinnene og 4 prosent av mennene at de hadde vært utsatt for vold enten av nåværende eller tidligere ektefelle. Flesteparten hadde vært utsatt for mange voldshandlinger fra ektefellen.

4,5 prosent av kvinnene i undersøkelsen hadde vært utsatt for voldtekt. Over 80 prosent av kvinnene kjente gjerningsmannen. Kun 13,5 prosent av kvinnene anmeldte voldtekt. 9 prosent av de voldtektene der kvinnen kjente overgriper ble anmeldt, mot 30 prosent av voldtektene der kvinnen ikke kjente overgriper.

### *Endringer i rettsapparatet*

På begynnelsen av 80-tallet kom de første signaler om at politi- og påtalemyndighet skulle skjerpe sin praksis i kvinnemishandlingssaker i form av et rundskriv (i 1982) der Riksadvokaten anmoder om i større grad å vurdere påtale ut fra almene hensyn. Dette rundskrivet begrunnes ut fra de opplysninger om familievold som hadde fremkommet blant annet gjennom krisesentrene arbeid. Den gang var det som hovedregel privat påtale, men dersom allmenne hensyn krevde det, var det adgang til å benytte offentlig påtale. Offentlig påtale ble imidlertid sjelden benyttet i voldssaker. Med dette rundskrivet markeres

25. Sigurdardóttir, Thordis og Olafsdóttir, Hildigunnur: «Vold i nærmiljø» Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab, nr. 1, 1998

den innledende fase i arbeidet for å styrke rettsstillingen til fornærmede i kvinnemishandlingssaker. Etter dette følger nye rundskriv der Riksadvokaten uttrykker ønske om å intensivere den strafferettslige forfølging av vold i familien. Anmodningene fra Riksadvokaten ble i liten grad tatt til følge.

I 1988 fikk vi så en lovendring som innebar ubetinget offentlig påtale i familievoldssaker.

Formålet med lovendringen var å styrke fornærmedes stilling, og gjøre det lettere å få dømt overgripere.

I 1989 fikk vi enda en lovendring som berørte vold i hjemmet. Denne gangen dreide det seg om straffeskjerpning for visse typer voldslovbrudd. De aktuelle voldslovbruddene var vold mot forsvarsløse, rasistisk motivert vold, uprovosert vold, visse former for gruppevold, og vold med karakter av mishandling. Økningen i strafferammene ble begrunnet med at disse voldslovbruddene må anses mer alvorlige enn det straffeloven ga uttrykk for. Videre bringes nyttehensyn på banen, og straffeskjerpningen begrunnes ut fra målsettingen om å redusere voldskriminaliteten.<sup>26</sup>

I 1994 ble loven om besøksforbud endret. Denne lovendringen hadde til hensikt å gi økt beskyttelse til ofre, herunder ofre for kvinnemishandling. Etter denne nye loven kan nå en kvinne som har blitt utsatt for vold i hjemmet, gis beskyttelse uavhengig av om hun anmelder mannen for denne volden. Det holder at påtalemyndigheten ser det som sannsynlig at mannen i fremtiden vil kunne opptre truende overfor kvinnen.

I tillegg til de lovendringer som er skissert ovenfor, er det iverksatt tiltak for å bedre informasjonen til ofre for kriminalitet, og mishandlede kvinner har blitt tilkjent fri advokathjelp i inntil 10 timer. Videre er den statlige erstatningsordningen for voldsofre endret, slik at ordningen også inkluderer ofre med nær relasjon til overgriper, og nå fra 1. september skal det prøves ut en ordning med alarmbeskyttelse for voldsutsatte kvinner og eldre på landsbasis.

Forskningen hittil har vist oss at mishandlede kvinner har forskjellig syn på eventuelle straffereaksjoner overfor mannen. Noen ønsker mishandleren straffet. Blant disse kvinnene er det en del som ikke anmelder, av frykt for mannens reaksjoner. For andre kan en eventuell straff, og da særlig fengselsstraff, oppleves som en tilleggstraff mot dem selv, fordi det kan få alvorlige følger for felles barn, eller ødelegge familieøkonomien. Mishandlede kvinner ønsker at volden skal opphøre, men de har forskjellig syn på hva som må til for at dette skal skje. Mange ønsker at mannen skal få behandling istedenfor straff. I så måte skiller ofrene for kvinnemishandling seg markert fra andre voldsofre, hvor gjerningsmannen er ukjent.

En følge av dette er at mange av de kvinnene som kommer i kontakt med politi- og rettsapparat motarbeider påtalemyndigheten ved å trekke tilbake anmeldelser, endre forklaringer, nekte å vitne i en rettssak osv. Uansett beveggrunn for denne oppførselen, blir situasjonen den at disse kvinnene skaper spesielle problemer for rettsapparatet. De oppfører seg ikke som «normale» ofre. I stedet for å samarbeide med påtalemyndigheten om å få gjerningspersonen dømt, motarbeider de en eventuell domfellelse. Slik atferd passer dårlig inn i rettens normale gang, og den svenske forskeren Katarina Jacobsson (1996) har derfor valgt kalle denne offergruppen for *en juridisk anomali*.<sup>27</sup> Under hennes intervjuer med politi og påtalemyndighet i Malmö, kom det

26. Se Ot prp. nr. 79 (1988–89)

27. Jacobsson, Katarina: «Misshandlede kvinnor – rättsapparatsens motsägelsefulla offer.» I Apropå, Bråttsförebyggande rådets tidsskrift, nr. 3, 1996, Stockholm.



frem at disse representantene for rettsapparatet ofte opplevde at de hadde to å prosedere mot. Kvinner som ikke samarbeider opptrer til fordel for mistenkte, og oppfattes dermed lett som systemfiendtlige.

I Sverige fikk man offentlig påtale i kvinnemishandlingssaker på begynnelsen av 80-tallet. Men etter kvinnevoldskommisjonens vurdering av situasjonen frem til begynnelsen av 90-tallet, er ikke denne lovendringen tilstrekkelig for å sikre lettere domfellelse i kvinnemishandlingssaker, blant annet fordi kvinner fremdeles trekker anmeldelser tilbake, og nekter å vitne og på annet vis samarbeide med påtalemyndigheten.<sup>28</sup>

### *Tiltak og forebygging*

Både hva angår kriminalitetsbekjempelse generelt og vold og seksuelle overgrep mot kvinner og barn spesielt, finner vi sannsynligvis de mest vesentlige innsatsområder med tanke på forebygging og å styrke ofrenes posisjon, utenfor det strafferettslige området. I Norge var krisesentrene for mishandlede og voldtatte kvinner det første tiltak som ble opprettet med sikte på å bedre situasjonen for ofre for mishandling, og bidra til å bekjempe denne volden. Sannsynligvis er krisesentrene fremdeles i dag den viktigste ressurs vi har i kampen mot privat vold. Den kunnskapen vi har fått om kvinnemishandling viser oss videre at forebyggende arbeid må rettes inn mot strukturelle forhold som kvinners økonomiske situasjon, muligheter på arbeidsmarkedet, situasjonen på boligmarkedet osv. Vi trenger en helhetlig politikk for å redusere omfanget av denne volden.

Ser vi på den rettslige utviklingen på området, må det kunne oppsummeres at relativt mye har skjedd på forholdsvis kort tid. Men vold mot kvinner er ikke kun et strafferettslig problemområde. Det er derfor viktig at de sosiale og helsemessige sidene ved problemet løftes frem, og at det utarbeides gode forebyggingsstrategier og iverksettes nye tiltak med spesialkompetanse innenfor disse områdene.

Undersøkelsene ved legevakter og akuttmottak i Norge og Norden har avdekket at en vesentlig andel av den akutte medisinske behandling som ytes, er relatert til skadebehandling for vold i hjemmet. I tillegg til denne akutte medisinske behandling, har vi etterhvert fått bred dokumentasjon om andre helsemessige problemer blant ofre for langvarig mishandling. Forskning fra USA viser at selvmordsforsøk er tolv ganger hyppigere blant kvinner som utsettes for vold i hjemmet enn blant andre.<sup>29</sup> Både amerikansk og nordisk forskning har også dokumentert at mishandlede kvinner i langt større grad enn kvinner generelt rapporterer om angstproblemer, depresjon, søvnproblemer og fysisk ubehag. Det rapporteres også om forholdsvis stort forbruk av medisiner og alkohol blant ofre for mishandling. I den islandske voldsundersøkelsen<sup>30</sup>, rapporterte 22 prosent av de mishandlede kvinnene at de hadde brukt alkohol for å komme seg etter volden, og 20 prosent hadde brukt medisiner med samme formål. Videre rapporterte 85 prosent av de mishandlede kvinnene i denne undersøkelsen at de generelt sett var blitt mer mistenksomme og på vakt overfor andre mennesker. 40 prosent av kvinnene rappor-

28. SOU 1995: 60: Kvinnofrid. Hovudbetänkande av Kvinnovaldskommisjonen.

29. Arlene Andrews (1990): «Crisis and Recovery Services for Family Violence Survivors.» I Roberts R., Albert (red.): Helping Crime Victims: Research, Policy and Practice. Newbury Park: Sage Publications.

30. Sigurdardóttir, Thordis og Olafsdóttir, Hildigunnur: «Vold i nærmiljø» Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab, nr. 1, 1998

terte angstanfall og problemer med følelsesmessig tilknytning til andre, 33 prosent fortalte at de hadde fått lavere selvtillitt, 31 prosent hadde søvnproblemer og 28 prosent var deprimerte. Resultatene fra denne islandske undersøkelsen er hovedsaklig i samsvar med andre internasjonale undersøkelser på området. Det er helt klart behov for at helsevesenet utvikler bedre kompetanse for å bidra med hjelp angående disse helsemessige belastninger som mange familievoldsofre blir bærere av.

I den islandske undersøkelsen viste det seg at flesteparten av de mishandlede kvinnene hadde søkt hjelp. Det var langt vanligere å kontakte familie og venner for å få hjelp, enn det offentlige hjelpeapparatet. Dersom dette også er situasjonen i Norge, bør det satses mye på informasjon til allmennheten både av generell karakter om vold i samliv, og om hvilke hjelpetiltak som er tilgjengelige for voldsofre.

Etterhvert som kunnskapen om vold i hjemmet har blitt bedre, kan vi nå se at mishandlede kvinner på en rekke områder ikke utgjør noen homogen gruppe. Foruten variasjoner i selve voldshistorien, kan kvinnene ha ulikt syn på hva som bør gjøres for at volden skal opphøre, og ha forskjellige hjelpebehov. Forhold som økonomi, tilgang på ulike ressurser, eventuelle barn og barnas alder o.s.v bidrar til å skape et mer komplekst bilde av mishandlede kvinner. Dette skaper store utfordringer med hensyn på utforming av tiltak og forebygging av vold i hjemmet.

## Vedlegg 8

### **Helse og sykdom – er kvinnen lik mannen?**

*Flere forfattere (forfatteroversikt i referanseliste) Redaktør Anne Eskild*

#### **1 Endringer i norske kvinners helse de siste 100 år**

---

*Rannveig Nordhagen, Statens institutt for folkehelse.*

Det tjuende århundre har brakt helsetilstanden i Norge fra nærmest elendige forhold til å være blant de beste i verden. Helseutviklingen foregår ofte sprangvis, og bør ses på i et langt tidsperspektiv. I midten av dette århundre foregikk det en gjennomgripende endring av sykdomsmønsteret som vi ikke tidligere har vært vitne til.

Det finnes visse helseforskjeller mellom kjønnene, også når vi ser på tilstander som ikke er direkte kjønnsbundet. Men har de alltid vært slik som i dag? Og finner man det samme mønster over hele kloden? Hvor mye kunnskap finnes egentlig om årsakene til slike eventuelle forskjeller? Det er sagt at podagra (urinsyregikt) er den første sykdom hvor det beskrives klare kjønnsforskjeller i forekomst (Benedek 1997). Kjønnsspesifikke forskjeller i podagra ble beskrevet av Hippokrates. Lucius Seneca (4 f.Kr.–65 e.Kr.) mente at når kvinner tillot seg en atferd som menn, fikk de også finne seg i å få sykdommer som vesentlig rammet menn. Slike forklaringer har stått i flere hundre år. Podagra ble forbundet med en viss overdreven livsførsel, spesielt når det gjaldt alkoholkonsum og seksualvaner. På 1600 tallet trakk man konklusjonen «... de som drikker som menn, synder som menn». Det ligger nær å trekke en sammenligning til røykevaner og forekomst av lungekreft i dagens situasjon.

Kjønnsforskjellene når det gjelder podagra kan ennå ikke forklares. Det samme gjelder andre sykdommer som representerer langt større folkehelseproblemer. Det er forsøkt å forklare en del gjennom det historiske perspektiv.

Opplysninger om helsen bygger på tilgjengelige statistikker. Mål på helse støtter seg oftest på mål for dødelighet og mål for sykkelighet. Det første har vi forholdsvis pålitelige opplysninger om helt fra midten av forrige århundre, og dødeligheten avspeiler forekomst av alvorlige sykdommer. Når det gjelder sykdommer vi lever med, er ikke opplysningene tilsvarende pålitelige. Fra første halvsekel har vi svært få opplysninger om selvopplevd helse eller diagnostiserte sykdommer for begge kjønn. Nå i den senere tid kan vi støtte oss til en del helseundersøkelser fra Statistisk sentralbyrå, pasientstatistikker og trykdestatistikker. Helseundersøkelsene bygger på selvrapportert forekomst av sykdom. Helseregistrene kan også fortelle oss noe, blant annet Dødsårsaksregisteret og Kreftregisteret.

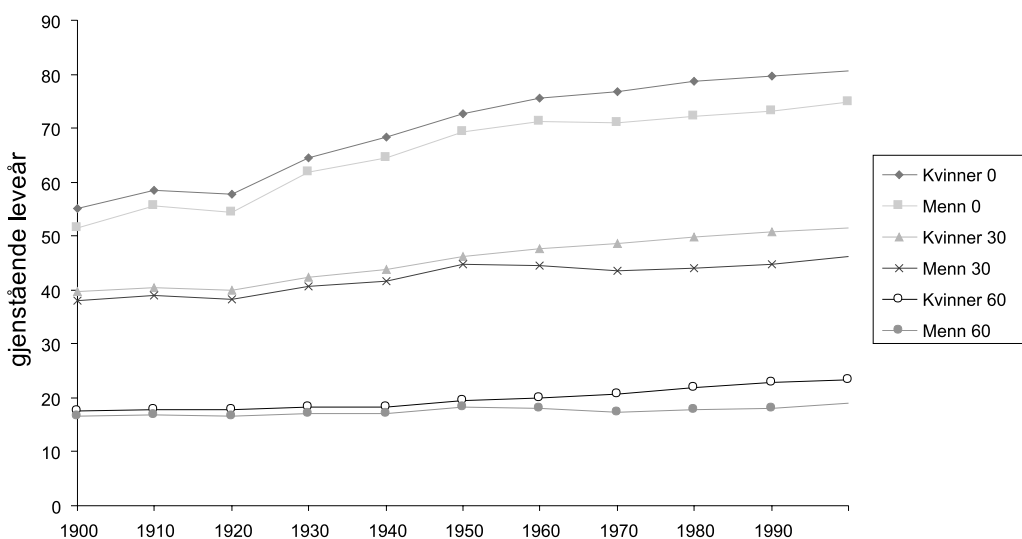
#### **Anno 1900**

*«...Det var i den tid jeg gikk omkring og sultet i Kristiania...» (Knut Hamsun i Sult).*

Innbyggerantallet i Norge var litt over 2 mill. Vi var fattige. Det vitner for eksempel den store utvandringen om. Utvandringen førte til at befolkningstil-

veksten en tid var negativ, og det ble et større kvinneoverskudd i den voksne befolkning. Spedbarnsdødeligheten anses som et godt mål på den generelle helsetilstand i et land. Den var da omlag 10%, som i resten av Europa. Dette er en spedbarnsdødelighet som i dag finnes i de fattigste utviklingslandene. Til sammenligning er den i dag hos oss under 0,5%. Spesielt var spedbarnsdødeligheten stor blant barn født utenfor ekteskap. Det var intet støtteapparat til å bistå de enslige mødrene. De store epidemiene med pest og kolera var stort sett forbi. Imidlertid herjet andre infeksjonssykdommer, og fremfor alt den «hvite pest» tuberkulosen (tbc). Den tuberkulosespesifikke spedbarnsdødeligheten var høy, likeledes tuberkulosedødeligheten i ungdomsalderen. Undersøkelser viste at barn født i perioder med høy tuberkulosespesifikk spedbarnsdødelighet, også hadde meget høy ungdomsdødelighet.

Spedbarnsdødeligheten var større blant gutter enn blant jenter. Det viser seg i større forventet gjenstående levetid blant jenter enn blant gutter ved fødselen, som figur 8.1 illustrerer. Det kom etter hvert en drastisk nedgang i spedbarnsdødeligheten som har vart helt til i dag, men kjønnsforskjellen i spedbarnsdødelighet har hele tiden eksistert. En slik forskjell har man også sett i alle andre vestlige land, men årsakene er ikke helt klarlagt. Det er den store nedgangen i spedbarnsdødeligheten som har ført til den sterke økningen av forventet levealder ved 0 år. Økning av forventet levealder ses ikke så tydelig i de andre årsklassene. Kvinnene har siden århundreskiftet ligget litt over menn i forventet levetid. Forskjellen i levetid mellom kjønnene har økt i løpet av det siste hundreåret.



Figur 8.1 Forventet gjenstående levetid, menn og kvinner i perioden 1900–94 for årsklassene 0, 30 og 60 år.

Kilde: Historisk statistikk, Statistisk Sentralbyrå 1994

### Skiftende trender i dødelighet

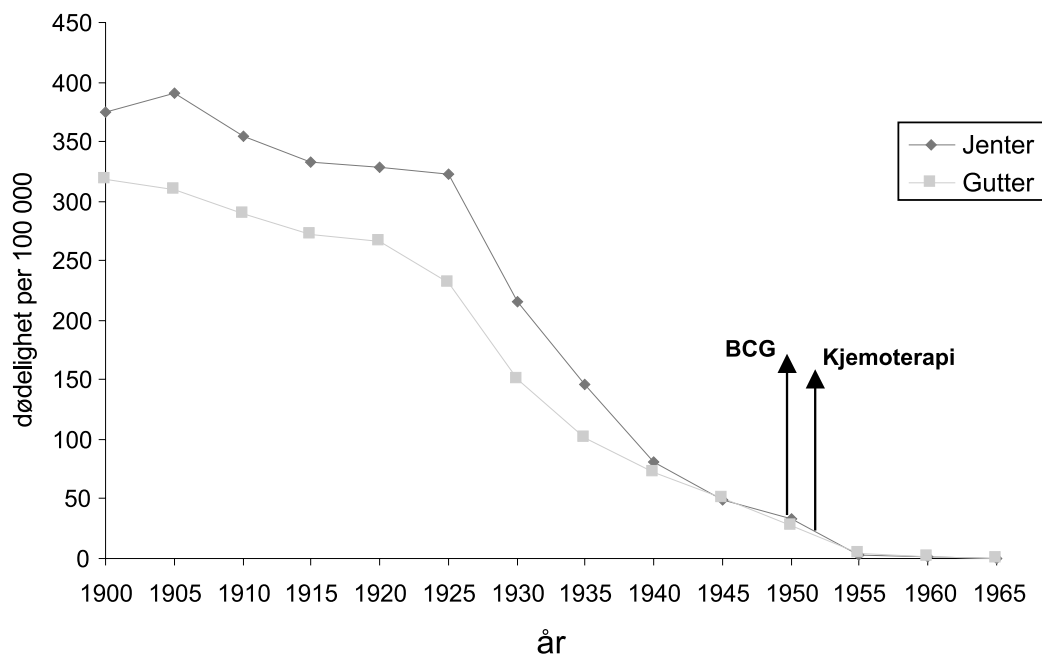
I noen andre europeiske land hvor det finnes noenlunde pålitelige dødelighetsstatistikker fra 1700 tallet, har man vist at i begynnelsen av forrige århundre og nesten opp til 1900, var det en overdødelighet av kvinner i de

ynge årsklassene (Statistisk sentralbyrå 1961, Waldron 1985, Ryan Johansson 1991). I et materiale fra England i begynnelsen på 1800 tallet gjaldt kvinnenes overdødelighet for årsklassen 10 til 39 år. På denne tiden var infeksjonssykdommer hyppigste dødsårsak. Denne situasjonen kan man i dag finne i noen utviklingsland. Det er spekulert over årsakene til dette. Siden det gjaldt så unge årsklasser kunne det ikke forklares ut i fra stor mødredødelighet. De hyppigste forklaringene går ut på at kvinnene, spesielt i befolkningen på landet, ikke nøyte godt av velferdsgoder i samme utstrekning som menn. Dette kunne for eksempel gjelde tilgang til god ernæring. Siden det i Norge ikke fantes gode alders- og kjønns spesifikke dødelighetsstatistikker før på slutten av 1800-tallet, har man ikke kunnet observere den endringen som foregikk i mange vestlige land på den tiden. Overdødeligheten av unge kvinner «snudde». Vi fikk i stedet, fra begynnelsen på det tjuende århundre, en overdødelighet av menn i alle aldre. Dette er forklart ved at bedre levekår gjorde seg nå også gjeldende for kvinnenes helse, samtidig som bedre levekår etter hvert kunne virke i motsatt retning for menn. Siden de økonomiske forhold tillot endring av livsstil, kunne man få et «negativt press» på den mannlige befolkningen, med en mer helseskadelig livsstil når det gjaldt ernæring, bruk av rusmidler og tobakk. Det er ikke fullgode forklaringer på disse fenomenene. Selv om det finnes historisk forskning, har det lett for å bli en del spekulasjoner (Waldron 1985, Ryan Johansson 1991). Den mannlige overdødeligheten hos oss gjorde seg imidlertid ikke gjeldende for alle dødsårsaker.

### **Tuberkulosen**

Mens forekomst av tuberkulose i andre europeiske land var gått noe tilbake mot år 1900, var ikke dette tilfelle i Norge. Her hadde dødeligheten hadde økt. I år 1900 døde det 354 personer per 100 000 innbyggere av tuberkulose i Norge (Werner Erichsen 1960). Hvis dette skulle overføres til dagens befolkning, ville det bety 10–15 000 tuberkuloseofre per år. Mens spedbarnsdødeligheten av tuberkulose ikke var så forskjellig mellom jenter og gutter, viste dødeligheten i ungdomsårene noe annet (figur 8.2). Det viste seg at jenter var betraktelig mer utsatte enn gutter. I aldersgruppen 15–19 år, kunne det være over 100 flere dødsfall per 100 000 enn blant gutter. Det er ingen sikker forklaring på dette fenomenet, men ernæringsfaktorer kan ha vært av betydning. Økt smittepress i den kvinnelige befolkningen som på grunn av sykestell og omsorgsarbeid, kan også ha spilt en rolle. Tuberkulosedødeligheten i Norge speiler den samme kjønnsforskjellene i dødelighet som var til stede flere tiår tidligere i andre vestlige land, spesielt under de store epidemiene.

Det er kanskje dette som avspeiler seg i alle genremaleriene omkring århundreskiftet som forestiller «syk pike», hvor kanskje Munchs versjon er den mest kjente. Det finnes imidlertid atskillige versjoner både av nordiske og andre kunstnere. Tuberkulosen ble nærmest «utryddet» i det første halvsekel. Det er vanlig å forklare denne utvikling med det forebyggende arbeid som ble utført, til smitteoppsporing, isolering og smittevern, samt hygienisk kontroll som særlig de kvinnelige frivillige organisasjonene utførte. Og det er vel verdt å merke seg at selv om tuberkulosebasillen var kjent, kom det ikke effektiv kjemoterapi før i midten av hundreåret. Da var sykdommen nesten utryddet. De kritiske røster til all omsorg og all forebyggende innsats mener at bedringen skyldtes bedre levekår, og spesielt bedre ernæring. Forskjellene mellom kjønnene jevnet seg ut.

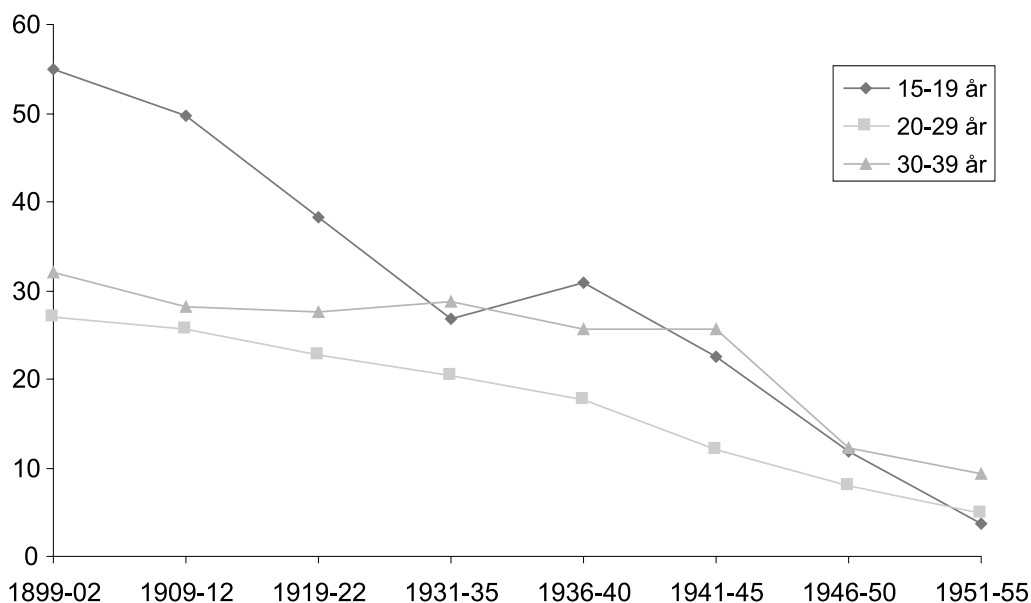


Figur 8.2 Tuberkulose dødelighet i Norge 1900–6 i aldersgruppen 15–19 år.

Kilde: Historisk statistikk, Statistisk sentralbyrå 1968

### Hvor farlig var det å føde barn?

Dødelighet i forbindelse med svangerskap og fødsel var en annen trussel mot kvinnens liv. Utviklingen av mødredødeligheten per 10 000 fødte barn (figur 8.3) gir et bilde av antall kvinner som døde. De unge kvinnene ble verst rammet. Mange av disse var ugifte og helt uten økonomisk støtte ved fødselen. Imidlertid var den totale dødeligheten blant gifte kvinner større enn for ugifte. Dette skyldtes nok delvis at gifte kvinner fødte flere barn. Halvdelen av dødsfallene rundt fødselen skyldtes barsel-feber, resten «andre sykdommer». I den siste gruppen hørte blant annet svangerskapsforgiftning. Forekomsten av denne lidelsen, var i et materiale fra Rikshospitalet (1918–33), 16 per 1 000 fødsler, og letalitet var over 10 %. Noen kvinner var svekket av tuberkulose og ble svangre i en svekket tilstand. De kunne også være svekket av en rekke barnefødsler. Spedbarnsdødeligheten var som nevnt meget høy. Det var ikke uvanlig at kvinnene mistet flere barn for hvert som overlevde. Slik var nok svangerskap og fødsel også medvirkende til andre dødsfall, for eksempel ved spanskesyke-epidemien. Med den spredte befolkningen som fantes i Norge, med lite fødselshjelp og lange transport, var en komplisert fødsel nesten ensbetydende med død både for mor og barn. Den spredte befolkningen og hjemmefødsler, kunne medvirke til at vi ikke hadde store katastrofale epidemier av barsel-feber. Hyppigheten av institusjonsfødsle øket langsomt før siste verdenskrig. Det ser ikke ut som dette i seg selv har hatt stor innflytelse på mødredødeligheten. Det spørres om ikke de bedre levekår også bevirket noe av nedgangen av mødredødeligheten, som kom før de effektive infeksjonsbekjempende midlene. Men i siste del av første halvsekel spilte nok også teknisk bedret fødselshjelp inn.



Figur 8.3 Mødredødeligheten pr 10 000 fødte barn 1900–1955. Tallene for 1930 er basert på 3 års gjennomsnitt, senere på 4 års gjennomsnitt.

Kilde: Statistisk sentralbyrå 1961: Dødeligheten og dens årsaker i Norge 1856–1955

Det fødes flere gutter enn jenter, og det har man lenge vært klar over. En av epidemiologiens forfedre, John Graunt, skriver i 1662 at det i et landdistrikt i England ble det født 15 jenter for 16 gutter, og i London 13 jenter for 14 gutter. Menn hadde, og har fortsatt alt fra før fødselen høyere dødelighet enn kvinner. Guttefostre dør i større antall enn jentefostre, og det er flere dødsfall blant gutter i første leveår. Det er ikke gode forklaringer på dette fenomenet. Overdødeligheten blant menn var til stede i hele første halvsekel, på tross av den høye tuberkulose og mødredødeligheten blant kvinner.

### Den store endringen i sykdomsbildet

Like før siste verdenskrig var dødeligheten for menn og kvinner blitt tilnærmet lik. Det eksisterte likevel ett mannsoverkudd i befolkningen på tross av mannlig overdødelighet i første del av hundreåret. Foruten tuberkulosen, dominerte volds- og ulykkesskader som dødsårsak blant menn. Kvinnene var langt mindre utsatt for dette.

Omkring midten av århundret skjedde det imidlertid en drastisk endring av sykdomspanoramaet. Tuberkulosen var tilnærmet utryddet, og vi hadde fått en rekke medikamenter som kunne bekjempe den og andre infeksjonssykdommer. Etter hvert kom også effektive vaksiner mot mange av disse. Ernæringstilstanden var langt bedre, slik at befolkningen hadde bedre motstand mot infeksjoner. Spedbarnsdødeligheten var gått sterkt tilbake. Kvinnene begynte å få prevensjonsveiledning. Barnefødsler var derfor ikke lenger den samme trusselen mot helsen. Mødredødeligheten ble etter hvert nærmest eliminert.

Det kom en stor økning av forskjellige kroniske sykdommer som har flere, og til dels ukjente årsaker. Særlig hjerte- kar sykdommer viste stor økning. De viktigste dødsårsakene i dag er vist på figur 8.4 (Øverås 1995). Det er

kjønnsforskjeller innen de forskjellige gruppene. Men hovedårsakene er de samme for begge kjønn. Vi fikk en økning av dødeligheten for hjerte-kar sykdommene som spesielt rammet menn. Dette gjaldt særlig død av iskemisk hjertesykdom. Dette kan avleses av figur 1, hvor vi for alle aldersgrupper får et større sprik mellom den menns og kvinners forventede gjenstående levetid rett etter midten på hundreåret. Dette førte til at vi fikk kvinneoverskudd i de eldre aldersgruppene. Forventet levealder har økt i hele perioden, men flater nå mer ut. Økningen av den forventede levealder kan først og fremst tilskrives nedgangen i spedbarnsdødeligheten. Den forventede levealder ved 0 år, er i dag litt over 80 år for kvinner og noe under 75 for menn. Forskjellen er omlag 6 år. De senere år har dødeligheten av hjerte-kar sykdommer avtatt, men mest hos menn (se kapitlet om hjertesykdommer).

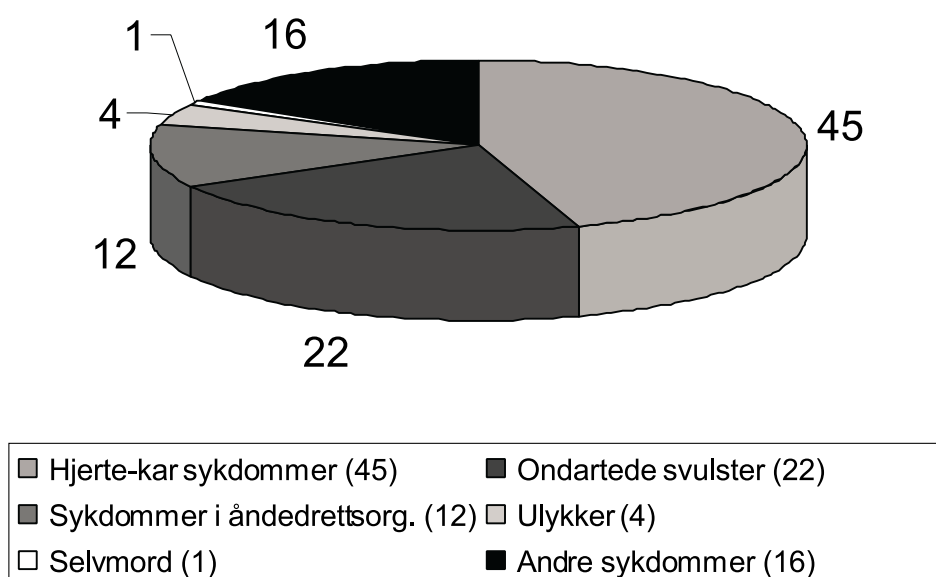
Kreft er den andre store dødsårsaken. Dødelighetsratene er forholdsvis like for menn og kvinner, men litt lavere hos kvinner. Enkelte kreftformer viser imidlertid økning, slik som lungekreft. Denne formen viser spesiell høy økning blant kvinner. Dette er tilskrevet røykemønsteret. Kvinner begynte å røyke senere enn menn, særlig på 1950 og 1960 tallet. Fremdeles er imidlertid dødeligheten av lungekreft over dobbelt så høy hos menn som hos kvinner. Mer enn 5 % av alle menn og 2% av kvinnene dør nå av lungekreft.

Når det gjelder ulykkesdødsfall eller voldsomme dødsfall har alltid menn hatt en langt høyere dødelighet. Dette gjelder også død av selvmord. Dødsulykkene viste liten tallmessig endring i 1970- og tidlig i åttiårene, men har gått noe ned senere, og er i dag ansvarlig for omlag 5 % av alle dødsfall. Det er den eldre aldersgruppen som viser høyest dødeligheten av ulykker. I 1993 døde 1034 menn og 752 kvinner i ulykker. Forskjellen mellom kjønnene blir oftest tilskrevet forskjell i livsstil. Aktiviteter som medfører ulykkesrisiko utføres oftere av menn enn av kvinner. Selvmordsstatistikken har vist at antallet selvmord økte sterkt fra 1970 årene og utover, og særlig i yngre aldersgrupper. Til sammen utgjorde selvmordene 17 per 100 000 innbyggere ved inngangen til 1990 årene. Raten var tre ganger høyere for menn i forhold kvinner. Først på 1990 tallet har denne trenden snudd noe. Selvmordsforsøk har imidlertid vært hyppigere hos kvinner enn hos menn ( hhv 200 mot 170 per 100 000).

Det synes altså som om levesett på mange måter kan forklare kjønnsforskjellen i dødeligheten i den voksne eller eldre befolkning, selv om man har ment det er viss hormonell beskyttelse av kvinner når det for eksempel gjelder hjerte-kar sykdommer (Waldron 1985). Genetiske eller biologiske forklaringer synes imidlertid ikke tilstrekkelige for å forklare forskjeller i dødelighet og forventet levetid. Den «overkryssning» som fant sted mot slutten av forrige århundre hvor kvinne-overdødelighet i enkelte aldersgrupper skiftet til manns-overdødelighet, understøttes ikke biologiske forventede forskjeller i livslengde ut ifra slike resonneringer. Uten å komme med bastante forklaringsmodeller, er det spekulert over årsakene (Waldron 1985, Ryan Johansson 1991). I forrige århundre antok man at kvinnene hadde en svakere konstitusjon, noe vi ikke kan hevde i dag. Det er søkt forklaring i hvordan kultur og velferd skaper helse eller sykdom. Kvinner i forrige århundre fikk sannsynligvis en mindre del av velferdsgodene når det gjaldt for eksempel ernæring, utdanning, økonomi og legetjenester. Det er hevdet at de var utsatt for et negativt kulturelt press i forhold til de farligste sykdommene. I vår tid kan dette ha snudd til et positivt press, i det mange sykdommer med sammensatte årsaker kan skyldes overflod eller andre trekk ved velferdsutviklingen som nå kan betraktes som negativt press på helsetilstanden. Som eksempler kan nevnes kulturelt press i negativ retning i røyke- og alkoholvaner og kosthold.



Vi har ikke helt frie valg med hensyn til hvilket livsmønster vi velger. Vi står under press av den kulturelle sammenheng vi befinner oss i. Arbeidsplasser som er mer eller mindre kjønnsavhengige, kan være «farlige». Det er i dag klare sosiale ulikheter i helse og dødelighet. Disse er langt lettere å se når det gjelder den mannlige befolkning. Ryan Johansson sier det slik: For moderne menn vil høyrisiko jobber kombinert med et usunt forbruksmønster (komplisert med kulturell påvirkning som ikke oppmuntrer menn til å «gi opp» for sykdommer) være en biologisk resept for menns overdødelighet. Dette kan ses i motsetning til at det tjuende århundres kvinner som har levet kulturelt konvensjonelle liv, blir «belønnet» med tryggere jobber, sunnere forbruksmønster og mer effektive helsetjenester ved begynnelsen av sykdom.



Figur 8.4 Dødsfall etter årsak, % 1993.

Kilde: Helseboka 1995

### Sykelighetsmønstrene – hva viser de?

Mens dødelighetsmønsteret klart er et uttrykk også for sykkeligheten i befolkningen når det gjelder alvorlige sykdommer, sier det ikke så mye om dagliglivets plager og lidelser. Hvordan var det tidlig i det tjuende århundre? Det er grunn til å tro at infeksjonssykdommene overskygget andre ting. Det var lite å stille opp mot farsottene, ikke minst mot tuberkulosen. Men mange overlevde disse sykdommene selv uten effektiv behandling. Omkring midten av hundreåret var ikke bare velferd og ernæringstilstand blitt enormt forbedret, men nye legemidler hadde også redusert sykkeligheten betraktelig.

Fra andre land, blant annet Sverige, finnes rapporter om forskjellige kvinnelige «kultursykdommer» som dukket opp og forsvant (Johannisson 1995). Dette var sykdommer som ble gjenstand for en diagnose. De var enormt «populære» gjennom en viss tid, og gikk senere fullstendig i glemmeboken. Diagnoser som nevrasteni, bleksott, hysteri og klorose dukket opp og ble borte. Det finnes ikke tilsvarende beretninger fra vårt land. Sykdommene syntes å forekomme spesielt blant overklassen, hvor kvinnene skulle betraktes som

svake. Arbeiderkvinnene var betraktet som sterke og hadde ikke disse sykdommene. I Norge fantes det sannsynligvis en langt mindre overklasse enn i vårt naboland. Folk flest hadde kanskje stort sett nok med å holde nøden fra livet og berge seg fra de verste infeksjonssykdommene. Imidlertid er det ikke mye opplysninger fra denne perioden, siden pasientstatistikk eller helseundersøkelser ikke forekom. En undersøkelse av gamle sykejournaler ville vært interessant, for å se hvilke diagnoser som florerte. En «kultursykdom» eller et kulturfenomen, som fikk skylden for det meste, var onani: Onani ble i tiden omkring århundreskiftet ansett som meget farlig og ble oppfattet blant annet som den viktigste årsaken til sinnssykdom, både hos menn og kvinner.

Kroniske kjønnsykdommer, spesielt syfilis, rammet mange kvinner. Disse sykdommene medførte mye elendighet også ved overføring til barn. Det var særlig prostituerte kvinner som ble rammet. Særlig i Kristiania fantes en god del prostitusjon, til tross for forbudet. Det finnes ikke fullstendig oversikt over utbredelsen. Imidlertid forsøkte man å bedre situasjonen ved politikontroll av kvinnene, (jfr. «Albertine» av Chr. Krohg). «Offeret» fikk skylda. Det synes som om utbredelsen av syfilis også avtok tidlig på 1900 tallet, selv om effektiv behandling ikke kom før ved midten av sekelet. Da fikk vi for øvrig også lovgivning om undersøkelse av svangre, for å avdekke syfilis, vår første lovbeskrevete masseundersøkelse. Den gjelder den dag i dag. Norges første kvinnelige leger var opptatte av disse kvinnene. De var blant de første som forsøkte nye behandlinger, som den gang var kvikksølvkurer. En av grunnene til at kvinner (noe sent) fikk tilgang til det medisinske studium var at de skulle gi kvinner anledning til å «bli betjent av leger av sitt eget kjønn». Det faktum at vi hadde nesten ingen kvinnelige leger, kan ha medvirket til negativt kulturelt press på kvinnens sykdomsutvikling. De søkte muligens lege sent i sykdomsforløpet. Det er mangel på relevante opplysninger om kvinners lidelser i begynnelsen av hundreåret.

### ***Er dagens norske kvinner de friskeste i verden?***

Leser man bare dødelighets- og levealderstatistikker, kunne man være fristet til å tro det. Sammenlignet med fattige utviklingsland, fortøner det seg også slik. I utviklingsland ligner tilstandene ofte på norske forhold for 100 år siden. Hvis vi sammenligner oss med vestlige land som ikke har nådd så langt i velferdsutvikling, ser det også ut som vi har verdens beste helse. Det foreligger også i Norge sosiale ulikheter, og det har vist seg å foreligge klare ulikheter i helse mellom de forskjellige sosioøkonomiske klasser, spesielt når det gjelder menns helse (Dahl 1996).

Sammenlignet med dødelighetsstatistikken er det mindre pålitelige opplysninger om kvinners sykkelighet. Man må støtte seg til Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser som vesentlig bygger på selvrapportert helse (Ramm 1997). Det er imidlertid lite som tyder på at selvrapportert helse ikke gir pålitelige opplysninger. Ellers kan man søke opplysninger fra trygdestatistikk, og pasientstatistikken basert på utskrivningsdiagnoser fra sykehus.

På det generelle spørsmålet god helse eller ikke, synes de fleste å svare at helsen er god. Det er ingen kjønnsforskjell og andelen med god helse har ikke endret seg det siste tiår (Øverås 1995). Når det blir spurt om «varig sykdom» synes det imidlertid som flere oppgir dette i 1995 enn for 10 år siden, og det er flere kvinner enn menn som oppgir at de har varige sykdommer. Dette gjelder spesielt i eldre aldersklasser. Når det derimot gjelder funksjonsevnen i forhold til helse, ser det ut som funksjonsevnen i eldre aldersklasser er blitt

bedre, men mest blant menn. Nedsatt funksjonsevne forekommer hyppigst blant de eldste kvinnene, og de synes også å være mest hjelpetrengende. Mens 50 % av kvinner 67–79 år oppgav nedsatt funksjonsevne, gjaldt dette 36 % av menn i samme aldersklasse. Uføretrygd ytes til en større andel av kvinner enn menn (Rikstrygdeverket 1996). Forskjellen mellom menn og kvinner er tydeligst i de yngre aldersgruppene, under 40 år og 40–49 år. I aldersklassen 40–49 år er det 86 per 1000 kvinner som er uføretrygdet, mens det er 56 per 1000 menn. I eldre årsklasser jevner det seg mer ut. Nå er selvsagt ikke uføretrygd et direkte uttrykk for funksjonsevnen, men også for ervervsevnen.

Sykefraværstatistikken viser også en større andel sykemeldte kvinner enn menn. I tillegg finnes også en klar sosioøkonomisk gradient. Kvinnelige arbeidere har flere sykemeldinger enn mannlige arbeidere, som igjen har flere sykemeldinger enn kvinnelige og mannlige funksjonærer.

Kvinner oppgir høyere medisinformbruk enn menn. Dessuten har de flere sykehusopphold, men dette jevner seg ut hvis man trekker fra den andelen som skyldes opphold i forbindelse med svangerskap og fødsel. Mødre dødeligheten er tilnærmet null, men blant kvinner skyldes 12 % av alle utskrivningsdiagnoser ved norske sykehus opphold i forbindelse med svangerskap og fødsel (Statistisk sentralbyrå 1996). Hovedandelen består her av normalfødsler, eventuelt med inngrep. Litt under en firedel er angitt til å være komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel. Kvinner har likeledes flere liggedager enn menn på sykehus, og de har flere kontakter med leger og annet helsepersonell.

### **Hvilke lidelser har kvinnene?**

Selv om dødeligheten for hjerte-kar sykdommer er litt høyere for menn, er det flere kvinner enn menn som oppgir at de har slike sykdommer. Det gjelder spesielt de eldste årsklassene fra 67 år og oppover. For sykdommer i åndedretsorganene synes det ikke å være særlig store kjønnsforskjeller, men kvinnene dominerer blant de aller eldste. Av Kreftregisteret kan man se at det er en større andel av kvinner som får kreft i aldersgruppen 30–60 år, og det skyldes hovedsakelig brystkreft. I eldre aldersgrupper er det flest menn. Meldte tilfeller reflekteres også i dødelighetsstatistikken som nevnt ovenfor. Det ses en økning av lungekreft hos kvinner, og prognosene sier at denne økningen vil fortsette pga røykemønsteret.

Infeksjoner har ikke utspilt sin rolle som sykdom, men dødeligheten er nesten eliminert. Vi fikk for ca 15 år siden en «nyoppdaget» infeksjon, HIV. Den ble hos oss heldigvis ikke til den epidemien man hadde fryktet og enkelte hadde spådd. HIV har først og fremst rammet menn. Men det finnes fremdeles kjønns sykdommer som er forholdsvis utbredt. Selv om de ikke er dødelige, slik som chlamydia, kan de skape komplikasjoner, især hos kvinner.

På spørsmål om andre spesifikke plager, synes kvinnene å dominere på to områder: Psykiske lidelser og muskel-skjelett lidelser (Øverås 1995). Når det gjelder psykiske lidelser, dominerer nevroser/personlighetsforstyrrelser. Blant sykdommer i muskel- og skjelettsystemet dominerer ryggliedelser, myalgi/fibromyalgi og smerter i nakke og skuldre. Ofte dreier det seg om lidelser som ikke har sikre diagnosekriterier. Andelen både av kvinner og menn som oppgir slike lidelser har vist økning de siste ti år, og hver femte person oppgir å ha slike lidelser. Økningen er særlig uttalt hos kvinner. Dette er lidelser som også har fått en økt oppmerksomhet og fokusering, slik at ikke all økning behøver å være reell. De eldste aldersklassene er verst rammet.

Osteoporose er også en slik lidelse, og vi vet ikke hvor mange kvinner som er rammet av dette. Kvinner har større hyppighet av brudd, spesielt lårhalsbrudd i noe yngre alder enn menn. Senere i livet kommer menn «etter». Norge har en av de høyeste forekomster i verden av lårhalsbrudd (Falch & Meyer 1998).

### **Hvordan skal vi tyde utviklingen?**

Til en viss grad har man forsøkt å tolke dødelighetsmønsteret. Hvordan skal man tolke resultater som tyder på at kvinner i Norge er blant de med verdens lengste levetid og synes stadig å ha en lavere dødelighet enn menn, men likevel er rammet av oversykkelighet? De har også større grad av nedsatt funksjonsevne, større uførhetsgrad og mer bruk av medisiner enn menn.

Tolkningen er ikke uten videre klar, selv om det er en vanlig forestilling at oversykkelighet for kvinner er utbredt i de fleste vestlige land (Macintyre et al. 1996, Botten 1993). Oppfatningene bygger overveiende på selvrapportert helse. Svarene kan være avhengige av hvor presise og spesifikke spørsmål som blir stilt, og kan variere med for eksempel sosioøkonomiske forskjeller hos respondentene. Kvinner har som gruppe gjennomgående lavere inntekter enn menn, de arbeider i lavtlønnsyrker, og har gjennomgående lavere utdanning. Hvordan kan dette gi en biologisk resept på dagens helsefenomener? Hva består et eventuelt negativt press av når det gjelder livsstil og helse? Spørsmålene er en stor utfordring for videre forskning på kvinnens helse i Norge.

### *Litteratur:*

Benedek T. Gout in women: A historical perspective. *Bull Hist Med* 1997; 71: 1–22.

Botten G. Kjønnulikheter i sykkelighet og dødelighet. I: Schei B, Botten G, Sundby J, red. *Kvinnemedisin*. Oslo, ad Notam Gyldendal, 1993, 42–60.

Dahl E. Helse og sosial ulikhet. I: Hurlen P, Nordhagen R, red. *Folkehelse i forandring*. Oslo, Universitetsforlaget, 1996, 199–211.

Falch JA, Meyer HE. Osteoporose og brudd i Norge. Forekomst og risikofaktorer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 568–72.

Johannisson K. Den mörka kontinenten. *Kvinnan, medicinen og fin-de-siecle*. Stockholm, Sverige, Norstedts AB, 1995.

Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996; 42(4): 617–24.

Ramm J. Vi klager ikke før vi må. *Samfunnsspeilet* 1997; (2): 14–21

Rikstrygdeverket. *Trygdestatistisk årbok 1996*. Oslo, Rikstrygdeverket 1996.

Ryan Johansson S. Welfare, mortality, and gender. Continuity and change in explanations for male/female mortality differences over three centuries. *Continuity and change* 1991; 6(2): 135–77.

Statistisk sentralbyrå. *Dødeligheten og dens årsaker i Norge 1856–1955*. Samfunnsøkonomiske studier 1961; (10).

Statistisk sentralbyrå. *Historisk statistikk 1968*. Statistisk sentralbyrå 1968.

Statistisk sentralbyrå 1994. *Historisk statistikk 1994*. Oslo-Kongsvinger, Statistisk sentralbyrå, 1994.

Statistisk sentralbyrå. *Pasientstatistikk 1994*. Oslo-Kongsvinger, Statistisk sentralbyrå, 1996.

Waldron I. What do we know about causes of sex differences in mortality? A review of the literature. Population bulletin of the United Nations 1985; 18: 59–76.

Werner Erichsen R. Streif fra Nasjonalforeningens 50-årige historie. Oslo, Aschehoug, 1960.

Øverås S. Helseboka 1995. Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge. Statistiske analyser, Oslo-Kongsvinger, Statistisk sentralbyrå, 1995.

## 2 Reproduktiv helse og underlivsplager

---

### 2.1 Urininkontinens

#### **Kari Bø, Norges Idrettshøgskole.**

Urininkontinens er definert som: «Ufrivillig lekkasje av urin som er et sosialt eller hygienisk problem og som samtidig kan demonstreres objektivt» (1). Urininkontinens er beskrevet gjennom tre komponenter:

1. Et symptom, det vil si at en person beskriver en tilstand med urinlekkasje
2. Et tegn, det vil si synbar lekkasje, for eksempel under hoste
3. En tilstand, som impliserer urodynamiske målinger for å differensiere ulike former for inkontinens, og mulige bakenforliggende patologiske forhold (1)

I henhold til WHO's International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH) (2), vil «impairment» nivå for denne tilstanden være kjente bakenforliggende årsaker som f.eks svak eller dårlig fungerende bekkenbunnsmuskulatur (patologi for dette kan for eksempel være perifer nerveskade eller muskel/bindevevsskade etter vaginal fødsel), «disability» vil være grad av inkontinens, mens «handicap» (participation i ny ICIDH utgave) vil være hvordan tilstanden påvirker individets mulighet for å delta i ulike sosiale aktiviteter (2).

#### **Forekomst**

Urininkontinens er beregnet til å affisere 13 millioner amerikanere og minst halvparten av alle sykehjemsbeboere i USA, med en beregnet kostnad på 15 billioner dollar pr. år (4). Det er ingen oppfølgingsstudier på feltet, man vet derfor lite om risikoen for å utvikle inkontinens over tid. Prevalenstallene varierer mellom 8 og 52 % ettersom hvilken populasjon som er spurt, definisjonen på urininkontinens og informasjon det er spurt om (4). Norske studier har vist prevalenstall mellom 26 og 38% (5–7). Det er en generell økning i forekomst med økt alder, men inkontinens kan ikke betraktes som et aldersfenomen. Prevalenstall på 26–38% er vist i populasjoner av unge kvinner som ikke har født (5,8,9). Urininkontinens affiserer dobbelt så mange kvinner som menn. Kvinner og menn får ulike former for urininkontinens. Generelt kan man si at menn med økt alder kan få problemer med obstruksjon, mens kvinner på grunn av anatomi, fødsler og aldersforandringer kan få problemer med lekkasje. Kvinner har således størst problemer med urge, stress og blanding-sinkontinens, med en klar overvekt av stressinkontinens (10).

Stress- og urgeinkontinens er i seg selv ikke farlige tilstander i den betydning at de kan medføre livstruende sykdommer eller tidlig død. Tilstanden fører imidlertid til en rekke plager av fysisk og sosial art som kan få store konsekvenser for kvinners selvfølelse, psyke og livsutfoldelse (11,12). Urge-

inkontinens, hvor hele blæren kan tømme seg, er den mest sosialt belastende tilstanden (12). Men også stressinkontinens fører til redsel for lukt og at lekkasjen skal synes. Studier har vist at kvinner med urininkontinens føler tap av selvfølelse og livskvalitet (11,12). Stressinkontinens fører i stor grad til frafall fra regelmessig fysisk aktivitet. Særlig aktiviteter som inneholder løp og hopp, medfører lekkasje (9,13). Mange kvinner trekker seg fra jogging, aerobics, dans og gymnastikkaktiviteter som medfører mye løp og hopp. Andre forandrer på aktivitetsmønsteret for å kunne delta (9,13).

Regelmessig fysisk aktivitet er et viktig ledd i det helsefremmende arbeid og spesifikk trening brukes i forebygging og rehabilitering av en rekke sykdommer. For kvinner er regelmessig fysisk aktivitet vist å være viktig for å forebygge blant annet hjerte-kar sykdom, bryst- og tykktarmkreft, angst og depresjon, osteoporose og andre muskelskjelettlidelser (14). Dersom urininkontinens fører til at kvinner unngår fysisk aktivitet kan dette sekundært få store konsekvenser for kvinnens helse, trivsel og livskvalitet.

---

### Det er ulike former for urininkontinens (3)

Urge-inkontinens: Stress inkontinens: Blandings-inkontinens: Overflow inkontinens: Ekstrauterin inkontinens: Ubevist inkontinens: Kontinuerlig inkontinens: Nocturnal enurese: Etterdryppsinkontinens:

Ufrivillig tap av urin assosiert med sterk vannlatningstrang (urgency). Urgency kan være assosiert med ulike typer dysfunksjon: detrusor overaktivitet, detrusor instabilitet (ikke neurogen årsak) eller detrusor hyperreflexi (neurogen årsak). Tilstanden kan ramme både kvinner og menn. Ufrivillig tap av urin under fysisk anstrengelse, for eksempel løp, hopp, løfting, brå bevegelser, hosting, nysing, latter. Genuin stress inkontinens er ufrivillig tap av urin ved at det intravesicale trykk overstiger urethratrykket pga økning i buktrykket og uten samtidig detrusor kontraksjon. Diagnosen GSI krever urodynamiske målinger (1). Tilstanden kan ramme menn etter prostatectomi, men er først og fremst en kvinnelidelse. En blanding av urge og stress inkontinens. Lekkasje av urin ved høyere volum enn normal blærekapasitet. Oftest forårsaket av enten forstyrret detrusor kontraktilitet eller obstruksjon av urethra (3). Urinlekkasje fra andre steder enn urethra, for eksempel: pga fistel eller ectopisk ureter. Urininkontinens uten stress eller urge. Personen kjenner inkontinensen kun ved å at de er våte. Kontinuerlig inkontinens: Kontinuerlig lekkasje uten stress eller urge inkontinens. Årsak kan være sphincter abnormalitet eller ekstraurethral inkontinens. Urinlekkasje bare under søvn. Årsak kan være sphincter abnormalitet, overflow inkontinens, detrusor overaktivitet eller ekstraurethral inkontinens. Urinlekkasje (dråper) etter vannlatning. Tilstanden er mest vanlig hos menn.

### Årsaker og risikofaktorer

Årsakene til stressinkontinens kan være medfødt svakt kollagent vev i ligamenter og fascier som skal holde blære og urinrør oppe under økning i buktrykket (15). Forstyrrelser i nervesystemet til blære og urinrør, neurogene sykdommer, svak eller ikke fungerende bekkenbunnsmuskulatur eller for eksempel perifere nerveskader og muskel- og bindevevsstrekk eller overrivninger i forbindelse med fødsler kan gi stress og urgeinkontinens. Østrogens betydning for kontinens er ennå ikke fullt klarlagt (16). Risikofaktorer er

svakt kollagent vev (generell hypermobilitet), kompliserte vaginale fødsler (utført med tang eller vakuum), hardt fysisk arbeid, røyking og overvekt (17–19).

Det er svært få studier som har undersøkt effekten av forebyggende tiltak på urininkontinens. Wilson et al (20) reduserte forekomst av inkontinens etter fødsel med 10 % etter enkel bekkenbunnstrening sammenlignet med en kontrollgruppe (sekundærforebygging), mens Mørkved og Bø (21) halverte forekomsten med mer intensiv trening og tettere oppfølging (primær og sekundærforebygging).

Forbygging av urinkontinens er i stor grad knyttet til styrking av bekkenbunnsmuskulaturen. Det er lite trolig at bekkenbunnsmusklene får nok stimuli ved generell trening. Studier har tvert i mot vist at kvinner som er fysisk aktive har tilstanden i samme grad som inaktive (5,8,9). Det kan ut fra den viten vi har i dag ikke konkluderes med om tungt fysisk arbeid eller trening kan føre til stressinkontinens hos enkelte. Teoretisk sett vil styrking av bekkenbunns-muskulatur der denne er svak i enkelte tilfeller kunne forebygge utvikling av stressinkontinens, mens det i andre tilfeller vil kunne kompensere for andre faktorer som ikke fungerer optimalt (22).

### **Behandling og rehabilitering**

#### *Urge:*

Det er i dag få gode behandlingstilbud for urge-inkontinens. Blæretrening (23,24), medikamentell behandling (25) og elektrostimulering (25–27) har vist effekt i randomiserte kontrollerte studier.

#### *Stressinkontinens:*

Til tross for at Kegel i 1948 viste til en helbredelsesprosent av stressinkontinens på 84 %, har kirurgi lenge vært første behandlingstilbud. Flere randomiserte kontrollerte studier har imidlertid vist 60–70% helbredelse/bedring av styrketrening av bekkenbunnsmusklene (28,29). En norsk studie har vist at 70 % ikke lakk ved hostetest og var fornøyd med tilstanden 5 år etter avsluttet trening (30). Kirurgi har vist 50–90 % helbredelse, flesteparten i ukontrollerte studier (31). Det er få kliniske langtidsoppfølginger etter kirurgi (31). Bekkenbunnstrening hos kvalifisert fysioterapeut med blanding av individuell opplæring og undersøkelse/testing sammen med gruppetrening har vist svært god effekt (32), er billig, uten kjent bivirkninger og anbefales som første behandlingsalternativ for stressinkontinens (29).

Effekten av elektrostimulering på stressinkontinens viser motstridende resultater i randomiserte studier (33). Flere studier viser at det ikke har effekt (34,35), og bivirkninger som smerte og ubehag under behandling, og utvikling av infeksjoner er påvist (36). Dersom kvinnen ikke klarer å kontrahere bekkenbunnsmusklene, kan eventuelt elektrostimulering forsøkes som ledd i oppøving av muskulær kontroll (29).

Spesialbind/truseinnlegg og vaginale og urethrale hjelpemidler som hindrer lekkasje har vist god effekt hos flere og kan nyttes etter tilpasning hos helsepersonell (37,38).

Studier har vist at mindre enn halvparten hjemmeboende personer med inkontinens oppsøker helsevesenet for å få hjelp (4). Kvinnene oppgir at de tror dette er noe de må leve med, at det er en naturlig følge av barnefødsler og det å være kvinne, og at det ikke er noe å gjøre for det. Mange er dessuten

redd for operasjon (11). Tilstanden er i dag således underbehandlet. Det synes å være et stort potensiale for bedring av tilstanden hos eldre både hjemmeboende og ikke minst på institusjon (39).

Skal kvinner få mer hjelp for problemet bør informasjonen om tilstanden bedres blant helsepersonell og kvinner generelt. Rutineundersøkelser av jordmødre, gynekologer og allmennpraktiserende leger i forbindelse med svangerskap og fødsel samt utvikling av fysioterapitilbudet i denne livsfasen bør utprøves.

### *Utfordringer*

- Utdanning av helsepersonell (leger, jordmødre, fysioterapeuter)
- Utvikling av mer og bedre informasjonsmateriale til kvinner under risiko (svangerskap, barsel, menopause, blant eldre, blant fysisk aktive kvinner)
- Mer forskning for å finne årsaksammenhenger, effekt av ulike forebyggingsstrategier og behandlingstiltak i ulike aldersgrupper
- Nordiske multisenterstudier

### *Litteratur*

1. Abrams P., Blaivas J.G., Stanton S.L., Andersen J.T. The standardisation of terminology of the lower urinary tract function. *Scand J Urol Nephrol Supp* 1988; 114: 5–19.
2. International Classification of Impairment, Disability, and Handicap (ICIDH). Zeist, The Netherlands. WHO. 1997; ICIDH-2-Beta-1 Draft.
3. Blaivas J, Appell R, Fantl J, Leach G, McGuire E, Resnick N, Raz S, and Wein A. Definition and classification of urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. *Neurourol Urodyn* 1997; 16: 149–51.
4. Fantl, J., Newman, D., Colling, J. et al. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. 2, update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. 1996, 96–0682. Clinical Practice Guideline.
5. Bø K, Mæhlum S, Oseid S, and Larsen S. Prevalence of stress urinary incontinence among physically active and sedentary female students. *Scand J Sports Sci* 1989; 11(3): 113–116
6. Spigseth O, Johansen F, Kopperud A, Lier H, Nielsen H, Pleym H, Wedde H, and Bakke A. Urininkontinens. En prevalensundersøkelse fra Sund kommune. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 23(109): 2303–4.
7. Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, and Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47: 497–9.
8. Bø K, Stien R, Kulseng-Hanssen S, Kristoffersen M. Clinical and urodynamic assessment of nulliparous young women with and without stress incontinence symptoms: a case control study. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 1028–32.
9. Nygaard I, DeLancey JOL, Arnsdorf L, Murphy E. Exercise and incontinence. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 848–51.
10. Fall M, Frankenberg S, Frisen M, Larsson B, Petren M. 456 000 svenskar kan ha urininkontinens. Endast var fjärde söker hjälp för besvären. *Laekartidningen* 1985; 82(22): 2054–6.



11. Norton P, MacDonald LD, Sedgwick PM, Stanton SL. Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency, and urgency in women. *BMJ* 1988; 297: 1187–9.
12. Hunskaar S and Vinsnes A. The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. *JAGS* 1991; 39: 378–82.
13. Bø K, Hagen R, Kvarstein B, Larsen S. Female stress urinary incontinence and participation in different sport and social activities. *Scand J Sports Sci* 1989; 11(3): 117–21.
14. Bouchard C, Shephard R, and Stephens T, editors. Physical activity, fitness, and health. International proceedings and consensus statement. Champaign: Human Kinetics Publishers; 1994.
15. Ulmsten U., Ekman G., Giertz G., Malmstrøm A. Different biochemical composition of connective tissue in continent and stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66: 455–7.
16. Fantl J, Cardozo L, and McClish D. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women; a metaanalysis. First report of the hormones and urogenital therapy committee. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 12–8.
17. 1st International Consultation on Incontinence. Conservative Treatment in Women. WHO, Geneva, Switzerland. 1998; in press
18. First International Conference for the Prevention of Incontinence. Danesfield House, London, June 1997. Simon Foundation for Incontinence; Simon Foundation for Incontinence; Illinois, USA, 1997;
19. Consensus Statement. First International Conference for the Prevention of Incontinence. Illinois, USA. Simon Foundation for Incontinence. 1997;
20. Wilson P, Herbison P, Glazener C, Lang G, Gee H, and MacArthur C. Postnatal incontinence: a multicentre, randomised, controlled trial of conservative treatment. *Neurourol Urodyn* 1997; 16(5): 349–50.
21. Mørkved S and Bø K. The effect of postpartum pelvic floor muscle exercise in the prevention and treatment of urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 1997; 8: 217–22.
22. Lose G. Simultaneous recording of pressure and cross-sectional area in the female urethra: a study of urethral closure function in healthy and stress incontinent women. *Neurourol Urodyn* 1992; 11(2): 54–89.
23. Fantl J, Wyman J, McClish D, Harkins S, Elswick R, Taylor J, and Hadley E. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991; 265(5): 609–13.
24. Wyman J, Fantl J, McClish D, Harkins S, Uebersax J, and Ory M. Quality of life following bladder training in older women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 1997; 8: 223–9.
25. Smith J. Intravaginal stimulation randomized trial. *J Urol* 1996; 155: 127–30.
26. Abel I, Fischer-Rasmussen W, Lose G. Maximal electrical stimulation of the pelvic floor in the treatment of urge incontinence: a placebo controlled study. [Abstract] *Neurourol Urodyn* 1996; 15: (4)283–4.
27. Brubaker L., Benson J.T., Bent A., Clark A., and Shott S. Transvaginal electrical stimulation for female urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 536–40.
28. Bø K. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence. An exercise physiology perspective. *Int Urogynecol J* 1995; 6: 282–91.

29. Bø K. Physiotherapy to treat genuine stress incontinence. *Int Cont Surv* 1996; 6(2): 2–8.
30. Bø K, Talseth T. Long term effect of pelvic floor muscle exercise five years after cessation of organized training. *Obstet Gynecol* 1996; 87(2): 261–5.
31. Black N and Downs S. The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review. *Br J Urol* 1996; 78(497): 510
32. Bø K, Hagen RH, Kvarstein B, Jørgensen J, Larsen S. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence: III. Effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercise. *Neuro-ourol Urodyn* 1990; 9: 489–502.
33. Bø K. Effect of electrical stimulation on stress urinary incontinence. Clinical outcome and practical recommendations based on randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol* 1998; In press.
34. Laycock J, Knight S, and Naylor D. Evaluation of neuromuscular electrical stimulation in the treatment of genuine stress incontinence. *Physiother* 1998; 84(2): 61–71.
35. Luber K and Wolde-Tsadik G. Efficacy of functional electrical stimulation in treating genuine stress incontinence: A randomized clinical trial. *Neuro-ourol Urodyn* 1997; 16: 543–51.
36. Sand PK, Richardson DR, Staskin SE, Swift SE, Appell RA, Whitmore KE, Ostergaard DR, Lavin PT. Pelvic floor stimulation in the treatment of genuine stress incontinence: A multicenter placebo- controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 72–9.
37. Thyssen H and Lose G. Long-term efficacy and safety of a disposable vaginal device (Continence Guard) in the treatment of female stress incontinence. *Int Urogynecol J* 1997; 8: 130–3.
38. Staskin D, Bavendam T, and Miller J. Effectiveness of a urinary control insert in the management of stress urinary incontinence; results of a multicenter study. *Urology* 1996; 47: 629–36.
39. Bø K. Fysioterapi i behandling av urininkontinens hos eldre kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117(18): 2623–6.

## 2.2 Menstruasjonsplager

**Johanne Sundby, Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.**

### **Menstruasjonssmerter**

Dersom ikke graviditet opptrer, kvitter kroppen seg med den overflødig slimhinnen i livmoren. Det er dette som er menstruasjon. Menstruasjonen bør neppe sees på som sykdom. Noen kvinner opplever menstruasjonen som plag som og har så sterke menstruasjonssmerter at grenseoppgangen mot sykdom er vag. Hos noen kvinner kan man påvise årsakene till smertene og behandle den til grunnliggende årsaken. Hos andre finner man ingen årsak til menstruasjonssmertene. Heldigvis kan de fleste menstruasjonssmerter dempes med medikamenter, men redusert arbeidsevne, konsentrasjonsevne eller bivirkninger av medisiner kan plage noen kvinner. Disse plagene kan skape irritasjonsmomenter for eksempel i arbeidsforhold, men det finnes lite kunnskap om omfanget av denne typen plager.

### **Uregelmessige kraftige menstruasjonsblødninger**

«Normen» for menstruasjon er at det går cirka 4 uker mellom hver blødning, og at menstruasjonen varer fra 4 til 7 dager. Her er det store individuelle variasjoner, akkurat som alderen for første og siste menstruasjon. P-piller etterligner slik normalsyklus med sine 28-dagers pakninger. Noen kvinner har i starten av sin menstruasjonskarriere lengre intervaller eller lengre blødninger. Noen opplever at menstruasjonen blir borte eller uregelmessig under stress, forandring eller flytting. Alt dette er «normalt». Det er antagelig også normalt at menstruasjonen endrer seg etter en viss alder, før den egentlige overgangsalderen setter inn.

En av de vanligste årsakene til at kvinner midt i livet søker lege, er at menstruasjonen blir hyppigere, rikeligere eller varer lenger. Selv dette kan sees på som «normalt», men for noen er ubehaget ved å blø til stadighet, et så irriterende moment at man søker behandling. Før i tiden ble kvinner med altfor kraftige menstruasjonsplager ofte behandlet med utskraping, eller i siste instans med at man fjernet livmoren, og i mange tilfelle også eggstokkene. Moderne medisin har gitt flere muligheter. Man kan prøve hormoner, blødningstillende midler, hormonspiral (især hvis man samtidig trenger prevensjon) eller nyere behandling der man ikke fjerner hele livmoren, men bare den indre (slimhinneproduserende) delen av den. Mange av disse behandlingene er så nye at det kan være vanskelig for både lege og pasient å ta stilling til den beste tilnærmingen. En god regel kan være å prøve det minst radikale først, slik at man har rettetmuligheter. Forskning har vist at noen kvinner «sørger» over tap av livmor ved operasjon, og det har vært reist kritikk mot den liberale praksis i forhold til å fjerne eggstokker «for sikkerhets skyld». Det kan bli kreft i dem seinere, er et av argumentene. De fleste kvinner ser ut til å ønske å beholde sine underlivsorganer, men vil likevel gjerne slippe ubehag, smerter og utidige blødninger. En god kvinnehelsepraksis vil være å drøfte de ulike alternativene med kvinnen og gi henne råd ut fra hennes egne overveielser.

De kvinnene som får godartede forandringer i underlivet, som for eksempel muskelknuter eller godartede cyster eller svulster på eggstokkene, må også, sammen med legen, ta stilling til om plagene og risikoen er så stor at man skal operere eller om man kan vente og se hvordan sykdommen utvikler seg. Argumenter for operasjon av en livmor med muskelknuter, kan være størrelsen på muskelknuten eller grad av plager (smerter, tyngdefølelse og så videre). Store muskelknuter slutter å vokse etter overgangsalderen. Alder er derfor en faktor å ta med i vurderingen av behandling. For eggstokksvulster er det et viktig poeng å undersøke om det er holdepunkter for ondartet sykdom.

Det samme gjelder for blødninger fra underlivet etter overgangsalder. En slik blødning må alltid undersøkes med henblikk på kreft i livmor eller eggstokker. Oftest er det ikke det, men det kan man ikke si uten å undersøke det.

### **Premenstruell tensjon**

Mange kvinner opplever humørsvingninger i løpet av menstruasjonssyklusen. Noen slike svingninger kan forårsakes av hormonendringer. Likevel er de fleste humør- og temperamentssvingninger i kvinners så vel som menns liv forårsaket av ytre påvirkninger, frustrasjoner og gleder. Hos noen synes det å forekomme en økt sårbarhet eller lavere kontroll av aggressive følelser rett før menstruasjonen. Det har vært mye debatt om en slik kvinnelig dampventil, som kan gi utslag som sinne hos noen og forbigående depresjoner hos andre,

skal klassifiseres som sykdom. Også her er det glidende overganger mellom det alle opplever en grad av, og det som gir alvorlig handikap. Noen mener at kvinner har godt av perioder med mindre følelsesmessig kontroll, andre mener det bør behandles. Her finnes det neppe standardsvar. «Diagnosen» premenstruell tensjon er i alle fall ikke entydig, og graden av plager kan for en enkelt kvinne variere fra syklus til syklus.

### **Endometriose**

Endometriose er karakterisert ved at man finner slimhinne fra livmoren på feil steder i magen: utenpå livmoren, på eggstokker og på tarmoverflaten. Man kan ikke stille en sikker diagnose uten å kikke inn i magen, men man kan få mistanke gjennom symptomer og problemer med å bli gravid. Man har flere teorier om årsaken, blant annet at slimhinne fra livmoren presses ut av egglederne og over på bekkenorganene under menstruasjonen. I tillegg til å føre til en noe nedsatt evne til å bli gravid, kan endometriose gi invalidiserende underlivssmerter og menstruasjonssmerter. Det er behov for mer forskning, forståelse og integrert behandling av denne kroniske kvinnesykdommen, selv om visse former for medisinsk behandling (med hormonlignende medisiner) kan stanse eller reversere utviklingen og gi graviditet.

## **2.3 Ufrivillig barnløshet**

**Johanne Sundby, Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.**

### **Gjentatte spontanaborter**

Den vanligste årsaken til at en kvinne ikke får barnet hun ønsker seg, er spontan abort tidlig i svangerskapet. Man vet ikke helt hvor vanlig dette er, i og med at tidlige aborter skjer ofte før man vet at graviditeten er i gang. I mange tilfeller skjer abortene fordi graviditeten 'ikke var helt i orden'. Mange kvinner må finne seg i både å oppleve en ufrivillig tidlig abort, og ikke alltid få gi svar på hvorfor det skjer. Som oftest vil neste graviditet være helt i orden. Hvis en kvinne har tre påfølgende spontane aborter, er det oftest tjenlig å starte en utredning samt å gi henne betydelig psykososial støtte.

Noen få velger å abortere et ønsket barn etter prenatal diagnose som viser at barnet er alvorlig sykt eller vil bli funksjonshemmet. Her er det også store utfordringer på omsorgs- og informasjonssiden.

### **Infertilitet**

Den siste årsaken til ufrivillig barnløshet er infertilitet, eller manglende evne til å bli gravid. Dette er en diagnose som hefter ved paret, selv om det ofte er kvinnen som defineres som den som «bærer» tilstanden. Definisjonen av infertilitet er et års regelmessig samliv uten oppnådd graviditet. Det er bare 3–4% av alle kvinner i Norge som forblir ufrivillig barnløse gjennom hele den reproduktive fasen. Men mange opplever at det kan ta tid å bli gravid. Jo eldre enn er, desto lenger tid tar det. Det er viktig å vite nå som så mange utsetter barnefødsler til slutten av tju- eller begynnelsen av trettiårene. Det er ingen ting som tyder på at ufrivillig infertilitet er et økende problem, men noen av årsakene til infertilitet henger sammen med kvinnens livsstil. Røyking, kaf-

fedrikking, stress, noen yrkeseksposisjoner, seksuelt overførte sykdommer og ekstrem slanking er alle risikofaktorer for barnløshet. De fleste som har disse risikofaktorene blir imidlertid gravide uten problemer. Det finnes ingen holdepunkter for at psykiske problemer leder til infertilitet verken hos mann eller kvinne. Men seksuelle problemer kan forhindre befruktning. Vel halvparten av de ufrivillig infertile vil før eller siden adoptere et barn. Mange får barn ved hjelp av medisinsk behandling, men det er viktig å forberede pasienter som velger å bruke nye reproduktive teknikker på det faktum at ikke alle lykkes. Noen må gjennom ganske omfattende fysisk og psykisk belastende behandlinger før den ønskede graviditeten er et faktum. Nye reproduksjonsteknologier er et av de feltene der mange ulike elementer av samfunnet har hatt stor innflytelse på behandlingstilgang. Det er å bemerke at infertilitetens psykososiale side, som er et godt beskrevet område internasjonalt, ikke er viet oppmerksomhet i de eksisterende offentlige utredninger, og at det ikke finnes noe organisert behandlingstilbud for barnløshet som omfatter psykososial tilnærming. I andre land, som for eksempel Sverige, finnes det gode og velfungerende modeller for dette.

### *Litteratur*

Gallant SJ, Pureyar KG, Royak-Schaler R. Health care for women. American Psychological association 1997.

Medisinsk fødselsregister. Fødsler i Norge gjennom 30 år. MFR 1998.

Medisinsk fødselsregister. Årsmelding 1995 (Folkehelse og MFR).

Norges forskningsråd. Nytt om kvinne forskning. Kvinnerns medisin og helse II, årgang 20, 1996 (2).

Norsk Gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 1998. Den norske legeförening 1998.

Norsk Gynekologisk forening. Veileder i generell gynekologi. Den norske legeförening 1996.

Sundby J. Infertility, causes, care and consequences. Medisinsk doktorgrad. Universitetet i Oslo 1994.

Sundström-Feigenberg K. När livet var som best. Kvinner i Sundbyberg beretter om samlevnad, arbete och barn. Studentlitteratur 1987.

WHO technical series. Research on the menopause. WHO Geneve 1996.

## **2.4      Prevensjon**

***Finn Egil Skjeldestad, Kvinneklinikken, Det medisinske fakultet og Seksjon for epidemiologisk forskning, UNIMED, SINTEF, Trondheim.***

### ***Endringer i prevensjonsbruk***

Hvem bruker hvilken prevensjon? Hvordan endres prevensjonsbruken gjennom ulike livsfaser? To enkle spørsmål som kun delvis kan besvares. Det finns ingen rutinemessig datainnsamling om prevensjonsbruk i Norge. Statistisk Sentralbyrå har utført to intervjuundersøkelser i 1977 og 1988 (1,2), som gir landsdekkende data for prevensjonsbruk. Norsk Medisinal Depot oppgir salgstall for p-piller, minipiller og spiraler. I tillegg har Statistisk Sentralbyrå tall for steriliseringer. Verken salgstallene eller steriliseringstallene forteller noe om hva som karakteriserer brukerne.

Inntil midten av 1960-årene var kondom, avbrutt samleie eller sikre perioder de mest vanlige prevensjonsformene i Norge. Omfanget av pessarbruk på den tiden er ukjent. Steriliseringer forekom. Man vet ikke hvor fullstendig rapporteringen har vært til de sentrale helsemyndighetene. Plastikk spiral har vært tilgjengelig i Norge fra tidlig i 1950-årene. P-piller ble introdusert på det norske markedet i 1967. Man regner med at omtrent 20 000 kvinner brukte p-piller de første årene. Vurdert ut fra salgstall økte antall brukere av p-piller og spiral raskt utover i 1970-årene. Fra midten av 1970-årene ble kopper spiraler introdusert og salgstallene for spiral økte ytterligere. Det er beregnet at omtrent 150–160 000 kvinner brukte p-piller, mens nær 200 000 kvinner brukte spiral i slutten av 1970-årene.

Minipiller ble introdusert i 1971, men salget av minipiller tok aldri av i Norge på samme måten som i Sverige og Danmark. Lavdose p-piller ble introdusert i 1981. Basert på salgstall synes det ikke som introduksjon av nye p-piller har ført til endring av antall brukere utover i 1980- og 1990-årene. Totalsalget av p-piller etter 1980 har vist små variasjoner fra år til år. Utover i 1980-årene stagnerte spiral salget, mest sannsynlig som en konsekvens av forlenget virketid. Mens kopperspiraler innsatt i slutten av 1970-årene hadde en virketid på tre år, har dagens kopperspiraler en virketid fra 6–8 år. I tillegg har vi fått hormonspiral, introdusert i 1993, med en garantert virketid på 5 år. Korrigert for endret virketid, kan salgstallene for spiral tyde på at antallet brukere gikk noe ned gjennom 1980-årene. Ved utgangen av 1997 er det anslagsvis ca 50 000 kvinner som bruker hormonspiral i Norge, mens antallet kopperspiral brukere er estimert til 130–140 000 kvinner. Det kan synes som om introduksjonen av hormonspiral ikke har påvirket omfanget av bruken av kopperspiral.

Vi vet lite om brukermønstrene av prevensjon i Norge på 1990-tallet. Selv om ikke totaltallet prevensjonsbrukere har endret seg fra slutten av 1970-årene til slutten av 1980-årene, har brukermønstrene endret seg betydelig over 10-året (1,2,4). Brukermønstrene fra slutten av 1980-årene er sammenfallende med det som har vært prevensjonsanbefalinger fra helsevesenets side. P-piller brukes først og fremst blant yngre kvinner før de får sitt første barn. Det er en betydelig aldersforskyvning i p-pille bruk til yngre aldersgrupper fra slutten av 1970- til slutten av 1980-årene (1,2,4). Likeledes ser man en forskyvning av spiralbruk til eldre aldersgrupper, oftest blant kvinner med to eller flere barn. Mens man var «liberal» med spiralbruken blant yngre kvinner på 1970-tallet, viser brukermønstrene fra slutten av 1980-årene at helsevesenets anbefalinger om spiral bruk til «eldre» kvinner har slått igjennom. Med hensyn til kondombruk viste undersøkelsene gjennomført av Statistisk Sentralbyrå, i 1977 og i 1988, ingen forskjell over tid. Dette overrasker da man kunne ha forventet en betydelig økning i kondombruk i noen aldersgrupper fra 1977 til 1988. 1988 undersøkelsen var sammenfallende i tid med kostbare kondomkampanjer som ledd i HIV/AIDS bekjempelsen.

### **Sterilisering**

De største forandringene i prevensjonsbruk fra 1970- til 1980-årene gjelder omfang av sterilisering (2,4). Norske kvinner velger ved inngangen til 1990-årene i langt større grad sterilisering som prevensjonsmetode, dette til tross for at det har vært restriksjoner i tilbudet ved norske sykehus i mange år. Sammenlignet med 1970-årene var dobbelt så mange kvinner sterilisert ved inngangen til 1990-årene (2). Det er først og fremst kvinner med flere barn som velger sterilisering. Økningen i steriliseringshyppighet gjør seg gjeldende for

begge kjønn, men er størst for kvinner. Selv om Lov om sterilisering gir kvinner og menn, 25 år og eldre, rett til dette inngrepet i det offentlige helsevesenet, er denne rettigheten sterkt begrenset. Sterilisering har vært et uprioritert inngrep ved norske sykehus. I perioder på 1980-tallet var ventetiden for sterilisering inntil to år ved flere gynekologiske avdelinger (3). Framveksten av private klinikker har økt tilbudet om sterilisering til både kvinner og menn de senere årene. Stor prisdifferanse på inngrep utført i det private sammenlignet med offentlige tjenester forhindrer mange fra å søke sterilisering utført i privat sektor.

Antallet steriliseringer blant kvinner økte fra i underkant av 1 500 på landsbasis i 1970 til nær 8 000 i 1983. Etter 1983 har antallet kvinnelige steriliseringer på årsbasis sunket gradvis til i overkant av 4 000 i 1994. De to siste årene har antallet kvinnelige steriliseringer økt til noe over 5 000 igjen. Data over utførte mannlige steriliseringer har Statistisk Sentralbyrå siden 1983. Færre menn enn kvinner steriliserer seg og de senere årene har antallet mannlige steriliseringer økt til noe over 3000 på årsbasis.

### **Har prevensjonsbruken bivirkninger?**

Media fokuserer fra tid til annen på negative helseeffekter av prevensjon bruk; i hovedsak p-piller og spiral. Vi vet lite hvordan dette har påvirket kvinnens valg av prevensjon gjennom 1970- og 1980-årene. I løpet av november og desember 1995 sluttet nær 50 000 kvinner med en p-pille som inneholdt gestagenet desogestrel (Marvelon) etter at media fokuserte på at det var en nær dobbel risiko for dype venetromboser og lungeemboli blant disse p-pillebrukerne sammenlignet med brukere av p-piller inneholdende andre typer gestagen (levonorgestrel). Disse alvorlige bivirkningene er så sjeldne at man i et land som Norge med over 150 000 p-pille brukere ikke ville være i stand til å registrere på landsbasis årlige endringer i sykdomshyppighet av dype venetromboser eller lungeembolier ved endringer i brukermønstre for p-piller. Forekomsten av dype venetromboser og lungeemboli blant p-pillebrukere er henholdsvis 15–20 og 30–40 per 100 000 brukere per år. Blant ikke-p-pillebrukere er sykdomshyppigheten 5–10 per 100 000 kvinner per år i de aktuelle aldersgruppene.

P-piller har langt flere positive helseeffekter enn negative. Kvinner som bruker p-piller har blant annet redusert risiko for kreft i eggstokkene og kreft i livmoren. Det diskuteres hvorvidt det er en sammenheng mellom p-piller og brystkreft blant kvinner som bruker p-piller. Om denne sammenheng skulle være riktig, tilsvarer den økte risikoen 0–2 nye tilfeller av brystkreft per år på landsbasis.

For spiral har det vært fokusert mye på amerikanske data fra 1970-årene som viste en sammenheng mellom bruk av spiralen Dalkon Shield (plast spiral) og senere primær infertilitet (ufrivillig barnløshet blant par som ikke har barn fra før). Også norske kvinner har fått erstatning fra denne spiralproduzenten. Fra skandinavisk litteratur er aldri en slik sammenheng påvist. Spiralstudier fra de nordiske landene viser at fertiliteten etter at man tar ut spiralen er like høy som før spiralen ble satt inn.

Ikke noe prevensjonsmiddel er 100% effektivt og helt uten bivirkninger. Bivirkninger ved hormonpreparatene er mange og opptrer i varierende hyppighet. Fortsatt er det slik at de fleste som slutter med for eksempel p-piller gjør dette fordi de ønsker å bli gravide eller at de ikke lenger har et prevensjonsbehov. Blødningsforstyrrelser, vektproblemer og humørsvingninger er

de hyppigste bivirkningene ved pillebruk. Likeledes er blødningsforstyrrelser og (menstruasjons-) smerter de mest uttalte plagene ved bruk av spiral. Senplager etter sterilisering er lite uttalt.

Med hensyn til effektivitet er hormonspiralen like sikker som kvinnelig sterilisering. Dernest følger p-piller, spiral, minipiller, pessar og kondom.

### **Andre nordiske land**

Det er små forskjeller i prevensjonsbruk mellom de nordiske landene (5,6,7). P-piller brukes mer i Danmark og i Sverige enn i Norge, størst i de eldste aldersgruppene. Spiralbruken er større i Norge og Finland sammenlignet med Sverige og Danmark. Likeledes er steriliseringshyppigheten i Norge høyere for begge kjønn enn i de andre nordiske landene.

Det er lite trolig at forskjellen i prevensjonsbruk mellom de nordiske landene kan forklare forskjeller i abortforekomst. I et populasjons perspektiv er abort forekomsten svært lav i forhold til bruk av prevensjon i alle de nordiske landene. Ved å lage et kart over reproduktive hendelser for kvinner i fertil alder (15–44 år) basert på norske data måler vi aborthyppighet i størrelser 15 per 1 000 kvinner (15–44 år). Antallet prevensjonsbrukere kan beregnes til 500–600 per 1 000 kvinner. De øvrige er kvinner som ikke er seksuelt aktive (2–300), kvinner som definerer seg som infertile (30–50), kvinner som er gravide (75) og kvinner som planlegger svangerskap (30–50). Disse tallene vitner om at prevensjonsbevisstheten er høy blant norske kvinner og menn. I enkelte deler av den seksuelt aktive befolkningen bruker nær 70% de mest sikre prevensjonsformene, p-piller, spiral eller sterilisering.

Data for prevensjonsbruk er viktige for å forstå endringer i fruktbarhetsmønstre, endringer i seksuell adferd og forekomst av seksuelt overførte sykdommer. Prevensjonsdata er også nødvendige for å evaluere effekten av tiltak for å forebygge uønskede svangerskap og abort. Har ulike tiltak nådd fram til de målgruppene tiltakene var rettet mot? Ved å identifisere grupper med dårlig prevensjonsbruk har man muligheten for å skreddersy nye tiltak. Gjennom kunnskap om prevensjonsbruk i ulike livsfaser i befolkningen kan enkeltindivider ta stilling til egen prevensjonsbruk. Helsemyndighetene og helsepersonell kan gjennom prevensjonsdata få tilbakemelding på om prevensjon blir brukt i tråd med retningslinjene. Grunnene for at vi med års mellomrom trenger nye data for prevensjonsbruk i befolkningen kan ytterligere utvides, interessegruppene er mange.

Det er gjennomført to store landsomfattende intervju-undersøkelser om fruktbarhet der prevensjonsbruk har vært et av hovedelementene. Norge bør ta seg råd til å gjennomføre en større prevensjonsvaneundersøkelse hvert 10. år. Den første undersøkelsen ble gjennomført i 1977, den andre i 1988. Den tredje er under planlegging og vil forhåpentlig bli gjennomført i 1998.

### *Litteratur*

1. Østby L. Prevensjonsbruken i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103: 1793–7.
2. Noack T, Østby L. Mer effektiv prevensjonsbruk. Samfunnsspeilet 1991; nr 3: 20–24
3. Arntzen E, Skjeldestad FE. På venteliste til sterilisering, hva skjer? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1381–3
4. Skjeldestad FE. Choice of Contraceptive Modality by Women in Norway.



- Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73: 48–52.
5. Makkonen K, Hemminki E, Tuimala R. Contraception in Finland-with a focus on IUDs. Eur J Pub Health 1993; 3: 249–253.
  6. Osler M, Riphagen FE. Contraception Survey: Denmark 1988. Contraception 1990; 42: 507–21.
  7. Riphagen FE, Schoultz v B. Contraception in Sweden. Contraception 1989; 39: 633–42.

## 2.5 Abort i et kvinnehelseperspektiv

**Finn Egil Skjeldestad, Kvinneklinikken, Det medisinske fakultet og Seksjon for epidemiologisk forskning, UNIMED, SINTEF, Trondheim.**

### Abortlovgivning

Abort, fremkalt abort og provosert abort brukes synonymt med svangerskapsavbrudd og forståes som aktiv avbrytelse av et svangerskap. I Norge er inngrepet lovbestemt til å bli utført av helsepersonell på sykehus (1). Også i abortnemdene har kvinnens helse og leveår blitt tillagt stor vekt. I den historiske kampen for selvbestemt abort har rett til svangerskapsavbrudd blitt tillagt avgjørende betydning for å bedre kvinners helse og levevilkår. Innvilgelse ble gitt ut fra den aktuelle livssituasjonen og for å forebygge framtidige belastninger av betydning for både psykisk og fysisk helse. Gjennom dagens abortlov, praktisert fra 1. januar 1979, kan kvinner selv bestemme å avbryte et svangerskap innenfor svangerskapets 12 første uker (1). De biologiske forskjellene mellom kjønnene i reproduksjonsprosessen gir kvinner en særstilling i fødselsprosessen. Dette avspeiles i lovverket. Retten til selvbestemt abort er kjønns spesifikk, et kvinneanliggende.

Begjæring om svangerskapsavbrudd kan rettes direkte til sykehuset som utfører inngrepet (1). I Oslo-området begjærer mange kvinner svangerskapsavbrudd direkte. Det er mer vanlig å begjære svangerskapsavbrudd gjennom egen lege i andre deler av landet. Studier viser at kvinner som har fast lege, i hovedsak benytter denne legen for abortbegjæringen (2,3). Dette viser at kvinner ikke opplever abortkonsultasjonen som forskjellig fra andre konsultasjoner og ønsker åpenhet om abortvalget til legen.

Lov om selvbestemt abort gir kvinnene rett til å velge utfallet av det aktuelle svangerskapet før utgangen av 12. svangerskapsuke (1) Det er opptil de gravide kvinnene å bestemme hvem de vil informere om at de er gravide, hvem de vil diskutere utfallet sammen med og hvem de vil ta beslutningen om svangerskapsavbrudd sammen med (2–7). De fleste (> 90%) har informert og diskutert svangerskapsutfallet med barnefaren. Kvinner, 20 år og yngre, involverer oftere mor enn far i beslutningsprosessen (2,3). De aller fleste kvinnene har tatt beslutningen om abort før de oppsøker helsevesenet for å begjære svangerskapsavbrudd (2–4). Den informasjon som legen gjennom abortloven er pålagt å informere om, blir for mange uvesentlig for beslutningen om abort, men viktig for å skape trygghet i ventetiden før og visshet om hva skal skje under inngrepet (8). Legen som signerer abortbegjæringen, bekrefter at han/hun har gitt informasjon om hvordan inngrepet utføres og hvilke komplikasjoner som kan oppstå (2,3). Videre er legen pålagt å informere om hvilke trygde rettigheter gravide kvinner (enslige) har hvis de fullfører svangerskapet fram til fødsel. Det er svært få gravide kvinner som har behov for denne type informasjon under abortkonsultasjonen (2,3).

### **Har abortinngrep bivirkninger?**

Før utgangen av 12 svangerskapsuke utføres nærmest 100% av inngrepene som polikliniske konsultasjoner (dagkirurgi). For andretrimester aborter, som utgjør 2.5% av alle svangerskaps-avbruddene, blir de fleste svangerskapene over 15 svangerskapsuker innlagt 2–3 dager. For første trimester aborter utføres inngrepet ved hjelp av vaksugsug under narkose (9–12). Både den abortsøkende kvinnen og fosteret sover. Det er ingen smerter forbundet med inngrepet. Det er vanlig med rignende smerter de første timene etter inngrepet og lett avtagende blødning/brunlig utflod de første 7–10 dagene etter inngrepet.

Sett i et internasjonalt perspektiv er det få komplikasjoner til abortinngrep slik de utføres ved norske sykehus (9–12). Den vanligste komplikasjonen består i at livmorhulen er for dårlig tømt. Dette oppleves som økende brunlig utflod eller blødning ledsaget av smerter. I mange av disse tilfellene må man gjøre en ny utskraping av livmorhulen. For å være på den sikre siden, gir man antibiotikabehandling for eventuelt å kurere en begynnende infeksjon i livmorhulen eller forebygge senere infeksjoner. Norske studier gjennom 1970- og 1980-årene viser at om lag 5% av abortsøkende kvinner kommer tilbake til sykehusene på grunn av komplikasjoner (9–12). Abortinngrep ledsaget av alvorlige infeksjoner i livmor og eggledere (salpingitter) er sjeldent forekommende i Norge (9–12). Dette tæses til inntekt for høy hygienisk standard og god kvalitet på det kirurgiske arbeidet, samt at abortsøkende kvinner rutineundersøkes for og behandles for klamydia-infeksjoner.

Både norske og utenlandske studier viser at fruktbarheten er like høy etter som før et abortinngrep (13–15). Siden ett eller flere abortinngrep ikke nedsetter senere evne til å bli gravid eller bære fram svangerskap (15), er det viktig å bruke effektiv prevensjon etter inngrepet.

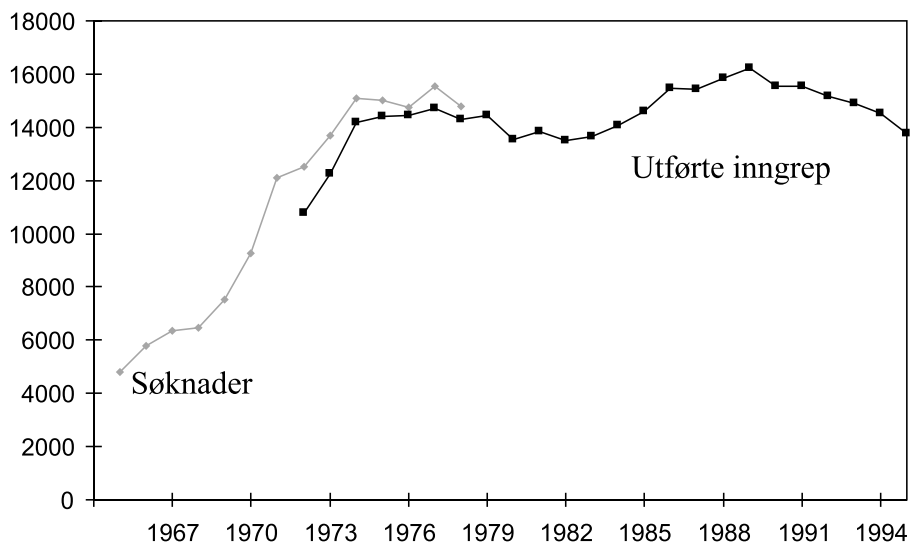
De aller fleste som gjennomgår et abortinngrep er lettet over at det hele er over (16–18). Alvorlige psykiske lidelser etter et abortinngrep forekommer svært sjelden (16). Mange kvinner opplever situasjonen rundt uplanlagt graviditet som en modningsprosess; man må ta stilling til forholdet til barnefaren om man vil flytte sammen, bryte opp. Videre om man kan påberegne støtte fra barnefaren hvis man velger å bli enslig forsørger. Man må ta stilling til mange praktiske aspekter ved det å få barn i nærmeste framtid: skole/utdanning, arbeidssituasjon, bolig, forholdet til tidligere barn, egen helse, syke barn, sykmeldt/arbeidsledig ektemann/samboer, syke/gamle foreldre. Og ikke minst blir egne moralske standpunkter satt på prøve. Gjennom denne prosessen er åpenhet til de nærmeste viktig for å få forståelse av det valget som tæses. All forskning viser at har man god støtte for valget som gjøres, er risikoen svært liten for å oppleve alvorlige psykiske lidelser etter abortinngrepet.

Noen opplever skyld og anger over at de har tatt abort eller kommet i en livssituasjon som førte til at utfallet av det uplanlagte svangerskapet ble abort (17,18). Skyld og anger kan i sin ekstreme konsekvens føre til sykelige tilstander. Men skyld og anger er også naturlige reaksjoner gitt normer for hva som er riktig og galt. At noen angrer et abortinngrep er ikke et uttrykk for psykisk lidelse; men naturlige reaksjoner hos kvinner og menn som ellers fungerer normalt i familie, skole og arbeidsliv. Disse nyansene mellom anger og skyld versus angst, depresjon og psykisk lidelse etter abortinngrep forsvinner i den kasuistiske debatten vi til tider har hatt i Norge de senere årene.

### Har vi for mange aborter i Norge?

Gjennom de 20 årene som er gått siden Stortinget (12. juni 1978) vedtok dagens lov om selvbestemt abort, har det blitt større åpenhet og en mer nyanisert abortdebatt i samfunnet. Større åpenhet gjør det lettere å snakke om personlige erfaringer i abortsaken (3). Mens de aller fleste aborter er førstetrimester-aborter (98 %), så har samfunnsdebatten i kjølvannet av St. meld. nr. 25 (1992–93; Om mennesker og bioteknologi) og St. meld. nr. 16 (1995–96; Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv) dreiet seg om indikasjoner for innvilgelse av andretrimester-aborter. Abortdebatten de senere årene har avspeilet kompromisset i dagens abortlov. Abortloven gir fosteret økende menneskeverd med økende svangerskapslengde. Det skal mer alvorlige, tungtveiende grunner for å gi innvilgelse på en søknad i 18 svangerskapsuke enn i 13 svangerskapsuke. I Norge er øvre grense for svangerskapsavbrudd satt til fullgåtte 18 svangerskapsuker (1).

Når man skal vurdere om aborttallene er høye eller lave må man velge referanserammer som er konkrete og gir en meningsfull sammenligning. Siden abortlovgivningen gjennomgikk to endringer i 1970-årene, er det naturlig å starte sammenligningen med en historisk oversikt av abortutviklingen. Innvilgelse av abort på sosiale indikasjoner var ikke inkludert i den første abortloven som trådte i kraft i februar 1964. Abort på sosial indikasjon var et politisk stridsemne inntil kravet om selvbestemt abort ble etablert på slutten av 1960-tallet og begynnelsen av 1970-tallet. I juni 1975 (13. juni) vedtok Stortinget å endre abortloven fra 1964 med å inkludere innvilgelse på sosialmedisinsk indikasjon. Lovforslaget fra 1975 trådte i kraft 1. januar 1976 og varte inntil lov om selvbestemt abort ble innført 1. januar 1979.



Figur 8.5 Svangerskapsavbrudd i Norge, 1965–1995

Norge har ingen god offentlig abortstatistikk før 1964. Fra 1964 fram til 1972 økte de årlige aborttallene fra vel 4 500 til over 12 000 svangerskapsavbrudd. Figur 8.5 viser antallet søknader og antallet utførte svangerskapsavbrudd fra 1965 til og med 1995. Etter 1974 har de årlige aborttallene variert mellom 14–16 000. Stikk i strid med hva kritikerene av liberaliseringen av

abortlovene på 1970-tallet hevdet, har ikke de absolutte aborttallene i Norge økt etter 1974. Det samme gjorde seg gjeldende i Sverige og Danmark, der det heller ikke ble noen økning i aborttallene etter at lov om selvbestemt abort ble innført på midten av 1970-tallet.

Ser vi så på andelen av første- og andretrimester aborter, så har disse tallene vært svært stabile etter 1979 (19). Mellom 97 – 98% av alle abortene har vært førstetrimester-aborter, mens 2–3 % har vært andretrimester-aborter. For andretrimester-aborter er det en økende tendens til at svangerskapsavbrudd utført på sosial indikasjon blir færre og at disse svangerskapsavbruddene konsentreres rundt 13–15 svangerskapsuke i 1990-årene. Tilsvarende har andelen svangerskapsavbrudd på eugenisk indikasjon (fosterdiagnostikk) økt og i større grad blitt konsentrert rundt svangerskapsukene 16–18. Mer oppmerksomhet og bedret diagnostikk både hva gjelder ultralyd-diagnostikk og kromosomanalyser forklarer denne utviklingen fra midten av 1980-tallet (19).

De absolutte aborttallene gir ikke et reelt bilde av abortutviklingen siden antallet kvinner i fruktbar alder (15–44 år) har økt med over 100 000 fra 1979 til og med 1995. Ser vi så på aborttallene for årene 1979 og 1995, var de i overkant av 14 000 i 1979 (14 456) og i underkant av 14 000 i 1995 (13 762). Justert for endringer i antallet kvinner i fertil alder er det en 15% nedgang i aborttallene fra 1979 til og med 1995. I årene mellom 1979 og 1995, så har aborttallene variert i femårsbølger. De første femårene etter innføring av lov om selvbestemt abort, sank aborttallene først og fremst blant gifte kvinner over 30 år. I femårsperioden 1984–1989 steg aborttallene totalt, mest uttalt i aldersgruppene 20–24 og 25–29 år for både gifte og ugifte kvinner. Fra 1990 og utover har aborttallene totalt sett gått gradvis nedover, mest uttalt for tenåringer (19 år og yngre) og i aldersgruppen 20–24 år. Det er vanskelig å forklare disse endringer i abortforekomst ut fra sosialpolitiske virkemidler. Fra 1984 har fødselstallene økt gradvis fram til 1989–90, senere har fødselstallene vært stabile. Selv om det er samvariasjoner i abort- og fødselstall, gir dette ikke forklaringer på hvorfor fenomenene endres over tid.

Abortforekomsten i et nordisk og internasjonalt perspektiv viser at abortsituasjonen i Norge er stabil (20). Finland (21) og Island har lavere aborthyppighet, mens Sverige (22–25) har hatt en høyere aborthyppighet enn Norge. Danmark (26) hadde den høyeste aborthyppigheten i Norden på midten av 1970-tallet, men har i 1990-årene en lavere aborthyppighet enn Norge. Til tross for en betydelig nedgang, er aborthyppigheten fortsatt høyere i Danmark enn i Finland og på Island.

Finland har vist den mest gunstige abortutviklingen i Norden fra slutten av 1970-årene og begynnelsen av 1980-årene. Mens aborthyppigheten i Finland var lik den i Norge på midten av 1970-tallet, gikk aborthyppigheten i Finland ned med 30% fram til slutten av 1980-årene. Siden har aborthyppigheten vært stabil i Finland. Finland og Island som har lavere aborthyppighet enn de andre nordiske landene, har lavere abortrater i alle aldersgruppene. Tilsvarende har Sverige som nå har den høyeste abortforekomsten i Norden, høyere abort forekomst i alle aldersgruppene.

I alle de nordiske landene er det betydelig variasjon i aborthyppigheten mellom de ulike landsdelene.

Vi finner «bibel»-fylkene med lav aborthyppighet. Dette bildet er beskrevet av Grunfeldt (27) allerede på slutten av 1960-årene i Norge og bildet er uendret i dag. Aborthyppigheten er lav på Sørlandet og Vestlandet, unntatt Hordaland, stiger så langs kysten nordover. Østlands fylkene har en abortforekomst tilsvarende Hordaland og Sør-Trøndelag, mens Oslo og de nordligste fylkene

i årevis har hatt den høyeste aborthyppigheten. Selv i Finland, etter en betydelig nedgang i abortforekomsten på midten av 1980-tallet, holdt de geografiske forskjellene seg over tid. Dette viser at fenomenet svangerskapsavbrudd har et kulturelt mønster som i mindre grad er påvirket av lovgivning eller tilgjengelighet eller bruk av prevensjon (28–32). På slutten av 1960-årene var det en mer restriktiv abortlovgivning i alle de nordiske landene og bruken av moderne prevensjon som p-pille og spiral var lite utbredt. De samme geografiske forskjellene i aborthyppighet i de nordiske landene var like uttalt da som nå.

I et globalt perspektiv er aborthyppigheten i Norge lav sammenlignet med øst europeiske land og USA (20). Det er vanskelig å sammenligne abortforekomst mellom ulike land på grunn av ulikheter i lovgivning og rapporteringssystemer. I land med liberal abortpraksis, som for eksempel Frankrike, er det en betydelig underrapportering av svangerskapsavbrudd på grunn av helsevesenets organisering i privat og offentlig sektor. De mest sannferdige sammenligningene kan gjøres med våre nordiske naboland der kultur, lovgivning, helsevesenets offentlige organisering og rapporteringssystemer er mer ensartede.

### **Svikter prevensjon?**

Abortforekomst kan også evalueres i forhold til seksuell aktivitet og ulike prevensjonsmetoders effektivitet. For gifte kvinner har den årlige abortforekomsten vært omtrent 10 per 1 000 gifte kvinner, mens den for ugifte kvinner har vært ca 22–23 per 1 000 ugifte kvinner i 1990-årene. Seksualvaneundersøkelsene (33) gir holdepunkter for at ca 90% av gifte kvinner 44 år og yngre er seksuelt aktive hver måned, mens ca 50–60% av ugifte kvinner har minst ett samleie i måneden. Kopperspiraler har en metodesvikt som tilsvarer 10 graviditeter per 1 000 kvinner som bruker spiralen i ett år. Selv om bare 10–15% av dem som tar abort blant gifte kvinner er blitt gravide med spiral, betyr det at aborthyppigheten blant gifte kvinner er lav «sammenlignet» med hvor effektiv kopperspiraler er i å beskytte seg mot svangerskap. Det betyr at potensialet for forebygging av svangerskapsavbrudd er lite blant gifte kvinner sett i forhold til ugifte kvinner.

Hvis vi antar at omtrent halvparten av ugifte kvinner er seksuelt aktive hver måned, vil aborthyppigheten blant seksuelt aktive ugifte kvinner estimeres til 40–45 svangerskapsavbrudd per 1 000 ugifte kvinner i året. Tilsvarende tall oppgis av Verdens Helseorganisasjon som metode- og brukersvikt ved konsekvent kondombruk. Potensialet for å forebygge uplanlagte svangerskap og derav svangerskapsavbrudd med bedret prevensjonsbruk er derfor langt større blant ugifte kvinner enn blant gifte kvinner. Om abortforekomsten blant ugifte kvinner kunne bli lik den vi har for gifte kvinner, ville aborttallene stabilisere seg rundt 9 000 svangerskapsavbrudd i året i Norge.

Når svangerskap er erkjent, velger enslige kvinner langt oftere svangerskapsavbrudd enn gifte/samboende kvinner. Bosituasjon, antall tidligere barn og holdning til dagens abortlov er også avgjørende faktorer for om det uplanlagte svangerskapet blir fødsel eller abort (2,3,34,35).

Sosialpolitiske tiltak og støtteordninger for gravide er i hovedsak rettet mot enslige kvinner. Studier viser at støtteordningene har liten innflytelse på om valget blir abort eller fødsel, men er av betydning for livsoppholdelsen for dem som har valgt å fullføre et uplanlagt svangerskap. Forebygging av uønskede svangerskap kan og bør gjøres blant «ikke-gravide» kvinner og menn.

Det er gjennom større bevissthet om bruk av mer effektive prevensjonsmetoder over lengre tid at uplanlagte svangerskap kan forhindres.

Median seksuell debutalder for kvinner er ca 17–18 år i Norge. I over 30 år av ens reproduktive liv skal kvinner og menn beskytte seg mot uplanlagt svangerskap. Over disse 30 årene er de aller fleste kvinnene gode og effektive prevensjonsbrukere. I perioder med liten eller ingen seksuell aktivitet har mange ingen fast partner. I seksualitetens irrganger er det spontane rom. I disse periodene, som kan være av kort varighet for mange, vil man være minst beskyttet mot svangerskap og samtidig som det er stor sannsynlighet for å velge abort dersom uplanlagt svangerskap skulle oppstå fordi man ikke har et etablert forhold til barnefaren. Derfor er en og samme kvinne, en og samme mann, i lange perioder ansvarsbevisste prevensjonsbrukere for så i andre faser av livet å ha uregelmessig prevensjonsbruk. Det er innenfor disse rammene at mange svangerskapsavbrudd blant kvinner uten fast partner kan forståes.

### **Abortforebyggende tiltak – virker de?**

Gjennom en levende kontinuerlig samfunnsdebatt om barns vilkår og likestilling mellom kjønnene aktualiseres reproduktive rettigheter som gratis prevensjon og selvbestemt abort. Tiltak som øker åpenheten og tilgangen til prevensjon i samfunnet øker det individuelle ansvaret for å beskytte seg mot uplanlagt svangerskap. I denne sammenhengen kan prosjekt som evaluerer større omfang av prevensjonsveiledning fra helsestasjonen gi nyttig viten til framtidige handlingsplaner mot uønsket svangerskap og abort. Det å løsne reseptmonopolet for p-piller fra leger til også å omfatte helsesøstre er et spennende satsningsområde fra Sosial- og Helsedepartementet. Mer forskning på beslutningsprosessen rundt det å velge abort etter erkjennelse av uplanlagt svangerskap kan gi nyttig informasjon om åpenhet, grunner for, og psykisk slitasje/modning som abortsøkende kvinner opplever. Vi trenger mer kunnskap for at helsevesenet i større grad skal kunne møte klienter med ulike behov for informasjon og rådgiving i abortsituasjonen. Årlig brukes over 10 millioner norske kroner i handlingsplanen mot uønskede svangerskap og abort – uten vilje til evaluering kan man ikke lære noe av de tiltakene som settes i verk.

### *Litteratur*

1. Lov om Svangerskapsavbrudd med Endringer, Forskrift og Veiledning. I-2062, Oslo: Statens trykksakekspedisjon, 1978.
2. Skjeldestad FE. Induced abortion: decision and need for medical information. *Scand J Prim Health Care* 1986; 4: 225–30.
3. Skjeldestad FE. Avgjerdelsesprosessen og behov for informasjon blant abortsøkende kvinner. *Tidsskr Nor Lægefor* 1994; 114: 2276–9.
4. Holmgren K. Time of decision to undergo a legal abortion. *Gynecol Obstet Invest* 1988; 26: 289–95.
5. Graff-Iversen S, Kristoffersen M. Mannlig partners rolle ved prevensjonsvikt og abortvalg. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 1497–500.
6. Ytterstad T, Seljeskog, Tollan A. Avgjørelsesprosessen ved provosert abort. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 2096–7.
7. Jordheim O. Abortsøkende – årsaker, prevensjon, informasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 2557–8.
8. Sachdev P. Councelling single abortin patients: a research overview and

- practice implications. In: Sachdev P (red.) Perspectives on abortion. London. The Scarecrow Press, 1985: 236–65.
9. Nesheim BI. Induced abortion by the section method. An analysis of complication rates. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984; 63: 591–4.
  10. Fylling P, Jerve F. Experiences with prostaglandins for therapeutic abortions in Norway. Their need and their benefits. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1983; 113: 113–5.
  11. Iversen T, Skjeldestad FE. Intracervical administration of prostaglandin E2 prior to vacuum aspiration. A prospective double-blind study. *Int J Gynecol Obstet* 1985; 23: 95–7.
  12. Skjeldestad FE, Tuveng J. Cervical dilatation with Lamicel in first trimester therapeutic abortion. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 33: 153–7.
  13. Atrash HK, Strauss LT, Kendrick JS, Skjeldestad FE, Ahn YW. The relation between induced abortion and ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 512–8.
  14. Skjeldestad FE, Atrash, HK. Evaluation of induced abortion as a risk factor for ectopic pregnancy. A case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 151–8.
  15. Skjeldestad FE, Kendrick JS, Gargiullo PM. Multiple induced abortions as risk factor for ectopic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 691–6.
  16. Brewer C. Incidence of postabortion psychosis: a prospective study. *BMJ* 1977; 1: 476–7.
  17. Lazarus A. Psychiatric sequelae of legalized elective first trimester abortion. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1984; 4: 141–50.
  18. Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological responses after abortion. *Science* 1990; 248: 41–4.
  19. Skjeldestad FE, Borgan JK. Trends in Induced Abortion During the 12 Years Since Legalization in Norway. *Fam Plann Perspect* 1995; 26: 73–76.
  20. Henshaw SK. Induced Abortion: a World Review. *Fam Plann Perspect* 1990; 22: 76–89.
  21. Induced abortions in Finland until 1991. Health 3–1993. Helsingfors: National Research and Development Centre for Welfare and Health, 1993.
  22. Statistiska meddelanden. Aborter 1980. HS 1982: 5. Stockholm: Central Bureau of Statistics, 1982.
  23. Statistiska meddelanden. Aborter 1985. HS 33 SM 8702. Stockholm: Socialstyrelsen, 1987.
  24. Statistiska meddelanden. Aborter 1990. HS 46 SM 9102. Stockholm: Socialstyrelsen, 1991.
  25. Statistiska meddelanden. Aborter 1991. HS 46 SM 9202. Stockholm: Socialstyrelsen, 1992.
  26. Statistik om prævention and aborter 1991 og 1992. *Vitalstatistik I*: 36: 1993. København: Sundhedsstyrelsen, 1993.
  27. Grünfeld B. Legal abort i Norge. Oslo: Universitetsforlaget, 1973.
  28. Skjeldestad FE. Choice of Contraceptive Modality by Women in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 48–52.
  29. Makkonen K, Hemminki E, Tuimala R. Contraception in Finland—with a focus on IUDs. *Eur J Pub Health* 1993; 3: 249–253.
  30. Osler M, Riphagen FE. Contraception Survey: Denmark 1988. *Contraception* 1990; 42: 507–21.
  31. Rasmussen NK. Abort – et val ? København: Institutt for Social Medicin, 1983.

32. Riphagen FE, Schoultz v B. Contraception in Sweden. *Contraception* 1989; 39: 633–42.
33. Bakketeig LS, Hareide B. Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987 og 1992. Folkehelse, Oslo, 1993.
34. Skjeldestad FE. «When pregnant – why induced abortion ?» *Scand J of Soc Med* 1994; 22: 68–73.
35. Skjeldestad FE et al., Induced Abortion: Effects of marital status, age and parity on choice of pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 255–60, 1994.

## 2.6 Sykelighet i svangerskap og etter fødsel

**Johanne Sundby, Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.**

### **Sykelighet i svangerskapet**

Over halvparten av alle gravide kvinner i Norge er sykemeldt i deler av svangerskapet. Ikke all sykemelding i svangerskapet er begrunnet i sykdom hos moren. Det å arbeide når man er gravid, stiller andre krav til arbeidsplassen enn når man ikke er gravid, blant annet har fosteret krav på beskyttelse mot noen stoffer som man vet er skadelige. Dersom arbeid ikke kan tilrettelegges, skal man ha krav på svangerskapspengene.

Mange kvinner opplever ubehag eller sykdom knyttet til svangerskapet eller de opplever at skader eller sykdom de allerede sliter med, blir forverret eller vanskeligere å håndtere. Det finnes ingen god statistikk over sykelighet i svangerskapet. Medisinsk fødselsregister fører statistikk over noen tilstander, men det er knyttet til ulike feilkilder til statistikken. De fleste plagene under svangerskap er forbigående og ikke alvorlige. Svangerskap er en vanlig forekommende tilstand. Det påbegynnes årlig omtrent 80 000 graviditeter og fødes omtrent 60 000 barn. I Medisinsk fødselsregister er det for 1996 rapportert 13 190 tilfelle av mødresykelighet (22% av alle). Forhøyet blodtrykk før svangerskapet ble registrert hos 0,3 %, mens det under svangerskapet hos 1 %. Blødning eller urinveisinfeksjon ble rapportert hos 1,5 %, sukkersyke hos omtrent 1 %, og kjønnssykdom hos 0,5%, og epilepsi hos 0,5%. Alle på lager knyttet til svangerskap vil derfor gjøre store utslag i den totale sykeligheten, noe som illustreres med at omtrent 10% av alle innleggelsene er og 7% av alle polikliniske konsultasjoner i sykehushelsetjenesten skyldes svangerskapsrelaterte tilstander.

### **Svangerskapskvalme**

Svangerskapskvalme er vanlig tidlig i graviditeten. I moderat grad er antagelig denne plagen meget vanlig, og må sees på som normal. I enkelte tilfelle kan svangerskapskvalmen bli så omfattende at legene må ty til tiltak som sykemelding eller innleggelse. I mange tilfelle har kvinner med svangerskapskvalme blitt mistenkeliggjort. Man har tenkt at kvalmen skyldes ambivalens til graviditeten eller til ektefellen. Streng sosial isolasjon har noen ganger vært eneste tilgjengelige behandling. Det finnes nå ingen empiriske holdepunkter for at det er en slik sammenheng. Svangerskapskvalme har antagelig både psykososiale og biologiske årsaker. Behandlingen er ofte en kombinasjon av ro, sykemelding, en viss skjerming, omsorg fra pårørende,



stressreduksjon og medisinsk korrigerende av feil i metabolismen. Vi vet at kvalmen ofte er mer utalt ved tvillinggraviditeter. Dette understøtter en biologisk forklaringsmodell. Samtidig vet vi at kvinner som har det vanskelig, har alvorlige samlivsproblemer eller har en bakgrunn med spiseforstyrrelser eller psykisk sykdom ser ut til å være mer utsatt. Vi vet ikke sikkert hvor mange kvinner som blir behandlet for svangerskapskvalme i Norge. Dette blir ikke registrert i medisinsk fødselsregister (MFR). En god del kvinner blir innlagt på sykehus under svangerskapet, men det er en rekke andre årsaker til slik innleggelse. Det som er sikkert, er at mange kvinner har flere måneder med denne typen plager i svangerskapet sitt. Like sikkert er det at det går over etter hvert som graviditeten kommer lenger. Overgangen fra moderat «normal» kvalme og tretthet i svangerskapets første trimester til mer alvorlig grad av svangerskapskvalme er glidende.

### **Preeklampsi/høyt blodtrykk**

En lidelse som er relativt hyppig i graviditeter, og som det egentlig vites lite om årsakene til, er svangerskapskomplikasjoner som i dagligtale kalles 'svangerskapsforgiftning' (preeklampsi), men som av medisinerne kalles «hypertensive svangerskapskomplikasjoner (hypertensjon er høyt blodtrykk). Det dreier seg ikke om noen forgiftning i klassisk forstand, men populært kan en si at kvinnen påvirkes negativt av sin egen graviditet. I følge Medisinsk fødselsregister registreres denne lidelsen i omtrent 3,5 % av alle graviditeter. Den er hyppigst forekommende i første graviditet. Kvinnen kan merke symptomene på dette for eksempel ved at hun synes hun hovner opp (får ødemer) eller får vite at hun har høyt blodtrykk. Eggehvite i urinen, hodepine og i verste fall problemer med blodkoagulasjonen og kramper ledsager de mer alvorlige tilfellene (Eklamptisk anfall, HELLP syndrom).

I svangerskapsomsorgen er screening for preeklampsi ved blodtrykksmåling og urinprøver et av de viktige forebyggende tiltakene vi har. Som nevnt, vil omtrent 1% av alle svangre ha et forhøyet blodtrykk i svangerskapet. Behandling er ofte hvile i form av sykemelding og sengeleie. I alvorligere tilfelle av svangerskapsforgiftning, der mors eller barnets liv er truet, må fødselen settes igang. Selv om det forskes mye omkring svangerskapsforgiftning, er dette et område av kvinners sykdommer der medisinsk kunnskap verken vet nøyaktig hva det kommer av eller hva som er den beste behandlingen. Antagelig er årsakskjeden kompleks. Derfor har det vært ulike typer behandlingsregimer i bruk. Vesentlig i alle behandlingsformer er at kvinnen trenger ro, hvile og omsorg. Det er det ikke alltid lett å få hvis kravene til henne er store i hjemmet eller i arbeidslivet. Innleggelse med snarlig forløsning eller intensiv behandling er ofte påkrevet i mer alvorlige tilfeller.

Forskningsresultater kan tyde på at faktorer som diett, immunologi, morkakens tilstand og en rekke andre faktorer er medvirkende til dette problemet. Alvorlig eklampsi kan morens liv være truet, og denne tilstanden er en av de sykdommene som er ansvarlig for høye mødredødelighetstall i andre deler av verden. I Norge er svangerskapsomsorgen så godt utviklet at det går bra med de fleste, selv om legene i noen tilfelle må gjøre keisersnitt før svangerskapsterminen. Svangerskapsforgiftning er derfor en lidelse som kan lage en konflikt mellom morens helse og fosterets helse. I Norge vil hensynet til morens overlevelse alltid komme først!

**Andre plager i svangerskapet.**

Kroppen forandrer seg under svangerskapet. Den viktigste endringen er selvsagt at magen vokser, men også at man legger på seg ut over det fosteret og magen veier. Dette er en normal vektøkning, som skal sikre et energilager til amming av barnet etter fødsel. Likevel er det kvinner som bekymrer seg over de ekstra kiloene. Hvis de planlegger å amme, noe de aller fleste kvinner i Norge i dag heldigvis gjør, raser ofte kiloene av igjen etter fødselen.

I tillegg til vekt, opplever gravide kvinner ofte kløe, tretthet, prikking eller hevelse i beina, søvnløshet, sure oppstøt, hyppig vannlatningstrang og treg mage, eller slitenhet og smerter i bein, rygg, hofter eller bekken. . Vi vet ikke så mye om omfanget av disse plagene. De som arbeider med svangerskapsomsorg, har spørsmål omkring dette som daglige problemstillinger. Mange av disse små plagene kan tolereres nettopp fordi de fleste regner med at «slik er det å være gravid» og har vissheten om at det vil gå over. Hos noen går det ut over livskvaliteten i graviditeten. Hos noen kan summen av disse plagene være nok til at de føler de ikke klarer å arbeide samtidig med å være gravid. For å få sykemelding, må man likevel ha en medisinsk legitimert diagnose. Diagnosene på sykemeldinger kan derfor av og til være misvisende for forståelsen av de reelle plagene.

**Svangerskap hos kvinner med spesielle sykdommer – behov for særomsorg?**

Det mest slående trekket ved endringer i medisinsk omsorg for fødende, har vært oppbygging av omsorg for de kvinnene som har en kronisk sykdom, men likevel velger å få barn. Det har vært en stor økning av kvinner med sukkersyke som føder. I følge Medisinsk fødselsregister data er økningen fra 94 kvinner i 1967 til 720 kvinner i 1996, en nesten åtte-dobling. Det er også en økning av fødende med epilepsi fra 154 i 1967 til 343 i 1996 og revmatisme. Det er til dels bygget opp en særomsorg for kvinner i de spesialiserte sentrene. Denne omsorgen er kunnskaps- og ressursintensiv. Det går nå medisinsk veldig bra med de aller fleste barna som fødes av kvinner med kroniske sykdommer. Kronisk syke kvinner har behov for spesiell omsorg ut over den medisinske omsorgen. En god modell for slik omsorg for gravide med revmatisk sykdom er bygget opp i Trondheim rundt spesialister på revmatisme og fødselshjelp. Slike ekspertsentre øker den nasjonale kunnskapen om håndtering av kvinner med særbehov.

Selv kvinner med tverrsnittslammelse, blinde kvinner, og nyre- og hjertetransplanterte kvinner kan i dag føde barn hvis de får optimal omsorg før og under graviditet og fødsel. Andre grupper er mer kompliserte å forholde seg til. For eksempel kan det være vanskelig å gi råd til kvinner med behandlet brystkreft eller andre kreftsykdommer, eller alvorlige hjerte/lungelidelser, der en graviditet kan være en trussel for kvinnens egen helse og liv.

I tillegg til selve omsorgen for disse kvinnene når de er gravide, er det et spørsmål knyttet til hvilke rettigheter og muligheter for funksjonshemmede og kronisk syke kvinner har for å kunne bli mødre. Det foreligger behov for genetisk veiledning ved enkelte tilstander, siden det kan tenkes at sykdommen de bærer har en arvelig komponent. Noen med spesielle sykdommer bør kanskje frarådes å gjennomføre graviditet, og da er spørsmålet om de skal ha mulighet til adopsjon. Kvinner med Turners syndrom, for eksempel, mangler eggceller, og kan ikke bli gravide selv, og har for tiden ikke mulighet til å bli gravide med eggdonasjon i Norge. Noen funksjonshemmede kvinner kan møte ulike fordommer fra helsepersonell. Holdninger om at de ikke bør få

barn når de ikke har optimal omsorgsevne er ubudt. Funksjonshemmede kvinner kan også føle seg presset til fostervannsprøve eller abort. Omsorg for syke gravide bør være et fagområde der ulike disipliner samordner seg og samarbeider om de enkelte kvinner. Et annet godt eksempel er de gode erfaringene fra diabetesomsorgen som viser at det nå er like trygt å føde barn som diabetiker som for en hvilken som helst kvinne.

### **Fødsels- og barselsykelighet**

Komplikasjoner i fødsel registreres etter type, og ikke etter alvorlighetsgrad. Vi vet derfor ikke hvor mange kvinner som faktisk trenger eller får spesialiserte tjenester på intensivavdeling under eller etter fødsel. Det har vært en markert økning av andelen fødsler som foregår med keisersnitt. I 1967 var keisersnittsandelen 1,8 % og i alle årene siden 1985 har den ligget rundt 12%. Økningen i keisersnitt i den første delen av perioden har sannsynlig vært med på å få ned andelen nyfødte som har dødd. I de senere årene er en slik assosiasjon ikke så lett å få øye på i den store statistikken. Høy keisersnittsfrekvens i seg selv gir økt mødresykelighet først og fremst som små postoperative plager, men også mer alvorlige som infeksjoner, blødninger og spinalhodepine. Keisersnittskomplikasjoner er ikke en del av den offentlige statistikken.

Vi trenger mye mer kunnskap om mødresykelighet i Norge. Flere tilfelle av alvorlige komplikasjoner etter operativ forløsning peker på at vi trenger å føre løpende kontroll med utvikling av mødresykelighet av alvorlig art, for eksempel hvor mange kvinner som trenger oppfølging på intensivavdeling etter fødsel. En komite nedsatt av legeföreningen – riktignok med bare mannlige medlemmer – skal se på keisersnittsbruk i Norge. Dette er et kvalitetsikringsarbeid som vi anser som viktig å prioritere, men der brukerperspektivet og jordmødres syn også bør høres. Studier fra andre land det kan være naturlig å sammenligne seg med (England, Australia) påpeker at det er mange kvinner som opplever ikke ubetydelige komplikasjoner og plager etter en fødsel, noen steder så mange som over to tredjedeler. Svangerskapsomsorgen i Norge er lagt opp med stor konsentrasjon før og under fødsel, og med en sterk fokusering på barnets helse etter fødsel. Gravide får tilbud om en etterkontroll, de som har hatt komplikasjoner kan få et utvidet, personlig tilbud.

Typiske barselplager er: vedvarende bekkenløsning, såre brystvorter, ammeproblemer, brystbetennelse, sår skjede, vonde sting/smerter der man er klippet eller revnet og sydd, følelse av inkontinens for urin, luft eller avføring, tretthet, depresjon og mangel på seksuell lyst. Det er normalt å føle en viss grad av nedstemthet etter en fødsel. Det er naturlig og viktig for barnet at man konsentrerer alle følelser og oppmerksomhet mot dets behov. Da kan det bli litt lite overskudd til andre, inkludert en selv. Det er først når denne nedstemtheten tar overhånd og varer for lenge eller går ut over egen trivsel at det kan være behov for hjelp. Den mest alvorlige barselsykdommen vi finner, er post-partum psykose, som ikke rammer så veldig mange.

### *Litteratur*

Gallant SJ, Pureyar KG, Royak-Schaler R. Health care for women. American Psychological association 1997.

Medisinsk fødselsregister. Fødsler i Norge gjennom 30 år. MFR 1998.

Medisinsk fødselsregister. Årsmelding 1995 (Folkehelse og MFR).

Norges forskningsråd. Nytt om kvinne forskning. Kvinnens medisin og helse II, årgang 20, 1996 (2).

Norsk Gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 1998. Den norske legeforening 1998.

Norsk Gynekologisk forening. Veileder i generell gynekologi. Den norske legeforening 1996.

Sundby J. Infertility, causes, care and consequences. Medisinsk doktorgrad. Universitetet i Oslo 1994.

Sundstrøm-Feigenberg K. När livet var som best. Kvinner i Sundbyberg beretter om samlevnad, arbete och barn. Studentlitteratur 1987.

WHO technical series. Research on the menopause. WHO Geneve 1996.

### 3 Kreft

---

#### 3.1 Brystkreft – forekomst og leveutsikter

*Steinar Tretli, Kreftregisteret.*

##### **Noen bakgrunnstall for brystkreft**

I 1995 ble det diagnostisert 2154 nye tilfeller av brystkreft blant kvinner og 11 tilfeller blant menn. Brystkreft utgjør 22% av all kreft som diagnostiseres blant kvinner og er således den hyppigst forekommende kreftformen. Anslagsvis vil én av 13 kvinner oppleve å få diagnosen brystkreft i løpet av sin livstid (NOU-1997:20). På grunn av den høye forekomsten av brystkreft og de relativt gode overlevelsesutsikter disse pasientene har, så er det per 31. desember 1995 i live 21 482 kvinner som en eller annen gang har fått diagnosen brystkreft. I 1994 døde dessverre også 814 kvinner av brystkreft.

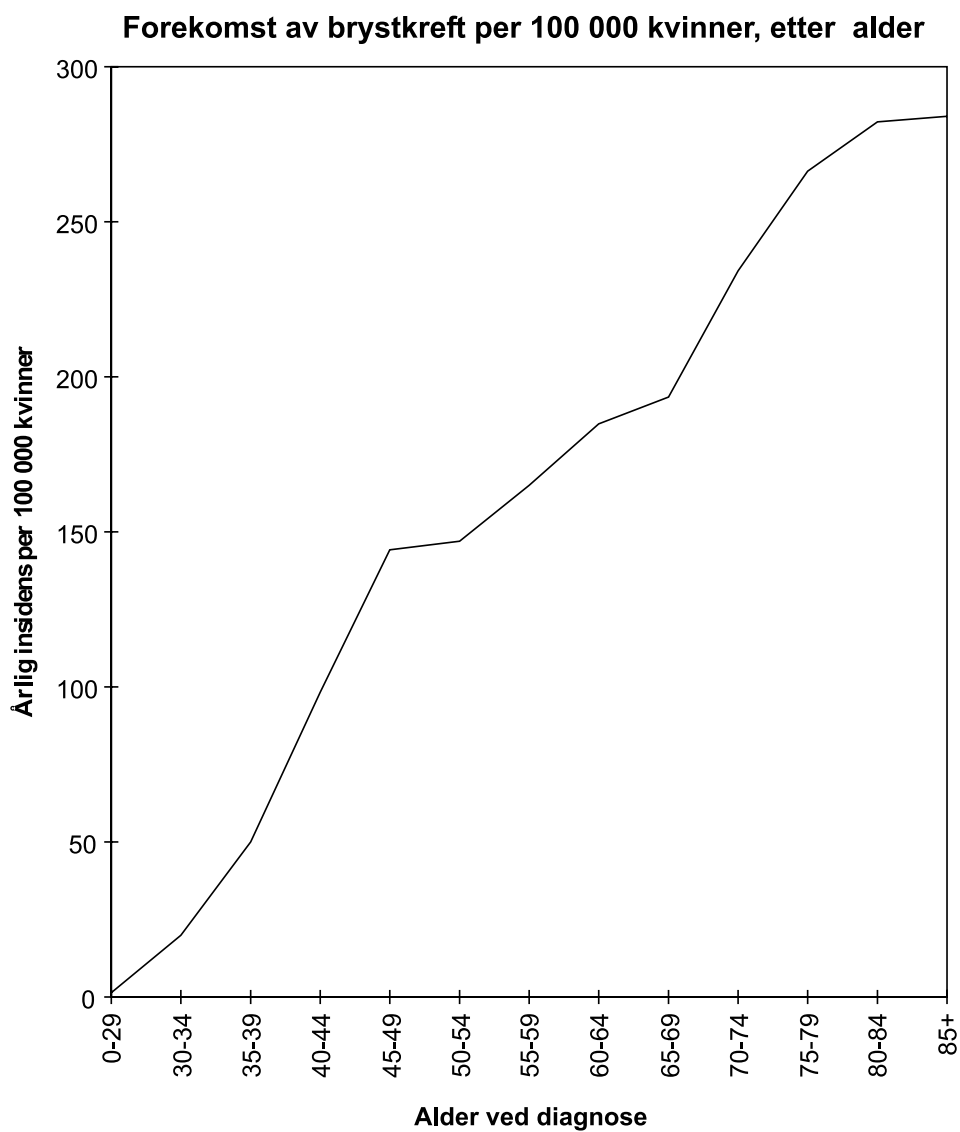
##### **Alder og brystkreft**

Brystkreft er sjelden forekommende før trettiårsalderen med omkring 10–15 tilfeller årlig i denne aldersgruppen. I Kreftregisterets 45 årige lange registreringsperiode er det registrert 7 kvinner som har fått brystkreft før de fylte 20 år. Figur 8.6 viser den årlige forekomsten av nye tilfeller (også kalt insidensen) per 100 000 kvinner etter alder. Risikoen for brystkreft stiger med alderen med unntak av en kortere periode omkring menopausealderen.

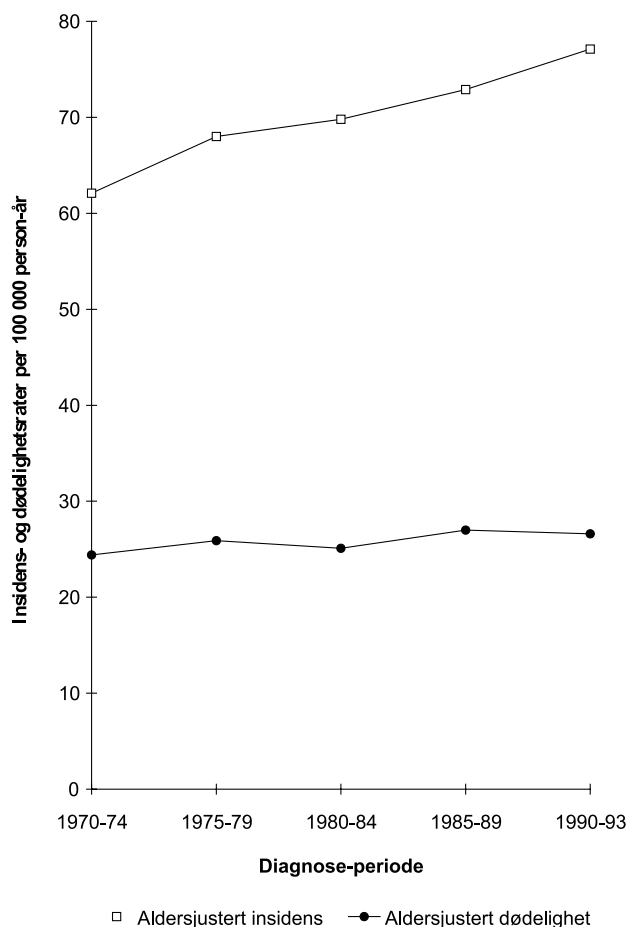
##### **Insidens og dødelighet av brystkreft over tid.**

Brystkreftinsidensen, justert for alderssammensetningen i befolkningen, har økt med vel 50% fra første halvdel av 1950-årene og fram til i dag. Dødeligheten av brystkreft i befolkningen har derimot vært ganske konstant over tid. Figur 8.7 illustrerer dette for perioden 1970–93. Ser vi på insidensen over tid for ulike stadier av sykdommen på diagnosetidspunktet, viser det seg at det er pasienter uten spredning (stadium I) som har hatt den største økningen (Figur 8.8). Disse utgjorde i 1990–94 59% av alle brystkrefttilfeller, mens de i 1970–74 utgjorde 50%. Også insidensen av brystkreft med spredning til lymfeknuter (stadium II), har økt. Andelen disse utgjør av alle brystkrefttilfeller, har vært tilnærmet 30% i de siste 20 år. Brystkreftpasienter som har spredning til andre organer (stadium IV) eller som har svulster med direkte gjennomvekst i hud eller brystvegg (stadium III) er de som bidrar mest til døde-

ligheten. Insidensen av disse to avanserte stadiene har ikke økt og dette bidrar til å forklare hvorfor dødeligheten av brystkreft i befolkningen er så pass konstant over tid.



Figur 8.6 Forekomst av brystkreft per 100 000 kvinner, etter alder.

**Aldersjusterte insidens- og dødelighetsrater for  
brystkreft i Norge, 1970-93.**

Figur 8.7 Aldersjusterte insidens- og dødelighetsrater for brystkreft i Norge, 1970-93.

Økningen i insidensen over tid har vært noe ulik for de forskjellige aldersgrupper med den største økningen for de yngste og de eldste (Tabell 8.1). Når det gjelder de under 50 år, er det spesielt i den siste 10 årsperioden økningen har vært betydelig (Matheson and Tretli, 1996). Også dødeligheten av brystkreft i befolkningen tenderer til å ha økt mest blant de unge og de eldste (Tabell 8.1).

**Internasjonale variasjoner i brystkreftinsidensen**

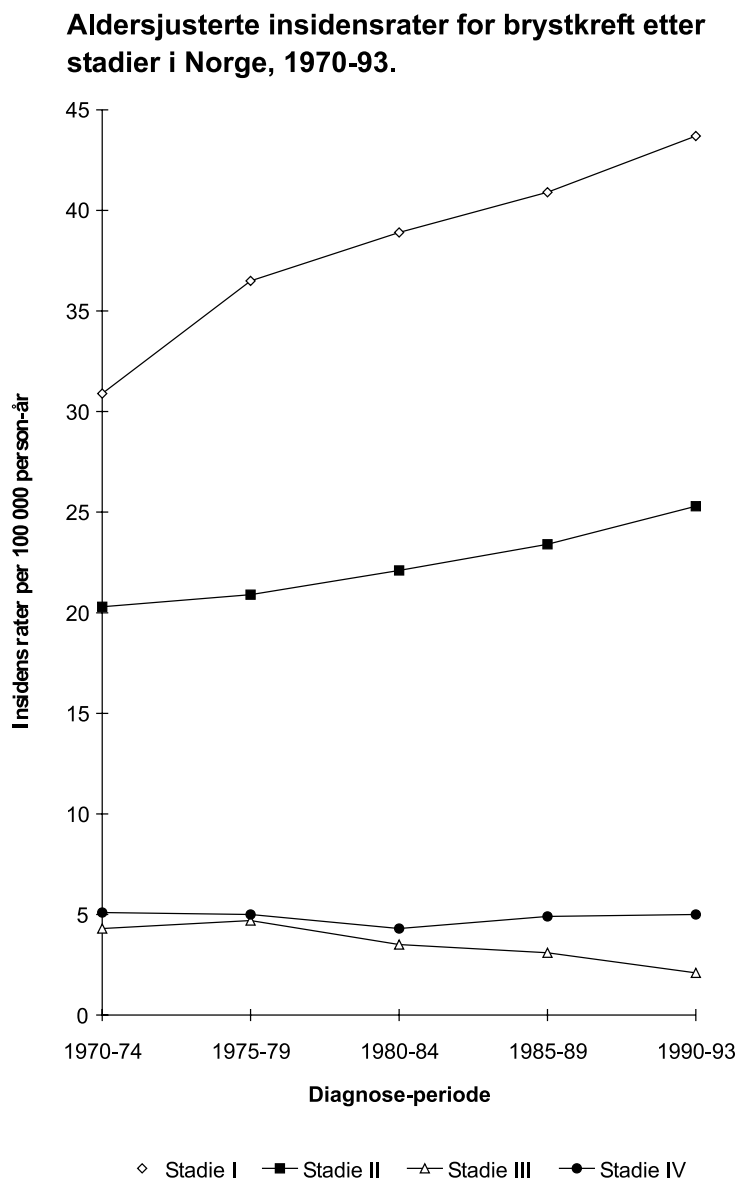
Det er store variasjoner i insidensen av brystkreft i de ulike land. Mønsteret er at brystkreft først og fremst er en velferdssykdom i den vestlig industrialisert verden. Figur 8.9 viser brystkreftinsidensen i noen selekterte land med brukbare registreringsrutiner for perioden 1983-87 (Parkin et al., 1992). Siden utbredt bruk av mammografiundersøkelser vil påvirke insidensen, så kan man ikke uten videre sammenligne senere tidsperioder.

**Tabell 8.1: Estimert prosentvis årlig økning i insidens og dødelighet av brystkreft 1970–94.**

| Alder | Insidens | Dødelighet |
|-------|----------|------------|
| 20–29 | 1.8      |            |
| 30–39 | 1.4      | 1.8        |
| 40–49 | 0.9      |            |
| 50–59 | 0.8      | -0.6       |
| 60–69 | 1.0      | 0.4        |
| 70–79 | 1.3      | 1.1        |
| 80+   | 1.2      | 1.6        |

**Leveutsikter for brystkreftpasienter**

Figur 8.10 viser andelen av 50–59 år gamle brystkreftpasienter som overlever etter tid siden diagnose (1970–74) og for ulike stadier av sykdommen ved diagnosetidspunktet. Dessverre er det noen som dør av sykdommen 20 år og lengre etter at sykdommen ble oppdaget. Dette er ulikt mønsteret for de fleste andre kreftformer. Overlevelsemulighetene er svært avhengig av stadiet sykdommen oppdages i. Begrunnelsen for å drive tidlig diagnostisering ved hjelp av mammografi er knyttet til at jo tidligere sykdommen oppdages, desto større er muligheten for at den oppdages i et gunstig stadium.



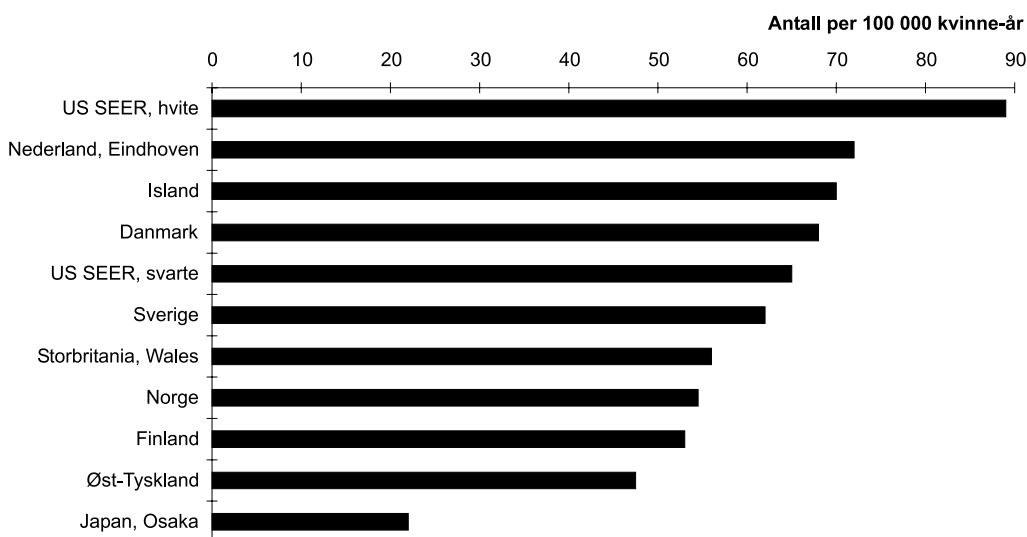
Figur 8.8 Aldersjusterte insidensrater for brystkreft etter stadier i Norge, 1970-93.

Selv om det foregår omfattende forskning på bedre behandlingsmåter for brystkreft, så har det hittil ikke vært noe gjennombrudd. Alle pasientene sett under ett og korrigert for endringer i stadiefordelingen over tid og alder ved diagnose, viser at forbedret behandling har ført til at andelen som overlever i 5 år eller lenger, har økt fra 60% til 68%. Bedringen i leveutsiktene etter en brystkreftdiagnose har vært størst for de eldste aldersgruppene. Dette betyr at i den senere tid (diagnoseperiode 1985-89) er det liten forskjell mellom aldersgruppene i aldersspennet 40-79 år. Brystkreftdiagnostisert under 39 år og over 80 år har den dårligste prognosen. Den dårlige prognosen blant de yngste er observert i flere studier uten at man kan angi noen grunn for det (Høst og Lund, 1986).



*Kilder*

- Der hvor kilde ikke er oppgitt, baseres utsagnene og framstillingene på Krefregisterets database.
- Høst, H. and Lund, E.: Age as a prognostic factor in breast cancer. *Cancer*, 57, 2217, (1986)

**Brystkreft insidens-rater for kvinner i utvalgte land 1983-87 (alders-standardisert)**

Figur 8.9 Brystkreft insidens-rater for kvinner i utvalgte land 1983-87 (alders-standardisert)

- Matheson, I. and Tretli, S.: Changes in breast cancer incidence among Norwegian women under 50. *Lancet*, 348, 900, (1996)
- Parkin, DM., Muir, CS., Whelan, SL., Gao, YT., Ferlay, J. and Powell, J.: Cancer incidence in five continents. Volume VI, IARC Scientific Publications No 120, (1992).
- NOU 1997:20: Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan, (1997)

**3.2 Brystkreft – risikofaktorer og mulighet for å forebygge**

**Lars Vatten, Medisinsk teknisk senter, NTNU, Trondheim.**

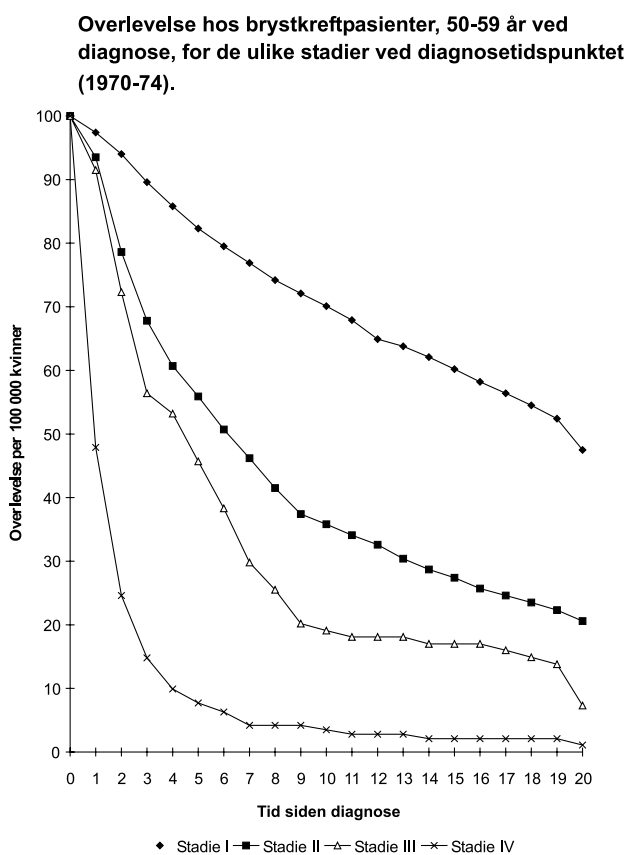
**Innledning**

Den epidemiologiske forskningen om brystkreftsykdommens årsaker kjennetegnes av meget langsom framgang. Man trenger nye ideer, og står i dag (1998) overfor et tidsskille hvor nye hypoteser skal testes. Å studere faktorer som har sin virkning i voksen alder (for eksempel overvekt, kosthold, bruk av p-piller og erstatningshormoner) er ikke lenger like aktuelt: man vil heller undersøke betydningen av faser i livet som kjennetegnes av dramatiske hormonelle omveltninger. Et felles angrepspunkt er betydningen av hormoner som regulerer vekst og utvikling, hvor samspillet mellom fysisk vekst og kjønnsmodning står sentralt. Nye studier rettes derfor mot betydningen av det intrauterine liv, ungdomstiden med sin pubertet og vekstspurt, og svangerskaps hormonelle kaskade.

## Endogene kjønshormoner

### Menarke

Forskning knyttet til reproduksjon er utvilsomt det område som har gitt mest uttelling i søkingen etter faktorer som påvirker brystkreftrisikoen. Vi vet at tidlig menarke er forbundet med økt risiko: en kvinne som får sin første menstruasjon før 12 års alder har kanskje 80 % høyere risiko for å utvikle brystkreft enn en kvinne som får sin menarke etter fylte 13 år. Vi vet også at menarke inntreffer tidligere i dag enn for noen tiår siden: fra litt over 13 år på 1950-tallet, til mellom 12 og 12,5 år i dag.



Figur 8.10 Overlevelse hos brystkreftpasienter, 50-59 år ved diagnose, for de ulike stadier ved diagnostetidspunktet (1970-74).

### Første fødsel

Å føde barn i tidlig alder gir en livslang beskyttelse mot brystkreft: kvinner som føder sitt første barn ved 30 års alder har en dobbelt så høy risiko som kvinner som får sitt første barn når de er 19. Det har vært en økende tendens til å utsette barnefødsler, slik at dagens førstegangsfødende i gjennomsnitt er 27 år mot 23 år på 1950- og 1960-tallet. En konsekvens av denne utviklingen er at brystkreftraten i befolkningen har steget.

### *Parietet*

Å få flere barn reduserer brystkreftrisikoen: sammenliknet med en kvinne som har fire barn vil en kvinne med ett barn ha dobbelt så høy risiko for brystkreft. Vi vet også at den gjennomsnittlige familie i dag er mindre enn tidligere, fra et gjennomsnitt på to til tre barn i 1950-årene, til et gjennomsnitt på ett til to barn i dag.

### *Menopause*

Tidlig overgangsalder er forbundet med redusert risiko: menopause ved 55 års alder er assosiert med en fordobling av risiko sammenliknet med menopause ved 45 års alder. For menopause er gjennomsnittsalderen omtrent 52 år. Hvorvidt den har økt noe særlig over tid, er uklart. Det som er sannsynlig, er at den framover vil gå noe ned, fordi så mange kvinner fortsatt røyker.

### **Reproduksjon og forebygging av brystkreft**

Med unntak av menarke og menopause, er den økte risikoen relatert til reproduksjon nært knyttet til kvinnens rolle i samfunnet. Kvinnens utdanning og deltakelse i arbeidslivet har hatt konsekvenser for tradisjonelle fødselsmønstre. Man får barn senere enn tidligere, og man får færre barn. Det er åpenbart at dette ikke er brukbare angrepspunkt for primær forebygging. Ikke desto mindre vil brystkreftene være knyttet til disse forandringene i kvinnens rolle i samfunnet, og en uunngåelig konsekvens vil være at insidensen av brystkreft kommer til å stige i årene som kommer.

### **Eksogene kjønnshormoner**

#### *P-piller*

I mange år har det vært spekulert om bruk av p-piller øker risikoen for brystkreft i befolkningen. En samlet reanalyse av undersøkelser som omfatter mer enn 53 000 kvinner med brystkreft, og mer enn 100 000 kvinner uten brystkreft viste at pågående («current») bruk av p-piller er forbundet med 24% økt risiko sammenliknet med dem som aldri har brukt p-piller (1). Undersøkelsen viste at risikoøkningen går gradvis tilbake dersom man slutter å bruke p-piller, og etter 10 år er risikoen identisk med bakgrunnsrisikoen. Siden p-piller brukes i ung alder, legges risikoøkningen man får på toppen av en insidensrate som ennå er meget lav. Til tross for den utstrakte bruk av p-piller vil derfor bare et meget lavt antall ekstra tilfeller av brystkreft kunne tilskrives bruk av p-piller i befolkningen. I et folkehelseperspektiv vil dette antallet på det nærmeste være neglisjérbart.

### **Hormonell substitusjonsbehandling (HRT)**

Betydningen av hormonell substitusjonsbehandling i forbindelse med overgangsalderen er også vurdert i en samlet reanalyse som omfatter mer enn 52 000 kvinner med brystkreft og over 108 000 kvinner uten brystkreft (2).

Et hovedresultatet var at for hvert år man bruker substitusjonsbehandling øker risikoen for brystkreft med 2,3%. Dette tilsvarer omtrent den risikoøkningen som er forbundet med at den naturlige menopause inntreffer ett år senere. Etter at man slutter å bruke medikamentene, faller den økte risiko gradvis, og er etter fem år omtrent på samme nivå som for ikkebrukere.

Siden substitusjonsbehandling foregår i en alder hvor brystkreftraten er relativt høy, vil bruken av HRT føre til et ikke ubetydelig antall ekstra tilfeller av brystkreft. Men samtidig er det nødvendig å veie den økte risikoen for brystkreft opp mot den reduserte risiko for hjerte-karsykdom og osteoporose som er dokumentert for disse medikamentene (3).

### **Framtidig forskning**

#### *Pubertet/ungdom*

Vi vet allerede at vekst og seksuell utvikling er viktige determinanter for framtidig brystkreftrisiko: vekst som indikert ved kroppshøyde, og seksuell utvikling som indikert av alder ved menarke. Både tidlig menarke og kroppshøyde er assosiert med forhøyet risiko for brystkreft. Derimot vet man mindre om hva som biologisk påvirker risikoen som er knyttet til vekst og seksuell utvikling. For vekst er det stor interesse for effekten av et spesielt veksthormon (insulin-liknende vekstfaktor 1), og for seksuell utvikling er østrogen fortsatt det mest interessante hormonet.

Et annet aspekt ved disse faktorene er de endringer som har skjedd over tid, hvor menarke begynner tidligere enn for noen tiår siden, og hvor lengdeveksten har økt i dette århundre helt fram til 1960-tallet. Dersom endringer i kostholdet har hovedansvar for denne utviklingen, vil ernæringen samspille med den biologiske utvikling og påskynde både lengdevekst og seksuell utvikling. Dette samspillet trenger man å vite mye mer om, for det kan både påvirke brystkjertelens utvikling, og påvirke risikoen for framtidig brystkreft.

### **Perinatale faktorer og brystkreftrisiko**

Kan det tenkes at jentefostre påvirkes i mors live av forhold som er viktige for deres framtidige risiko for å få brystkreft? Dette spørsmålet blir nå intenst undersøkt, og foreløpig er det kommet undersøkelser som tyder på at faktorer som bestemmer fødselsvekt også kan være med å bestemme risiko for brystkreft i voksen alder (4, 5). I tillegg kan visse komplikasjoner i svangerskapet være forbundet med økt risiko (for eksempel svangerskapsforgiftning), men den faktoren som virker mest foruroligende er virkningen av prematuritet, dvs å være meget liten som nyfødt. Svenske undersøkelser tyder på at kvinner som var premature som nyfødte har en betydelig overrisiko for brystkreft som voksne.

### **Er det mulig å forebygge brystkreft?**

Den kunnskap man foreløpig har om brystkreftsykdommens årsaker er dessverre lite egnet som angrepspunkt for forebyggende tiltak. Behovet for mer forskning er åpenbart, for det har heller ikke vært gjennombrudd av betydning i behandlingen av sykdommen. Det tiltak som foreløpig har vist mest nytte er tidlig påvisning av brystkreft gjennom systematisk organisert mammografi-screening.

#### *Litteratur*

1. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast

- cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996; 347: 1713–27.
2. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. *Lancet* 1997; 350: 1047–59.
  3. Grodstein F, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Manson JA, Joffe M, Rosner B, Fuchs C, Hankinson SE, Hunter DJ, Hennekens CH, Speizer FE. Postmenopausal hormone therapy and mortality. *N Engl J Med* 1997; 336: 1769–75.
  4. Ekblom A, Hsieh C-C, Lipworth L, Adami H-O, Trichopoulos D. Intrauterine environment and breast cancer risk in women: a population-based study. *J Natl Cancer Inst* 1997; 88: 71–6.
  5. Michels KB, Trichopoulos D, Robins JM, Rosner BA, Manson JA, Hunter DJ, Colditz GA, Hankinson SE, Speizer FE, Willett WC. Birthweight as a risk factor for breast cancer. *Lancet* 1996; 348: 1542–6.

### 3.3 Hva betyr psykososial støtte for brystkreftkvinner?

#### **Ingrid Matheson, Institutt for farmakoterapi, Universitetet i Oslo.**

Det er tankevekkende at kreftpasienter med alvorlig tilbakefall ikke har noe tilbud. En kreftpasient skrev i avisen: «Vi skulle nok heller vært utsatt for en nestenulykke, for da er krisepsykiatrien på pletten».

Brystkreftdiagnosen oppleves av de fleste som en katastrofe, og det krever store mentale ressurser for å tilpasse seg en pasienttilværelse og kanskje en tilværelse berøvet en kroppsdel. Mange kjemper med stress, angst og fatalisme i lang tid etter operasjonen. Ved noen sykehus tilbys nyopererte oppfølging, *eventuelt* i grupper. For de fleste går det godt og leveutsiktene er gunstige. Men det er også en gruppe på 40% som får tilbakefall med fjernspredning av brystkreften. De vet innerst inne at de kommer til å dø av sykdommen. Ved første tilbakefall er det mange som ønsker å fortrenge fakta og adaptasjon til den nye situasjonen kan ta lang tid. De vonde følelsene fra tidligere forsterkes, ekstra vanskelig kan det være å snakke med noen om sine morbidetanker.

Randomiserte undersøkelser og en metaanalyse(1) har demonstrert positive effekter på psykososial helse, smerter og bivirkninger av cellegift gjennom avspenningsøvelser(2,3) og ulike former for støttegrupper for brystkreftpasienter(4). Andre effekter omfatter bedre humør, mestring, livskvalitet og mindre smerte og angst. Også sykdomsforløpet har vært studert(5-8) og en undersøkelse tyder på en forlenget sykdomsfri overlevelse (36 versus 18 mnd) hos kvinner med brystkreftspredning som fikk psykososial behandling sammenlignet med dem som bare kom til vanlige kontroller(8). En lignende studie har også funnet forlenget overlevelse hos pasienter med malignt melanom.

I Oslo har det vært spredte tilbud om psykologisk hjelp til nyopererte med lokal spredning, organisert i to grupper (Karen Liste Hagen 1997). Et annet tilbud (fra undertegnede, en idrettsmedisiner, en fysioterapeut og en psykiatrisk sykepleier) om avspenningsøvelser (meditasjon, yoga) og støttegruppe benyttes av 8 kvinner med metastatisk sykdom eller meget høy risiko for metastaser, alle i 40–50-årsalderen (en er 75 år). Effekten har ikke vært vitenskapelig evaluert, men utfylling av GHQ-30 har vært gjort to ganger. Meditasjon er en avspenningsmetode som er selvadministrert og kan praktiseres daglig uten fagpersonell tilstede. Meditasjon har vist seg å ha kroppslige og

psykiske effekter som er positive, muligens også effekter på immunforsvaret (E.E. Solberg, personlig meddelelse).

Psykoneuroimmunologi er et fag som blant annet beskriver immunologiske virkninger av psykiske eller stressreducerende intervensjoner. Kunnskapen om avspenning og støtte fra likesinnede har en innvirkning på immun-parametre ved brystkreft, er svært usikker. Man burde derfor studere pasientenes immunforsvar gjennom blodprøver før, under og etter intervensjon.

Det pågår nå en ny studie ved Stanford University ledet av David Spiegel for å teste hypotesen at deltakelse i psykoterapigrupper kan øke overlevelsen ved metastatisk brystkreft. Et annet aspekt er å studere pasientenes immun-funksjon, diett, fysisk aktivitet og compliance med behandlingen. Forsøket går over 10 år og er finansiert av blant annet National Cancer Institute og er beregnet ferdig i år 2000.

### Litteratur

1. Meyer TJ, Mark MM. (1995) Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a metaanalysis of randomized experiments. *Health Policy*, 14: 101–8.
2. Bridge LR, Benson P, Pietroni PC, Priest RG. (1988) Relaxation and imagery in the treatment of breast cancer. *BMJ*, 297: 1169–72.
3. Burish, TG, Jenkins RA. (1992) Effectiveness of biotfeedback and relaxation training in reducing the side effects of cancer chemotherapy. *Health Psychology*, 11: 17–23.
4. Spiegel D, Bloom JR. (1983) Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45: 333–339.
5. Gellert GA, Maxwell RM, Siegel BS. (1993) Survival of breast cancer patients receiving adjunctive psychosocial support therapy: A 10-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 11: 66–9.
6. Greer S, Moorey S, Baruch JDR, Robertson BM, Masom A, Rowden L, Law MG, Bliss JM. (1992) Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomised trial. *BMJ*, 304: 675–80.
7. Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ. (1989) Length of survival and lymphocyte percentage in women with mammary cancer as a function of psychotherapy. *Psychological Reports*, 65: 315–21.
8. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 888–91.

### 3.4 Livmorhalskreft

#### **Siri Forsmo, NTNU, Trondheim og Anne O. Olsen Ullevål sykehus, Oslo.**

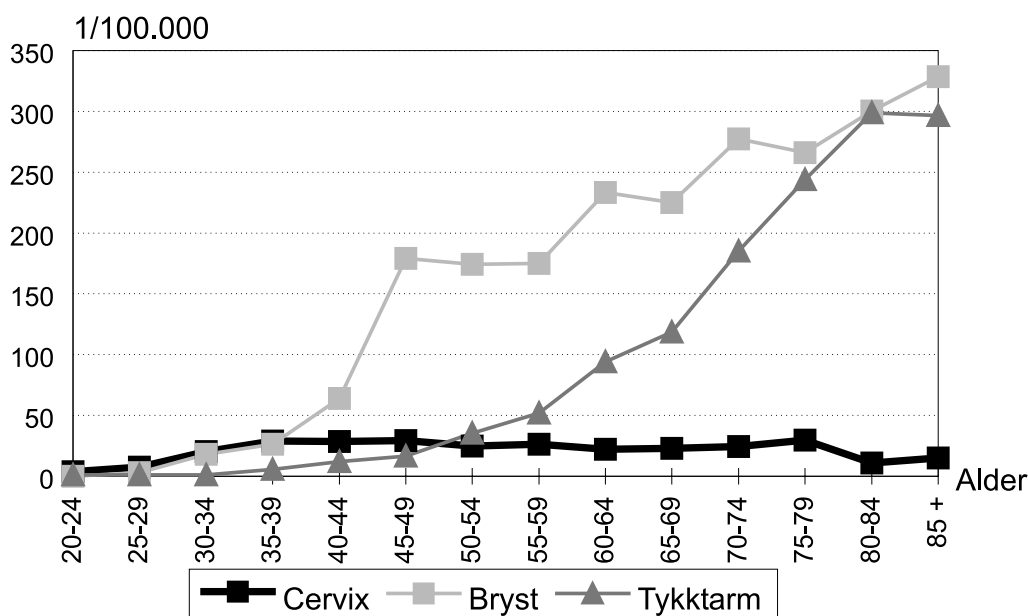
Livmorhalsen (cervix uteri) utgjør nedre 1/3 av livmoren, men er anatomisk og funksjonelt forskjellig fra resten av livmoren. Kreft i livmorhalsen utgår i omtrent 90 % av tilfellene fra slimhinnen som kler nedre del av livmorhalsen (plateepitel).

Man antar at livmorhalskreft i de fleste tilfelle utvikles via celleforandringer i slimhinnen. Disse regnes derfor som mulige forstadier til kreft og graderes som lett, moderat eller grov (CIN I-III) etter utbredelsen av de mikroskopiske forandringene. Celleforandringer og kreft kan oppdages med en celleprøve fra livmorhalsen.

Globalt oppdages det drøyt 450.000 nye tilfeller i året, med omtrent 210.000 dødsfall, hvorav rundt 80 % i U-land. Det er den hyppigste kreftform blant kvinner i den tredje verden og den rammer særlig forholdsvis unge kvinner (1). I den vestlige verden har antallet nye tilfeller gått tilbake i løpet av de siste 30 år. Livmorhalskreft representerer et stort helseproblem på verdensbasis, og forebygging er derfor av stor betydning.

### Forekomsten av livmorhalskreft

Sykdommen utgjør nå ca. 4 % av all kreftsykdom blant norske kvinner uansett alder, og det diagnostiseres rundt 350 nye tilfeller årlig (2). For kvinner under 50 år, er kreft i livmorhalsen blant de hyppigste kreftsykdommene. Dette går frem av figur 8.11 som viser aldersvariasjoner for livmorhalskreft i 1995 sammenlignet med de to hyppigste kreftformene, bryst- og tykktarmskreft. Spesielt for livmorhalskreft er at hyppigheten nå er nokså lik, både i unge og eldre aldersgrupper (30–65 år).



Figur 8.11 Aldersspesifikk forekomst av kreft i livmorhalsen sammenlignet med bryst- og tykktarmskreft, 1995

Kilde: Kreftregisteret

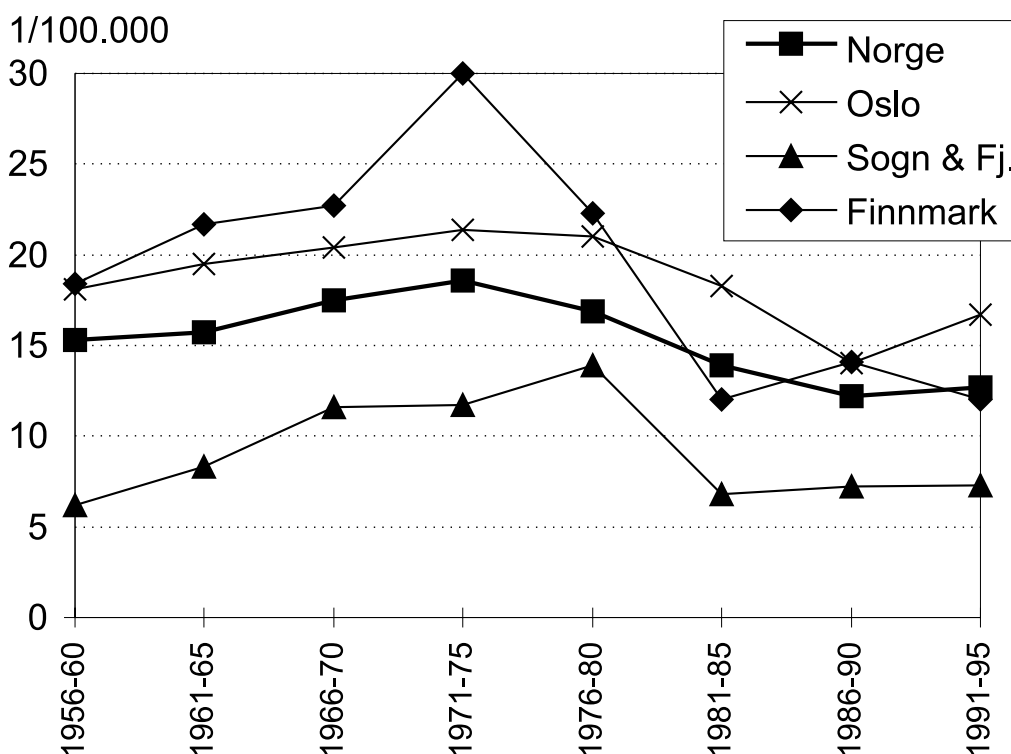
I Norge økte forekomsten av kreft i livmorhalsen frem til midten av 1970-årene. Det har vært en tydelig tilbakegang av sykdommen i løpet av de siste 25 år (figur 8.12). Sammenliknet med de øvrige nordiske land har imidlertid Norge hatt minst reduksjon, og forekomsten er i dag rundt tre ganger høyere enn i Finland som har hatt den største tilbakegangen og har den laveste forekomsten i Norden. Det forventes at antallet nye tilfeller vil fortsette å synke i alle de nordiske land det neste tiåret (3).

Reduksjonen i forekomst gjelder først og fremst aldersgruppen 35–50 år. Yngre kvinner er blitt forholdsvis godt undersøkt i løpet av de siste 20–25 år i forbindelse med svangerskapskontroller og prevensjonsveiledning. Mindre

reduksjon blant kvinner over 50 år antas å henge sammen med manglende organisering av tilbud om celleprøver fra livmorhalsen (masseundersøkelser).

Det har hele tiden vært til dels store geografiske variasjoner i landet. I Oslo har forekomsten alltid ligget høyt mens den har vært lavest i Sogn og Fjordane. Den største nedgangen i forekomsten av kreft i livmorhalsen er observert i Finnmark (figur 8.12).

Forekomsten av CIN III (grove celleforandringer) er høyest blant kvinner mellom 30 og 40 år. Rundt 2 % av celleprøvene tatt ved masseundersøkelsen viser celleforandringer, men under halvparten av disse har de alvorligste celleforandringene. (Utviklingen til invasiv kreft tar vanligvis flere år (omtrent 15 år) (4). Uten forebygging ved behandling av celleforandringene tilsvarer det en naturlig topp i kreftforekomsten omtrent 15 år senere, rundt 45–50 år).



Figur 8.12 Forekomsten av kreft (1/100.000) i livmorhalsen mellom 1956 og 1995 i Norge og tre utvalgte fylker.

Kilde: Kreftregisteret

### Mulige risikofarer for utvikling av celleforandringer i kreft i livmorhalsen

Risikofaktorer Mange seksualpartnere hos kvinnen eller mannlige partner  
Lav alder ved seksuell debut Røyking P-piller Kostholds faktorer Arv/genetiske faktorer Immunologiske faktorer

Kommentarer Øket risiko, uttrykk for seksuelt overført årsaksfaktor Usikker betydning, livmorhalsen mer sårbar for infeksjoner? Livmorhalskreft forekommer hyppigere blant røykere, cofaktor for HPV? Trolig noe økt risiko



ved langvarig bruk, cofaktor for HPV Mulig beskyttende effektiv av diett rik på frukt og grønnsaker Mulig sammenheng, visse vevstyper er forbundet med økt risiko? Økt risiko hos kvinner med svekket immunforsvar som ledd i sykdom eller behandling (organtransplanterte, hiv/aids m.fl.)

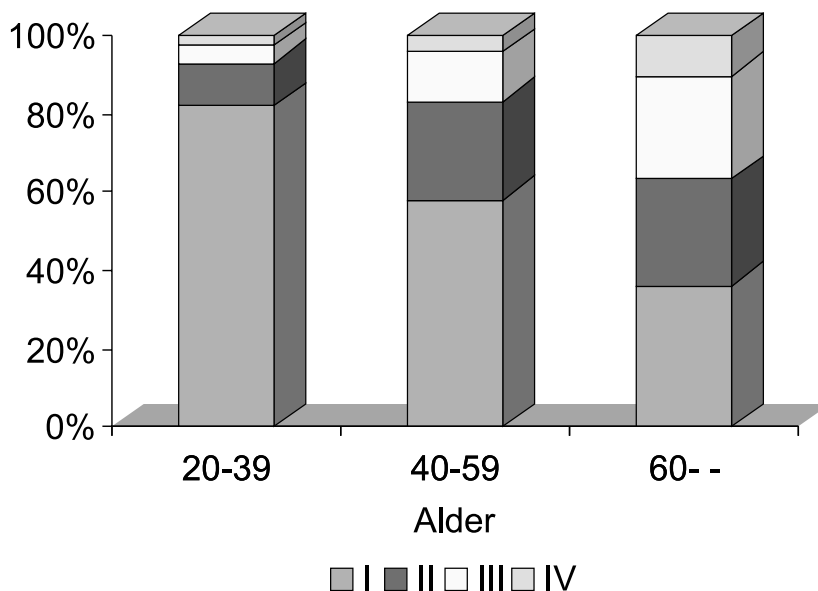
### **Årsaker til livmorhalskreft**

Allerede i midten av forrige århundre observerte man at livmorhalskreft forekom hyppigere blant gifte enn ugifte kvinner. Det har derfor vært fokusert på seksulavaners betydning for sykdomsrisikoen, og for muligheten av en seksuelt overført infeksjon som årsak. Risiko for livmorhalskreft har også vært knyttet både til livsstilsfaktorer og endogene (indre) faktorer. Disse uttrykker ikke nødvendigvis en direkte årsakssammenheng, men kan være markører på smittesannsynlighet eller representere co-faktorer for den infeksiøse årsaksfaktor (tabell 1).

Det er dokumentert en meget sterk sammenheng mellom infeksjon med visse typer humant papillomavirus (HPV) og celleforandringer og kreft i livmorhalsen (5). Det er de såkalte onkogene høyrisikotypene av HPV som sannsynligvis spiller en nødvendig rolle i prosessen der epitelcellene i livmorhalsen omdannes til kreftceller. HPV er relativt utbredt i befolkningen og kan hyppig påvises hos seksuelt aktive, unge kvinner. Kun et fåtall av dem som smittes vil utvikle grove celleforandringer og kun en liten andel av disse vil igjen utvikle kreft dersom de ikke behandles. Dette tyder på at HPV infeksjonen alene ikke fører til kreft, men at også andre (risiko)faktorer (cofaktorer) må være tilstede for at kreft skal utvikles

### **Prognosen ved livmorhalskreft**

Den viktigste prognostiske faktoren ved livmorhalskreft er svulstens størrelse og om den har vokst over på andre organ. Utbredelsen vurderes ved diagnosetidspunktet og graderes i klinisk stadium, I-IV. Ved grad I er svulsten lokalisert til livmorhalsen og ved grad IV er den vokst i gjennom til blære/endetarm eller kreften har spredd seg til andre organer. Rundt 80% av pasientene under 40 år får stilt diagnosen i stadium I (figur 8.13), mens hos kvinnene over 60 år oppdages omtrent 65% av tilfellene i alvorligere stadier med betydelig dårligere prognose. Prognosen ved stadium I er god, rundt 90% er i live fem år etter at diagnosen er stilt. For de øvrige stadier, reduseres overlevelsen betydelig. For stadium III og IV er 5-års overlevelse henholdsvis 30% og 10%. I løpet av de siste 30 årene har man ikke sett noen bedring i overlevelsen når man tar hensyn til klinisk stadium. Det har imidlertid vært en viss forskyvning mot gunstigere klinisk stadium ved diagnosetidspunktet.



Figur 8.13 Klinisk stadiefordeling (stadium I–IV) etter alder ved diagnose av livmorhalskreft

Kilde: Kreftregisteret

### Behandling av livmorhalskreft

Behandlingen av livmorhalskreft er enten kirurgi og/eller stråleterapi. Kliniske stadium ved diagnostidspunktet er avgjørende for valg av behandling. All behandling utover stadium I innbefatter stråleterapi, da kirurgi ikke er mulig eller tilstrekkelig som primærbehandling. Alle inngrep utover svært små svulster i stadium I krever spesialkompetanse, og utredningen og behandlingen må derfor foregå ved sykehus som har spesialavdelinger for gynekologisk kreft og strålebehandling (Regionsykehusene og Radiumhospitalet). Pasienten må følges opp jevnlig de første årene etter behandling. Det anbefales at kontrollene skjer hos spesialist i det minste de to første årene etter behandlingen. Drøyt 80% av tilbakefallene kommer i løpet av dette tidsrommet.

Behandlingen kan, i tillegg til funksjonstap ved at organer fjernes eller bestråles, medføre til dels store senplager for kvinnen. De vanligste er fertilitetstap og for tidlig overgangsalder hos yngre kvinner samt stråleskader på andre organ som blære og endetarm. Seksuell dysfunksjon er også et stort problem etter behandling av livmorhalskreft.

### Forebygging av livmorhalskreft

Et primærforebyggende tiltak mot livmorhalskreft vil være å begrense spredningen av seksuelt overførte sykdommer inklusive HPV. Seksuelt aktive mennesker har en relativt stor sannsynlighet for å smittes i løpet av livet, og internasjonalt arbeides det med utvikling av en vaksine som beskytter mot HPV infeksjon (profylaktisk vaksine).

Sekundærforebygging mot livmorhalskreft innebærer oppsporing og behandling av kvinner med celleforandringer i livmorhalsen. Flere land inn-

førte organiserte masseundersøkelser (screening) med celleprøver fra livmorhalsen på 1960 og -70 tallet, og hyppigheten av livmorhalskreft i de fleste av disse landene er redusert. Effekten på overlevelse etter diagnose av livmorhalskreft har imidlertid ikke vært like stor. I Norge ble et organisert screeningprogram av alle kvinner mellom 25 og 70 år startet opp i 1995 (6).

Det knytter seg visse problemer til screening, både til undersøkelsen som anvendes, sykdommens dynamikk, samt oppfølging og behandling av kvinnene som tester positivt:

- Ingen tester er 100% presise. Det innebærer at de kan gi falske negative svar og falske positive svar. Et falskt negativt svar vil forsinke diagnosen, mens et falskt positivt svar fører til unødvendig utredning/behandling og bekymring. For celleprøver fra livmorhalsen varierer andelen falske negative svar etter alder og graden av celleforandring. Spesielt hos kvinner med uoppdaget livmorhalskreft er celleprøver lite presise (falske negative). Testens evne til å skille ut de friske er betydelig bedre, hvilket den må være i en masseundersøkelse hvor de fleste (98%) er friske.
- Utviklingen fra celleforandring til kreft, er en prosess som normalt tar mange år. Det er også kun en viss andel (omtrent 20%) av kvinnene med celleforandringer som ubehandlet vil få kreft. Dette kompliserer vurderingen av programmets effekt da ukjente faktorer også kan påvirke den naturlige forekomsten av sykdommen over tid.
- Masseundersøkelsen slik den foregår i dag innebærer at de fleste kvinnene (omtrent 80%) med celleforandringer behandles «unødvendig». Det forskes på muligheten av å benytte HPV-testing for å kunne identifisere kvinner med økt risiko for progresjon fra celleforandringer til kreft, for dermed å begrense antallet kvinner som trenger oppfølging og behandling.

Tertiærforebygging i form av terapeutiske HPV-vaksiner til behandling av kvinner med mikroinvasiv livmorhalskreft, er under utvikling og utprøving internasjonalt. Dette er imidlertid en behandlingsform som ennå ligger langt frem i tid.

### *Utfordringer*

Da livmorhalskreft er blant de kreftformer hvor tidlig diagnostikk er avgjørende for behandlingsresultatet, bør screening prioriteres i helsepolitisk planlegging (7). Det er behov for fortsatt evaluering av screeningprogrammet med hensyn til aldersgrupper, screeningintervall og effekt av programmet. Det teoretisk optimale screeningintervallet innebærer færrest mulig prøver per forebygget krefttilfelle. I dag tilbys alle aldersgrupper (25–70 år) en prøve hvert tredje år. Risikoen for nye celleforandringer reduseres med økende alder. Når tilstrekkelig data foreligger bør nytten av å undersøke spesielt de eldste aldersgruppene (> 50 år) revurderes. Det må også satses på å optimalisere ressursbruken ved å motvirke dagens overforbruk av prøvetaking i yngre aldersgrupper.

Det diskuteres om HPV screening kan erstatte, eventuelt supplere celleprøver. Det vil antageligvis være uhensiktsmessig å HPV-teste alle kvinner og aldersgrupper. Nytte og effekt av å inkludere HPV-testing i screeningprogrammet må avklares gjennom kontrollerte studier.

Det er nødvendig med kontinuerlig kvalitetssikring for analysene av celleprøvene. Prøvemengden er svært stor, og de fleste prøver er normale.

Metoder for automatisert screening av prøvene er etterhvert tilgjengelig på markedet og vurderes innkjøpt ved de største laboratoriene. Dersom disse høyner kvaliteten og frigjør menneskelige ressurser, kan analysene av prøvene spres på færre laboratorier enn i dag.

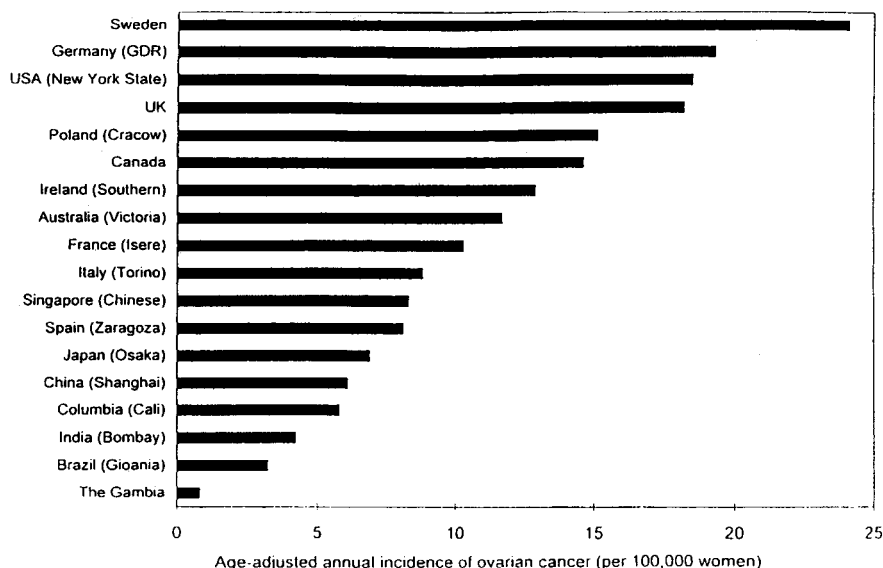
Oppslutningen om masseundersøkelsen varierer i befolkningen. Tidligere studier tyder på at oppslutningen om masseundersøkelser er dårligst blant dem med høyest risiko. Forekomsten av celleforandringer og livmorhalskreft blant innvandrerkvinner er ikke kjent, heller ikke denne gruppens deltagelse i masseundersøkelserprogrammet. Forholdene må legges til rette for at informasjonen når frem til disse kvinnene og at deres kulturelle og spesielle behov ivaretas.

Ytterligere kunnskap om sykdommens dynamikk, årsakssammenhenger og samvirket mellom ulike risikofaktorer er nødvendig for å kunne identifisere risikogrupper og sette inn effektive forebyggingstiltak.

### *Litteratur*

1. Cervical cancer control in developing countries: Memorandum from a WHO meeting. Bull World Health Organ 1996; 74(4): 345–51.
2. Cancer in Norway 1995. The Cancer Registry of Norway, Oslo 1998.
3. Engeland A, Haldorsen T, Tretli S, Hakulinen T, Horte LG, Luostarinen T, et al. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010. A collaborative study of the five Nordic Cancer Registries. APMIS suppl. 1993; 38: 1–124.
4. Forsmo S. Aspects and consequences of opportunistic screening for cervical cancer. Results based on data from three Norwegian counties. Dissertation. Norwegian Institute for Hospital Research, Trondheim 1997.
5. IARC working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Human papillomaviruses. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 1995; 64: 1–409.
6. Bjørge T, Thoresen SØ, Gunbjørud AB. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Nå starter invitasjonene av kvinner på landsbasis. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 815–6.
7. Norges offentlige utredninger, Omsorg og kunnskap. Norsk Kreftplan. NOU 1997:20.

1.



Figur 8.14 Antall nye tilfeller av eggstokk-kreft per 1 00000 (aldersjustert) i ulike land..

### 3.5 Eggstokkrekft

**Anne Dørum, Avdeling for gynekologisk onkologi, Det Norske Radiumhospitalet.**

#### **Hva er eggstokk-kreft?**

Eggstokk-kreft (ovarialcancer) er en heterogen gruppe kreftformer, men mer enn 90 % er epiteliale svulster utgående fra coelomepitelet, og de klassifiseres etter celletype og etter hvordan de vokser; invasive svulster og borderline svulster (vel 10 %) med et lavt malignitetspotensiale. Av de ikke-epiteliale kreftformene er sex-cord-, stromale- og germinalcelle-svulster de viktigste og synes å ramme yngre kvinner. Sykdommen sprer seg via blod- og lymfekar og intraperitonealt. Median alder ved diagnose er 61år.

#### **Forekomst av eggstokk-kreft**

Eggstokk-kreft er den 6. vanligste kreftformen (4,3 %) blant kvinner i verden og 106 000 kvinner dør årlig av denne sykdommen [1]. I de industrialiserte land (bortsett fra Japan), hvor kvinnene har færre barn, er hyppigheten (insidensen) av eggstokk-kreft høyest. De skandinaviske land ligger på verdensstoppen (figur 8.14). Hyppigheten er opp til ti ganger høyere hos oss, sammenliknet med Asia og Afrika [2].

I Norge steg den aldersjusterte insidensen fram til midten av 1980 for så å holde seg relativt stabil på 14/100 000 personår (world standard population). I 1996 fikk 500 kvinner diagnostisert ovarialcancer.

**Hvor farlig er eggstokk-kreft?**

Symptomene på kreft i eggstokkene kommer først en tid etter at kreften har begynt og utvikle seg [3]. Symptomene er diffuse og uensartete. Det kan være magesmerter, blødningsforstyrrelser, hyppig vannlating, forstoppelse, samleiesmerter og økt mageomfang, avhengig av sykdommens vekst og spredning.

Prognosen ved eggstokk-kreft er dårlig. I de nordiske landene har dog andelen med 5 års overlevelse økt fra 22 % til 42 % fra begynnelsen av 60-tallet og fram til begynnelsen av 90-tallet.

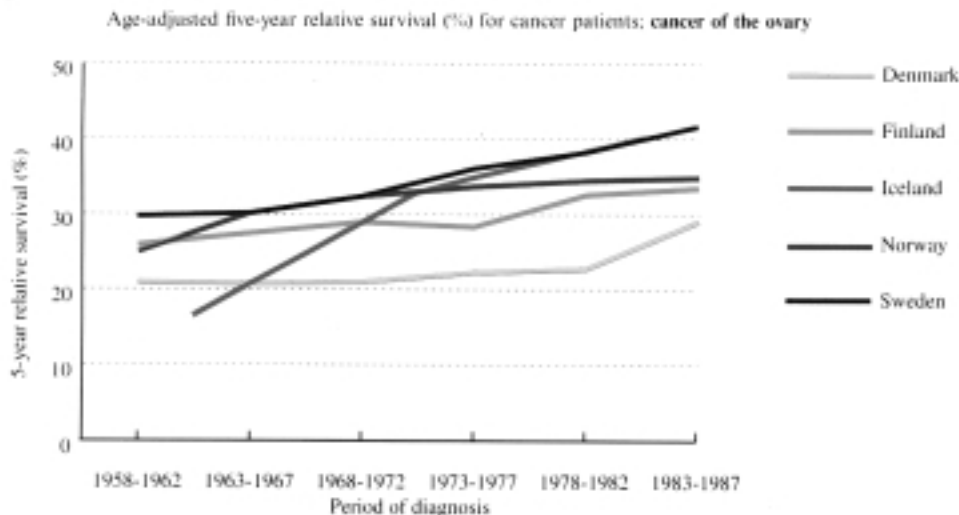
Den lave overlevelsen kan delvis forklares med for sen diagnose. Sykdommen gir initialt få symptomer og to tredjedeler diagnostiseres etter at sykdommen har spredt seg.

Borderline cancerene diagnostiseres ofte før svulsten sprer seg og har en betydelig bedre prognose. 93 % overlever 5 år eller mer etter at diagnosen er stilt.

Prognosen av sexcord/stromale svulster er bedre enn ved epiteliale svulster.

Blant kvinner som var yngre enn 65 år ved eggstokk-kreftdiagnosen er risikoen for å dø av sykdommen blitt halvert siden begynnelsen av 1970-tallet. Det har ikke vært registrert bedret overlevelse hos kvinner over 75 år.

Figure 2



Figur 8.15 Andel (%) kvinner med eggstokk-kreft i Nordiske land som er i live 5 år etter diagnosen. Perioden 1958-1997.

**Patogenese og risikofaktorer**

- Eggløsninger synes å være en viktig faktor for utvikling av ondartede celleforandringer i overflateepitelet. Etter eggløsningen er det øket mitotisk aktivitet for å bygge opp igjen ovarialepitelet. Dette gir også øket risiko for at genetiske abnormiteter kan føre til en ondartet celleforandring [5].
- Kvinner som aldri har født barn har større risiko for kreft i eggstokkene

- enn kvinner med mange barn (7)
- P-pille brukere har lav risiko [8] sannsynligvis på grunn av nedsatt aktivitet i eggstokkene. Risikoen for eggstokk-kreft er redusert med 40% hos brukere sammenliknet med ikke-brukere. Reduksjonen øker med tidlig start og varer 10–20 år etter avsluttet bruk av p-piller.
  - Genetisk disposisjon er årsaken hos omtrent 5 % . Det viktigste syndromet er autosomt dominant bryst/eggstokk-kreft. Dette er den hyppigste mest alvorlige arvelige kreftsykdom. Omtrent 80 % med dette syndromet har mutasjoner i brystcancer 1 gen (BRCA1). For bærere av dette genet er risikoen for å få ovarialcancer omtrent 40% og risikoen for brystkreft omtrent 85 % i løpet av livet [9]. Mutasjoner i BRCA2 genet gir mindre risiko for eggstokk-kreft, men høy risiko for brystkreft. Kvinner som er bærere av brystkreftgenet får ofte brystkreft/eggstokk-kreft tidligere i livet enn kvinner som ikke er bærere. Kvinner fra familier med flere tilfeller av bryst-/eggstokk-kreft bør få genetisk veiledning og årlig medisinsk kontroll av bryst og ovarier med tanke på tidlig diagnose og behandling. Begge disse genene synes å ha tumorsuppressor funksjon.
  - Mutasjoner i gener som regulerer cellevekst synes å kunne ha betydning for å karakterisere svulstene i forhold til prognose og behandling (p-53, c-erbB-2 o.l.).
  - Betydningen av østrogenbehandling etter overgangsalderen synes uavklart. En studie har vist at det kan synes som risikoen er noe økt ved bruk og første tiden etter avsluttet behandling [10].
  - Amming. Studier som har vurdert effekten av dette er sprikende. Noen viste ikke signifikant reduksjon, mens to studier fant økt risiko ved amming over lang tid [11,12,13]. Hvis man skal trekke noen konklusjon synes det å være liten eller ingen beskyttelse.
  - Infertilitet har vært oppfattet som en risikofaktor. Senere studier har beskrevet denne kvinnegruppen heterogen med ulik risiko avhengig av kjente risikofaktorer som paritet og medikamentbruk.
  - Diet. Tidlige studier fant assosiasjoner mellom melkeforbruk/lactose, galactose og økt risiko, noe senere studier har avkreftet. Derimot kan høyt inntak av mettet fett og lite grønnsaker synes å ha betydning.
  - Røyking. En britisk studie har funnet økt risiko hos røkere etter å ha kontrollert for paritet og prevensjonsbruk [11]. Andre studier har ikke vist noen assosiasjon.
  - Etnisitet. Studier fra USA har vist lavere insidens hos japanske, kinesiske, spanske og svarte innbyggere sammenliknet med hvite [13]. Migrasjonstudier har vist at insidensen av ovarialcancer synes å endre seg mot den som foreligger i landet de kommer til, mer enn landet de har forlatt [14]. Dette tyder på at etnisitet ikke har stor betydning.
  - Sosioøkonomisk status har usikker betydning. En studie fra Canada [15] viste ingen forskjell ved høyere utdanning, mens i en Australsk studie var høyere utdanning assosiert med betydelig reduksjon av ovarialcancer [11].

### **Behandling**

- Viktigste behandling er kirurgi. Det krever erfarne kirurger for å få god kirurgisk behandling og korrekt stadieinndeling. Det er akseptert at denne kirurgien bør sentraliseres mer enn i dag. Den betydelig forskjell i overlevelse mellom Danmark og Norge forklares med at det i Danmark

blant annet ikke er sentralisert kirurgi (figur 8.15). I helseregion 4 har de innført et samarbeid mellom de gynekologiske avdelinger for å sentralisere eggstokk-kreftkirurgien til Regionsykehuset i Trondheim. Kvinner med påvist svulst blir vurdert på lokalsykehuset etter en «risk malignancy index». Resultater så langt er positive. De fleste kvinner med eggstokk-kreft blir diagnostisert lokalt og deretter sendt til regionsykehuset for operasjon. Ordningen har fungert tilfredsstillende for alle parter (Overlege Bjørn Hagen, Regionsykehuset i Trondheim personlig meddelelse).

#### *Kirurgien har to formål.*

1. Radikal kirurgi hvor man fjerner livmor, ovarier, eggledere, oment (fettforkle), lymfekjertler samt alt synlig svulstvev på omgivende organer og på bukhinnen. Det er vist at overlevelse er bedre jo mindre svulstvev det er igjen.
2. Ved å operere på en standardisert måte i det viktigste spredningsfeltet, får man en standardisert stadieinndeling som er internasjonal, FIGO stage (The International Federation of Gynecologic Oncology) og som er basis i videre behandling. Stadieinndeling, vekstmønster (infiltrerende, ikke infiltrerende), differensiering, celletype og DNA ploiditet vurderes individuelt, og dette gjør at man bedre kan selekttere grupper for å skreddersy tilleggsbehandling. Dette er et stort framskritt. Slik kan man unngå overbehandling eller underbehandling av den enkelte pasient. Enkelte grupper av unge kvinner uten barn (og eldre/svake) kan få begrenset kirurgi og kjemoterapi, slik at de eventuelt kan få barn etter avsluttet behandling. Gruppene er standardiserte og kan inngå i evaluering internasjonalt.
3. Kjemoterapi (cellegift) ble introdusert i Norge på slutten av 1960-tallet. Samtidig ble overlevelse langsamt bedret (figur 2). Til å begynne med var det alkylerende stoffer, etter hvert i kombinasjon med anthracycliner. I slutten av 70-årene kom cisplatin, først alene, og fra midten av 80-årene som kombinasjonsbehandling [16,17,18]. I 90-årene har paclitaxel alene og i kombinasjon med cisplatin eller carboplatin vist å gi bedret overlevelse og akseptable bivirkninger og bør brukes i første linjebehandling [19]. Førstelinjebehandling går ofte over 6 måneder, den påbegynnes ved regionsykehusene og fullføres på lokalsykehuset. I 2. og 3.linjebehandling blir billigere og individuell behandling instituert, eventuelt også anti-østrogener.

#### **Rehabilitering**

Østrogenbehandling (HRT, hormon replacement therapy) bør tilbys alle (unntatt ved endometroide svulster) med tanke på bedret livskvalitet.

Screening av friske kvinner med transvaginal undersøkelse av ovariene og måling av CA 125 (svulstmarkør) har foreløpig ikke gitt tilfredsstillende resultater på grunn av den lave sensitivitet og positive prediktive verdi [20, 21, 22]. Risiko for unødvendig kirurgi, og stort forbruk av resurser (spesialister og kostbart utstyr), er viktige årsaker. Sensitiviteten kan bli bedre med hyppige undersøkelser [20] og med nye svulstmarkører som OVX1. Men slik screening er ikke praktisk gjennomførbart i dag.

Kvinner med risiko for arvelig autosomal dominant bryst-/eggstokk-kreft derimot, er en gruppe som bør gis medisinsk oppfølging, genetisk utredning (alle genetiske avdelinger i landet kan tilby utredning) og tilbud om årlig kon-



troll på gynekologisk poliklinikk. Der gjøres det en grundig undersøkelse av bryster med trippeldiagnostikk (mammografi /ultralyd/cytologi), gynekologisk undersøkelse med transvaginal ultralyd av ovariene og måling av CA 125 i blod (hver 6. mnd.). Ved Det norske Radiumhospital har denne type utredning og gynekologisk oppfølging vært et tilbud fra 1993. Kvinnene kan selv skrive og be om det. Kvinnen får en vurdering om risiko for bryst- og/eller eggstokk-kreft eller om de er bærere av en genfeil (BRCA1 eller 2 mutasjon) som gir mellom 20 – 40 % risiko for eggstokk-kreft og 70–90% risiko for brystkreft før 70 år. Et begrenset tilbud av gentesting foreligger. Helsetilbudet er blitt etablert som en del av en studie. Foreløpige resultater viser at man oppdager kreft i bryst og eggstokker, og at man langt på vei har fanget opp en høyrisikogruppe [23,24]. På grunnlag av dette og internasjonale anbefalinger er det blitt utarbeidet retningslinjer for hvordan kontrollen bør være i Norge (25, 26). Oppfølgingsresultater må vurderes senere med tanke på overlevelse og om kreften diagnostiseres tidlig nok. Forebyggende kirurgi, oophorectomi, anbefales fra 45årsalder til kvinner med svært høy risiko for kreft. Gentester kan være verdifullt for å avklare behov for forebyggende kirurgi.

### **Hva kan være forebyggende**

- Screening av kvinner med risiko for arvelig bryst/ovarialcancer (årlig u.s. av bryst/ovarier) og bedre muligheter for genetisk utredning (lang ventetid i dag) og gentester (begrenset tilbud).
- Screening av vanlige kvinner bør vurderes i lys av nye diagnostiske metoder.

### *Utfordringer*

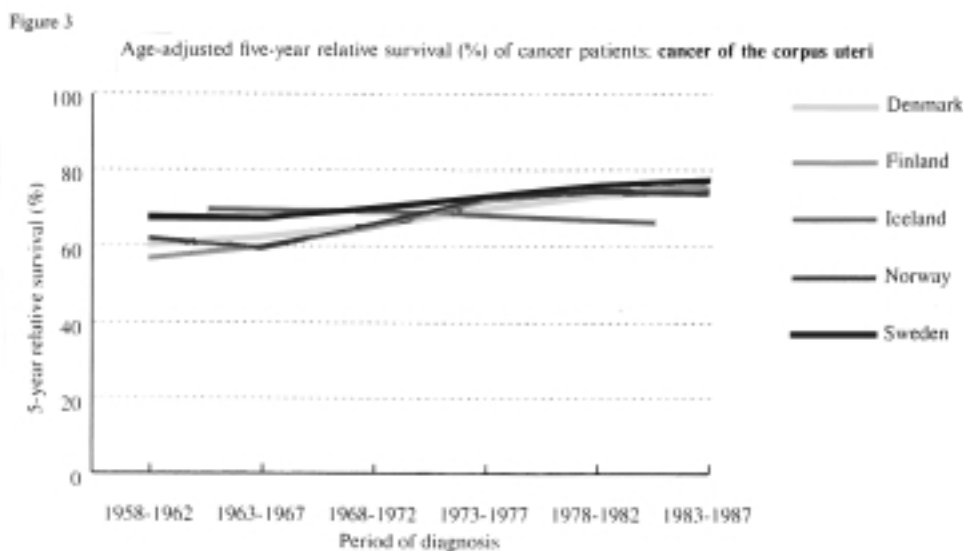
- Bedre primærkirurgi ved å sentralisere, slik som man har gjort i helseregion 4 (se behandling).
- Genmanipulerende medikamenter/vaksinasjon planlegges utprøvet.
- Høydosebehandling planlegges i mindre selekterte grupper (st I aneuploide med mikrometastaser).
- Røntgenavdelingene bør styrkes, det er ventetid på viktige preoperative røntgenundersøkelser (CT, rtg colon)

### *Litteratur*

1. Engeland A, Haldorsen T, et al. Prediction of cancer mortality in the nordic countries up to the years 2000 and 2010, on the bases of relative survival analysis: a collaborative study of the five Nordic cancer registries. *APMIS Suppl* 1995; 49: 81–83.
2. Tomatis L, Aitio A, Day NE, et al. *Cancer: Causes, occurrence and Control*. Lyon, France, International Agency for Research on Cancer, 1990.
3. Petterson F. Annual report on the results of treatment in gynaecological cancer, volume 22, Stockholm: Radiumhemmet, 1995.
4. Tropé C, Kristensen G. Current Status of Chemotherapy in Gynecologic Cancer. *Seminars in Oncology* 1997; 24: suppl.15, pp1–22.
5. Godwin AK, Testa JR, Hamilton TC. The biology of ovarian cancer development. *cancer* 1993; 71: 530–36.
6. Fraumeni JF, Lloyd JW, Smith EM, Wagoner JK. Cancer mortality among nuns: Role of marital status in the etiology of neoplastic disease in women.

- J Natl Cancer Inst 1969; 42: 455–568
7. Enström J. Cancer mortality among mormons in California during 1968–75. *J Natl Cancer Inst* 1980; 65: 1073–1082
  8. Franceschi S, Parazzini F, Negri E, et al. Pooled analysis of 3 European case-control studies of epithelial ovarian cancer: III, oral contraceptive use. *Int J Cancer* 1991; 49: 61–65.
  9. Ford D, Easton DF. The genetics of breast and ovarian cancer. *Br J Cancer* 1995; 72: 805–12.
  10. Rodriguez C, Calle EE, Coates RJ, Miracle McMahon HL, Thun MJ, Heath CW. Estrogen replacement therapy and fatal ovarian cancer. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 828–835.
  11. Purdie D, Green A, Bain C, et al. Reproductive and other factors and risk of epithelial ovarian cancer: An Australian case-control study. *Int J Cancer* 1995; 62: 678–84.
  12. Booth M, Beral V, Smith P. Risk factors for ovarian cancer. A case-control study. *Br J Cancer* 1989; 60: 592–598.
  13. Parkin DM, Pisani P, Frelay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. *Int J Cancer* 1993; 54: 594–606.
  14. Kliever EV, Smith KR. Ovarian cancer mortality among immigrants in Australia and Canada. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1995; 4: 453–458. Chen Y, Wu PC, Lang JH, Ge WJ, Hartge P, Brinton LA. Risk factors for epithelial ovarian cancer in Beijing, China. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 23–29.
  15. Risch HA, Marrett LD, Howe GR. Parity, contraception, infertility, and the risk of epithelial ovarian cancer. *Am J Epidemiol* 1994; 140: 585–97.
  16. Tropé C. Melphalan with and without doxorubicin in advanced ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 582–588.
  17. Tropé C, Andersson H, Bjørkholm E, et al. Doxorubicin-melphalan with and without cisplatin in advanced ovarian cancer: Ten year survival results from a prospective randomized study by the Swedish Co-operative Ovarian Cancer Study Group. *Acta Oncol* 1996 (suppl) ; 35: 109–118.
  18. Dørum A, Kristensen G, Tropé C. A randomized study of cisplatin versus thiotepa as induction therapy in advanced ovarian cancer. *Eur J Cancer* 1994; 30: 1470–74
  19. Mc Guire WP, Hoskins WJ, Brady MF, et al. Cyclophosphamide and cisplatin compared with paclitaxel and cisplatin in patients with stage III and stage IV ovarian cancer. *N Engl J Med* 1996; 334: 1–6.
  20. Mackey SE, Creasman WT. Ovarian cancer screening. *J Clin Oncol* 1995, 13: 783–93.
  21. Jacobs I, Davies AP, Bridges J, et al. Prevalence screening for ovarian cancer in postmenopausal women by CA125 measurement and ultrasonography. *BMJ* 1993; 306: 1030–34.
  22. Depriest PD, Varner E, Powell J, et al. The efficacy of a sonographic morphology index in identifying ovarian cancer: a multi-institutional investigation. *Gynecol Oncol* 1994; 55: 174–78.
  23. Møller P, Mæhle L, Heimdal K, Dørum A, Tretli S, et al. Inherited breast carcinoma. prospective findings in 1194 women at risk. *Acta Oncol*. 1996, 35 (Suppl.8): 7–11
  24. Dørum A, Kristensen GB, Abeler VM, Tropéé CG, Møller P. Early Detection of Familial Ovarian Cancer. *Eur. J. Cancer* 1996, 32A: 1645–1651
  25. Dørum A, Apold J, Møller Pål. Arvelig kreft. *Norsk Gynekologisk forening, Dalaker K. Veileder i gynekologi*. 1997.

26. NIH consensus conference. Ovarian cancer: screening, treatment, and follow-up. NIH consensus development panel on ovarian cancer. JAMA 1995; 273: 491–97.



Figur 8.16 Andel (%) kvinner med livmorkreft i Nordiske land som er i ilve 5 år etter diagnosen. Perioden 1958-1987.

### 3.6 Endometriekreft (livmorkreft)

**Anne Dørum, Avdeling for gynekologisk onkologi, Det Norske Radiumhospitalet.**

Endometriekreft utgår fra slimhinnen (endometriet) i livmoren og har sammenheng med østrogenaktivitet. Kreften kan være i livmoren, men også spre seg via blod og lymfekar til andre organer. Median alder ved diagnose er 65 år.

#### **Forekomst av endometriekreft**

I den vestlige del av verden er endometriekreft den hyppigste kreftsykdommen i underlivet blant kvinner med en insidens på omlag 20/100 000 kvinner per år. I 1996 ble det diagnostisert 485 nye kvinner med sykdommen i Norge. De siste tiår har det vært en beskjeden stigning og man forventer fortsatt det (1) (figur 1).

#### **Hvor farlig er endometriekreft?**

Overlevelse har bedret seg i de nordiske land (bortsett fra Island) siden 1960. I perioden 1983–1987 levde 75% 5 år eller lengre etter diagnosen. Medianalder ved død var 74 år, og 91% av pasientene fikk diagnosen mindre enn 10 år før de døde. De fleste kvinner med endometriekreft får diagnosen i stadium I, det vil si før sykdommen har spredt seg. Da er prognosen god, 85% le ver fem år eller mer etter at diagnosen er stilt.

### **Patogenese og risikofaktorer**

Man antar at endometriekreft utvikles via forstadier (kompleks hyperplasi, atypisk hyperplasi) og at både hyperplasi og kreft er avhengig av østrogen (eksogene eller endogene). Undersøkelser kan tyde på at det tar mange år å utvikle kreft [3].

- En del av risikofaktorene for endometriekreft er lik de for brystkreft [2], som
- tidlig pubertet, sen overgangsalder og
- lav paritet, det kan synes som at 27 % av økningen i insidens mellom 1955 og 1984 kunne være forenlig med redusert antall barn [4].
- Fedme kan være en disponerende faktor fordi det omdannes østron og østradiol i perifert fettvev
- Langvarig bruk av østrogen/ HRT (Hormone Replacement Therapy) er vist å kunne gi endometriekreft. Kvinner som bruker østrogen etter menopause må derfor i tillegg bruke progesteron enten en kontinuerlig liten dose eller som et regelmessig tilskudd som fører til blødninger.
- Antiøstrogen (Tamoxifen eller lignende preparat) som brukes til behandling av brystkreft. Kvinner som bruker slike preparater bør gå regelmessig til gynekolog.
- Arvelig endometriekreft er sjelden, men kan være en del av «arvelig tarmkreft syndromet» (hereditær non polyppose colorectal cancer, HNPCC). Dette kan skyldes flere genfeil og en enkel gentest er ikke tilgjengelig. Derimot kan kvinnene med fordel henvises til genetisk utredning hvis det foreligger opphoping av mage/tarm/endometrie-cancer i ung alder i slekten. Hun vil da bli anbefalt regelmessig kontroll hos gynekolog samt event. colo/gastroskopi regelmessig.

### **Behandling**

Forstadier til endometriekreft kan behandles med hormoner (progesteron), utskraping (abrasio) eller fjerning av livmoren (hysterectomi) avhengig av forstadiets grad og kvinnens alder, helse og eventuelt barneønske. Når det gjelder behandling av kreft, er det flere faktorer som har betydning for prognosen. I de senere år har det vært et mål å definere kvinner som har høy og lav risiko ut i fra disse faktorene. Slik kan kvinnen få differensiert behandling etter behov. Kirurgisk stadium (beskrivelse av dybde på myometrieinvasjon, affeksjon av lymfeknuter og grad av spredning, celledifferensiering, histologi, DNAploiditet, hormonreseptorstatus) samt kvinnens alder og helse er de viktigste faktorene når behandling fastsettes. Den viktigste behandling er kirurgi hvor livmor, eggstokker og eggledere blir fjernet. Noen få må fjerne alle lymfekjertler i bekkenregionen. Omtrent 75% opprettes før sykdommen har spredt seg (i stadium I), men omtrent 10 % av disse tilhører høyrisikogruppen og bør få mer behandling i tillegg til operasjon. Tidligere fikk de fleste pasientene strålebehandling før eller etter operasjonen avhengig av kreftens type og utbredelse, men 5–10 % får plagsomme og 2 % alvorlige bivirkninger (sek-suelle problemer og problemer knyttet til urinveier og tarmfunksjon). På grunn av bivirkningene og fordi nytten av strålebehandling er omdiskutert, blir det gjort studier for å definere lavrisikogrupper som ikke behøver strålebehandling.

Muligens på grunn av den generelt gode prognosen ble det ikke satset på utvikling av systemisk behandling før i midten av 70-årene. Da ble behandling

med kjemoterapi og hormoner iverksatt med øket overlevelse i høyrisikogruppen som resultat.

### **Rehabilitering**

Østrogener (HRT, hormone replacement therapy) kan tilbys noen (stadium I, lite differensiert). Av de som har fjernet alle lymfekjertler får 7% hevelse i bena, kvinnene bør få langvarig spesialisert fysioterapibehandling. Strålebehandling kan være aktuelt som palliasjon ved spredning av kreften.

### *Utfordringer*

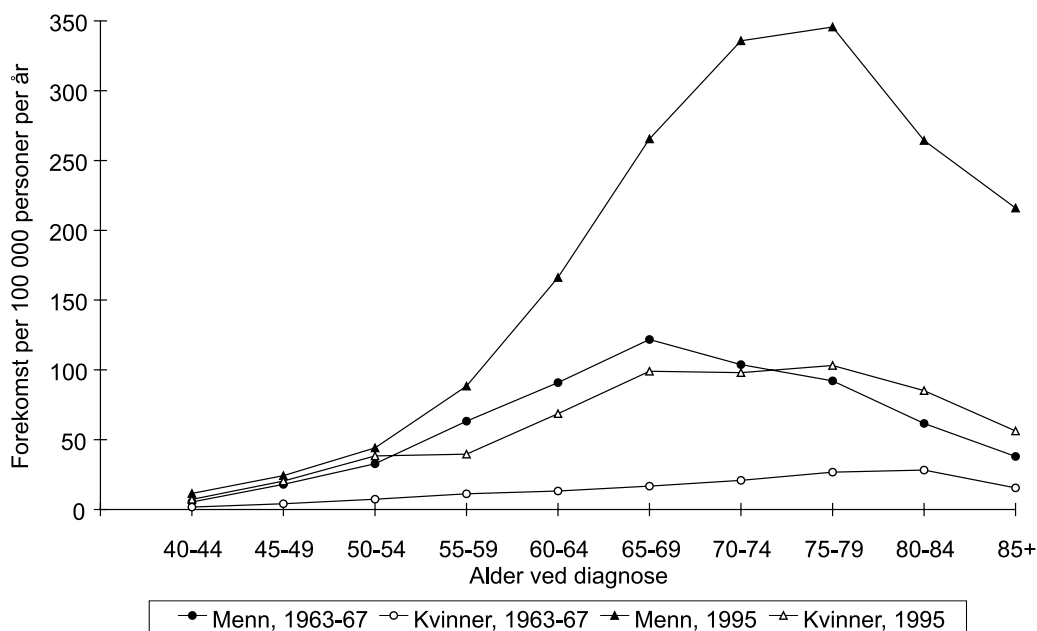
Finne prognostiske faktorer og bedre kjemoterapi for å bedre overlevelse hos kvinner i høyrisikogruppen.

Bedre kapasitet på strålebehandling både som adjuvant behandling og som palliasjonsbehandling ved tilbakefall.

- Det burde være almen kunnskap blant kvinner at blødningsuregelmessigheter i enhver alder kan være kreft til det motsatte er bekreftet av lege.
- Ved livmorhals-screeninginnføringen vil man samtidig få regelmessig kontroll/vurdering av livmor og symptomer, som for både cervix- og endometriecancer vanligvis er blødningsuregelmessigheter.

### *Litteratur*

1. Engeland A, Haldorsen T, et al. Prediction of cancer mortality in the nordic countries up to the years 2000 and 2010, on the bases of relative survival analysis: a collaborative study of the five Nordic cancer registries. *APMIS Suppl* 1995; 49: 81–83.
2. Tomatis L, Aitio A, Day NE, et al. *Cancer: Causes, occurrence and Control*. Lyon, France, International Agency for Research on Cancer, 1990.
3. Kurman JR, Karrinski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia. A long term study of untreated hyperplasia in 170 patients. *Cancer* 1985; 56: 403
4. Tretli S, Haldorsen T. A cohort analysis of breast cancer, uterine cancer and child bearing pattern in Norwegian women. *J Epidemiol Commun H* 1990; 44: 215–19



Figur 8.17 Forekomst av lungekreft etter kjønn og alder i perioden 1963–67 og i 1995

### 3.7 Lungekreft

*Anders Engeland, Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid, Statens institutt for folkehelse.*

#### **Økning i forekomst av lungekreft blant kvinner**

Lungekreft den hyppigst forekommende kreftformen i verden. I Norge ble det i 1995 registrert 1208 nye lungekrefttilfeller blant menn og 571 tilfeller blant kvinner (Kreftregisteret, 1998). Bare 12 av disse 1779 pasientene var under 40 år, halvparten var over 69 år. For menn var bare kreft i prostata en vanligere kreftsykdom. For kvinner var bare brystkreft og tykktarmskreft vanligere. For kvinner er forekomsten av lungekreft høyest i Finnmark, Oslo og Aust-Agder, og lavest i Sogn og Fjordane (Kreftregisteret, 1998).

Forekomsten av lungekreft har økt både blant menn og kvinner de siste 40 årene. Fra 1954–58 til 1989–93 økte forekomsten med 250% blant menn og mer enn 400% blant kvinner (Engeland, 1997). Det er da tatt hensyn til at befolkningens størrelse og alderssammensetning har endret seg. Selv om den relative økningen har vært størst blant kvinner, er det fortsatt langt flere menn enn kvinner som får lungekreft. Stadiefordelingen, det vil si sykdomsutbredelse på diagnosetidspunktet, har endret seg lite siden 1950-tallet. I 1984–93 hadde mer enn 40% av lungekreftpasientene fjernmetastaser ved diagnosetidspunktet (Engeland m.fl., 1998). Kvinnelige lungekreftpasienter har en noe mindre gunstig stadiefordeling enn mannlige pasienter.

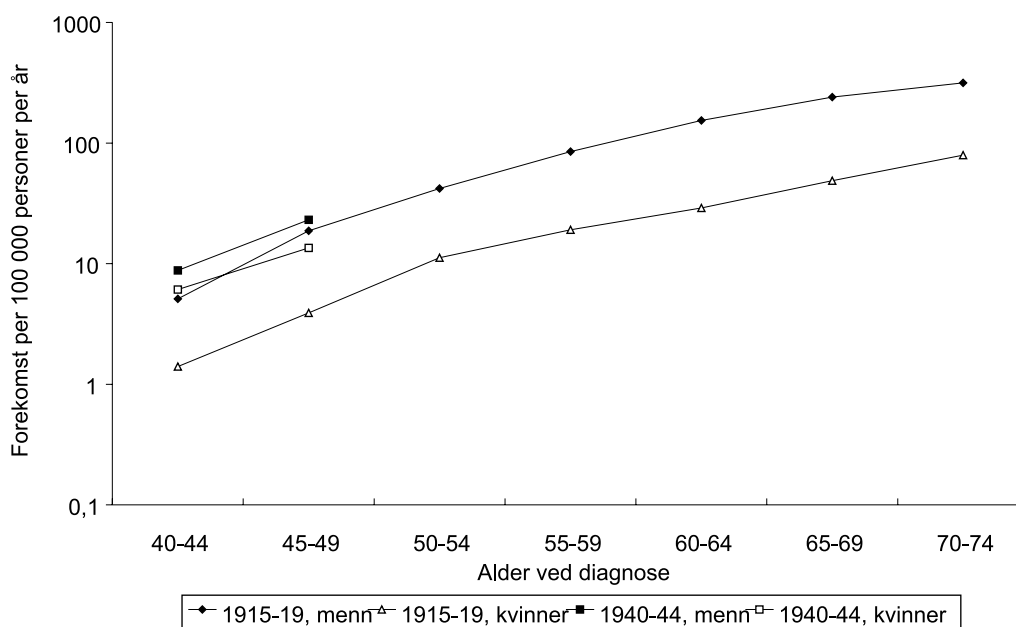
Forekomsten av lungekreft blant kvinner er nå omtrent som forekomsten blant menn i 1960-årene (figur 8.17). Kvinner under 55 år har imidlertid nå høyere forekomst av lungekreft enn menn i samme aldersgruppe hadde på midten av 1960-tallet.

I figur 8.18 sammenlignes forekomsten av lungekreft blant menn og kvinner født i to tidsperioder, 1915–19 og 1940–44. De som ble født i 1940–44 er fortsatt unge i kreftsammenheng, men så langt ser det ut som om kvinner født i 1940–44 har omtrent samme risiko for lungekreft som menn født i 1915–19. Hvis kvinnene født i 1940–44 får tilsvarende lungekreftforekomst som menn født i 1915–19, vil forekomsten av lungekreft blant kvinner stige markant i de kommende år. I følge beregninger basert på forekomsten av lungekreft i perioden 1968–92, vil omtrent 900 kvinner få diagnosen lungekreft i år 2010.

### Prognose ved lungekreft

I tillegg til at lungekreft er en av de hyppigste kreftformene, er lungekreft også en av kreftsykdommene med dårligst prognose. Her i landet dør 1100 menn og 400 kvinner av lungekreft per år. Mer enn 50% av pasientene dør i løpet av det første halve året etter at diagnosen er stilt (figur 8.19). Bare 7% av pasientene lever 5 år etter at diagnosen er stilt. Siden 1950-tallet har det bare vært marginale forbedringer i prognosen til de som får

lungekreft, og det er liten forskjell mellom kjønnene (Engeland med flere, 1998). Siden prognosen for lungekreftpasienter er så dårlig, er forekomst og dødelighet av lungekreft ganske lik med hensyn til alder, kjønn og geografi, og også når det gjelder utvikling over tid.



Figur 8.18 Forekomst av lungekreft etter alder og kjønn for personer født i 1915–19 og i 1940–44

### Årsaker

I de fleste industrialiserte land er omtrent 90 % av lungekrefttilfellene blant menn forårsaket av røyking. Blant kvinner har andelen lungekrefttilfeller som skyldes røyking vært noe lavere (rundt 70 %) men andelen er stigende. Risikoen for lungekreft øker med synkende alder ved røykestart, med varighet og mengde man røyker og med grad av inhalering. Lungekrefttrisikoen

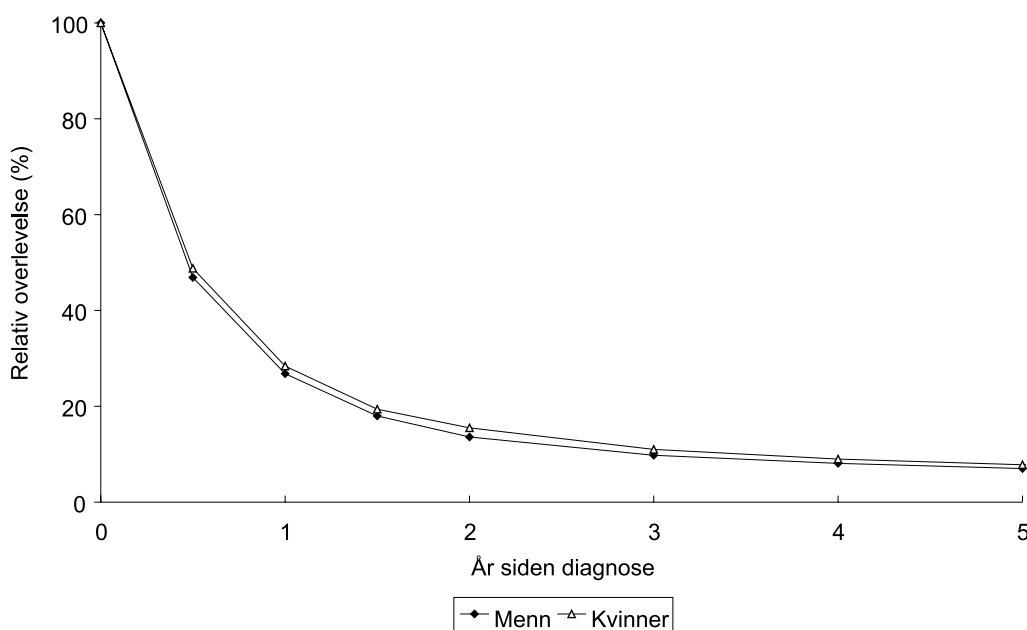
avhenger også av type sigaretter som røykes. Desto mer tjære sigarettene inneholder jo mer øker lungekrefttrisikoen.

Andelen røykere blant menn og kvinner er nå ganske lik her i landet. Blant røykerne har imidlertid menn det høyeste forbruket av tobakk, og menn røyker også de mest helseskadelige sigarettene, det vil si mer håndrullede sigaretter med et høyt tjæreinnhold (Lund, 1996; Hauknes, 1994).

De siste årene har det vært en del undersøkelser som tyder på at kvinner har en høyere risiko for å få lungekreft enn menn med de samme røykevanene (Ryberg m.fl., 1994; Zang og Wynder, 1996). Det blir da tatt hensyn til alder ved røykestart, sigaretttype, mengde som røykes og hvor lenge man røyker. En undersøkelse fra 1996 har også antydning at røyking i tenårene er mer skadelig for lungene for jenter enn for gutter (Gold m.fl., 1996).

Røykere som klarer å stumpe røyken reduserer risikoen for å få lungekreft sett i forhold til om de fortsetter å røyke. Dette gjelder uansett hvor gammel man er og hvor lenge man har røkt. Desto tidligere man slutter jo mer reduseres risikoen. Tidligere røykere vil imidlertid ikke komme ned på samme risikonivå som de som aldri har røkt.

I tillegg til egen røyking er passiv røyking og ulike yrkeseksponeringer som for eksempel asbeststøv risikofaktorer for lungekreft. Yrkeseksponering som øker risikoen for lungekreft har vært mest dominerende i mannsdominerte yrker. I en del undersøkelser har man funnet at personer med høyt inntak av A- og C-vitamin har en redusert risiko for lungekreft. Det er imidlertid fortsatt usikkerhet knyttet til denne observasjonen. Det er også uenighet om i hvilken grad innendørs radonstråling øker risikoen for lungekreft. Det har tidligere blitt påvist en økt forekomst av lungekreft blant gruvearbeidere som har vært utsatt for store doser radonstråling.



Figur 8.19 Overlevelse for lungekreftpasienter diagnostisert i 1984–93 etter tid siden diagnose

Kilde: Engeland m.fl., 1998



### *Utfordringer*

Det har vist seg at det er relativt vanskelig å få røykere til å slutte å røyke. Man bør derfor satse mest på kampanjer rettet mot barn og unge helt opp til 20-årsalderen.

Det bør innføres regler for innholdet av giftstoffer, spesielt tjære og nikotin, i alle tobakksvarer. I dag er det ikke slike regler for håndrullede sigaretter, som er svært vanlig her i landet. Håndrullede sigaretter inneholder større mengder av skadelige stoffer enn ferdigsigaretter. Håndrullede sigaretter bør derfor ikke være billigere enn ferdigsigaretter slik det er i dag. Man bør prøve å få de som likevel røyker til å røyke sigaretter med mindre nikotin og tjære.

### *Litteratur*

Engeland A. Trends in the incidence of smoking-associated cancers in Norway, 1954–93. *Int J Cancer* 1996; 68: 39–46.

Engeland A, Bjørge T, Haldorsen T, Tretli S. Prognosis of patients with lung cancer diagnosed in Norway, 1954–1993. *Cancer Causes Control* 1998; 9: 57–65.

Gold DR, Wang X, Wypij D, Speizer FE, Ware JH, Dockery DW. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *N Engl J Med* 1996; 335: 931–7.

Hauknes A. Målinger av giftstoffer i rulletobakker. Oslo: Statens tobakkskaderåd 1994.

Kreftregisteret. *Cancer in Norway 1995*. Oslo: Kreftregisteret 1998.

Ryberg D, Hewer A, Phillips DH, Haugen A. Different susceptibility to smoking-induced DNA damage among male and female lung cancer patients. *Cancer Res* 1994; 54: 5801–3.

Zang EA, Wynder EL. Differences in lung cancer risk between men and women: Examination of the evidence. *JNCI* 1996; 88: 183–92.

Lund KE. Samfunnsskapte endringer i tobakksbruk i Norge i det 20. århundre. Oslo: Universitetet i Oslo. Doktorgradsavhandling 1996.

## **4 Hjerte/kar-sykdommer**

---

### **4.1 Hjerteinfarkt**

***Maja-Lisa Løchen og Inger Njølstad, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.***

#### ***Dødelighet av hjerteinfarkt i Norge***

Hjerteinfarkt (død hjertemuskulatur) og annen ischemisk hjertesykdom (ischemi er manglende blodgjennomstrømming i hjertemuskelens pulsårer eller kransarterier) er den hyppigste dødsårsak for både kvinner og menn i Norge. I kransarteriene er det dels aterosklerose (fettavleiring og forkalkning av karveggen) og dels trombose (blodpropp) som fører til hjerteinfarkt. I 1994 døde 4451 kvinner og 5993 menn av disse sykdommene (ICD-9: 410–414, 798.1), og det utgjorde henholdsvis 20,5 % og 26,8% av den totale mortaliteten (dødeligheten; antall døde per 100 000 i ett år) (Statistisk sentralbyrå 1997). I alle aldersgrupper blant kvinner er mortaliteten av hjerteinfarkt høyere enn mortaliteten av brystkreft, som er den vanligste kreftformen hos kvinner.

Mortaliteten av hjerteinfarkt økte fram til 1970-tallet. Etter den tid er det registrert en klar nedgang for begge kjønn. Tall fra Statens helseundersøkelser og Statistisk sentralbyrå (Bjartveit 1997) viser at i aldersgruppen 40–69 år var nedgangen i hjerteinfarkt mellom 1981 og 1994 mye større for menn enn for kvinner (figur 8.20). Det er store regionale forskjeller i mortaliteten av hjerteinfarkt i Norge. For begge kjønn er den høyest i Nord-Norge og lavest på Sør-Vestlandet.

Det har vært mye diskutert om den pågående nedgangen i hjerteinfarkt-mortalitet skyldes nedgang i insidens (antall nye hjerteinfarkttilfeller i ett år i forhold til en befolkningmengde, ofte 100 000), lavere letalitet (dødelighet hos dem som får hjerteinfarkt), eller begge deler. En nedgang i insidens skyldes antakelig effekten av forebyggende tiltak, mens en nedgang i letalitet sannsynligvis skyldes bedret behandling. Nedgangen av hjerteinfarktmortalitet i Skandinavia utenom Norge er vist å være forårsaket av en kombinasjon av disse faktorene (Salomaa 1996, Osler 1996, Wilhelmsen 1997). Undersøkelser pågår både for å avklare årsakene til nedgangen i mortalitet, og for å studere nærmere om det er noen kjønnsforskjell i insidens og letalitet av hjerteinfarkt.

### ***Insidens av hjerteinfarkt***

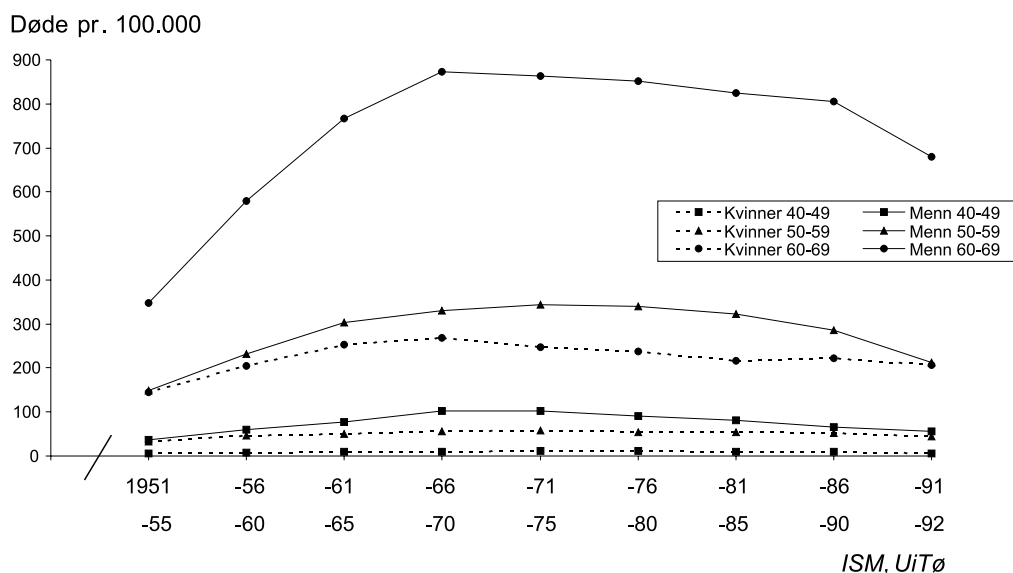
Hjerteinfarkt oppfattes ofte som en mannssykdom på grunn av den store overvekten av unge og middelaldrende menn som rammes av sykdommen i forhold til kvinner (4,6 ganger flere unge og middelaldrende menn enn kvinner (Njølstad 1996)). I gjennomsnitt får kvinnene hjerteinfarkt ti år senere enn menn, slik at de aldersspesifikke dødsrater for kvinner er omlag de samme som for ti år yngre menn (Njølstad 1995). Vi kjenner ennå ikke hele årsakskomplekset bak de aldersdifferensierte kjønnsforskjellene i insidensen av hjerteinfarkt. Kunnskap om sekulære trender og aldersmessig utvikling av risikofaktorer i begge kjønn er viktig i forskningen omkring årsaker til hjerteinfarkt. For å kunne forebygge sykdom effektivt må vi vite om de ulike risikofaktorene betyr det samme for sykdomsutviklingen hos kvinner som hos menn. Befolkningsundersøkelser er godt egnet til å fremskaffe slik viten.

### ***Overlevelse etter hjerteinfarkt***

Av personer som får hjerteinfarkt, dør i underkant av en tredjedel før det er gått en måned. Noen studier har funnet at kvinner har lavere dødelighet etter hjerteinfarkt enn menn (Pohjola 1980, Wong 1989, Donahue 1993), andre at kvinner har høyere dødelighet enn menn (Johansson 1984, Greenland 1991, Malacrida 1998). En norsk studie fant ingen kjønnsforskjell i hjerteinfarktoverlevelse etter en måned, og heller ikke etter ett år (Njølstad 1998). Der som sykehusbehandlingen er avgjørende for overlevelsen av hjerteinfarkt, tyder de norske resultatene på at norske kvinner og menn fikk omtrent like god behandling. Studien er imidlertid basert på data fra ett fylke i tiden 1974 til 1989, og det er ikke kjent hvordan overlevelsen etter hjerteinfarkt er for kvinner sammenlignet med menn for siste tiårsperiode og for andre deler av Norge.

### Risikofaktorer for hjerteinfarkt

En risikofaktor er en individuell egenskap eller eksposisjon som medfører at vedkommende har en økt risiko for å få en sykdom (Statens helseundersøkelser 1987). Kjønn, alder og arv er viktige risikofaktorer selv om de ikke kan påvirkes. Før menopause (overgangsalderen) har unge og middelaldrende kvinner oftest mer gunstige risikofaktorer enn like gamle menn (Njølstad 1995, Bjartveit 1997), noe som bidrar til å redusere kvinners aldersspesifikke risiko for hjerteinfarkt i forhold til menn. De viktigste risikofaktorer for øvrig er høyt kolesterol, røyking og høyt blodtrykk. De kan påvirkes i gunstig retning gjennom kosthold, røykeslutt og fysisk aktivitet. Kostholdet kan øke risikoen for hjerteinfarkt, men kan også inneholde stoffer som motvirker aterosklerose og trombose (Willett 1990). Det beste kostholdet har relativt lite fett, mer vegetabilsk og marint fett enn animalsk fett, og rikelig med kornprodukter, frukt og grønnsaker (Gaziano 1996, Statens helseundersøkelser 1987). Fysisk aktivitet påvirker både blodtrykk (Reaven 1991), kolesterol, HDL kolesterol (Thune 1998) og insulin- og sukkeromsetningen (Stevenson 1995), både direkte og gjennom vektnedgang (Williams 1990).



Figur 8.20 Dødelighet av ischemisk hjertesykdom i Norge, kvinner og menn 40–69 år

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Røyking er en risikofaktor som er i ferd med å endre seg i ugunstig retning for norske kvinner. Kvinner røyker mer i Norge enn tidligere, mens menn røyker mindre (Statens tobakkskaderåd 1998), slik at nå er det ingen forskjell mellom kjønnene med hensyn til røyking. I aldersgruppen 16–74 år røyker gjennomsnittlig 34 % av befolkningen daglig. Flest dagligrøykere er det i Finnmark (46 %), mens det er færrest røykere i Oslo og Akershus (29 %). Flere studier viser at røyking er en mer ugunstig risikofaktor for kvinner enn for menn (Krueger 1981, Rosenberg 1985, Nyboe 1991, Njølstad 1996). Kvinners risiko for hjerteinfarkt øker med seks ganger dersom de røyker mer enn 20 sigaretter daglig, sammenlignet med aldri-røykende kvinner, mens tils-

varende risikoøkning for menn er tre. Stor-røykende kvinner har like stor risiko for hjerteinfarkt som ikke-røykende menn, det vil si de har ikke lenger den beskyttende effekten av å være kvinne.

Høyt kolesterol (fettstoff i blodet) er en viktig risikofaktor for hjerteinfarkt hos begge kjønn (Grundy 1986, Bush 1988, Njølstad 1996). De høyeste verdiene finnes hos personer i Nord-Norge og i Sørøst-Norge; de laveste i Aust-Agder, Vestfold, Buskerud og Sogn og Fjordane (Bjartveit 1997). Førte år gamle kvinner i Finnmark har gjennomsnittlig kolesterol på 5,7 mmol/l, og tilsvarende verdi for menn er 6,2 mmol/l. I Aust-Agder har kvinner 5,3 mmol/l kolesterol og menn 5,6 mmol/l. For menn er det en gradvis økende risiko for hjerteinfarkt med økende kolesterol. For kvinner kan det se ut til at risikoen først øker når kolesterolet er over 7,4 mmol/l (Westlund 1989, Njølstad 1996), et kolesterolnivå som relativt få kvinner har i Norge.

To andre fettstoffer i blodet har i flere studier vist seg å være risikofaktorer for hjerteinfarkt, nemlig HDL kolesterol og triglyserider (Austin 1989, Pocock 1989, Bainton 1992, Criqui 1993). Noen hevder at HDL kolesterol er en viktigere risikofaktor enn kolesterol, særlig blant kvinner (Bush 1988). HDL kolesterol er negativt assosiert med risiko for hjerteinfarkt, det vil si jo lavere HDL kolesterol jo høyere risiko. Fysisk aktivitet kan påvirke HDL kolesterol i gunstig retning (Thune 1998). Norske kvinner har gjennomsnittlig høyere HDL kolesterol enn menn (Bjartveit 1997), og en norsk studie viser at det er en like sterk risikofaktor for begge kjønn (Njølstad 1996). Derimot har kvinnelige røykere mer redusert HDL-kolesterol enn mannlige røykere, sammenlignet med ikke-røykere av samme kjønn (Krueger 1981, Rosenberg 1985, Nyboe 1991, Njølstad 1996). Dette kan tyde på at kvinnelige røykere mister mer av HDL-kolesterolets beskyttende virkning enn mannlige røykere.

Lavt HDL kolesterol er også et vanlig funn hos diabetikere (sukkersyke) (Njølstad 1998), og kvinner med diabetes har like høy risiko for hjerteinfarkt som ikke-diabetiske menn. Med andre ord opphever diabetes kjønnsforskjellen for hjerteinfarkt, akkurat som røyking (Lundberg 1997). Diabetes hos voksne øker i Norge, og viktige risikofaktorer er økt kroppsvekt og lav fysisk aktivitet.

### ***Hvorfor har kvinner og menn ulik risiko for hjerteinfarkt?***

Årsaken til at kvinner og menn har forskjellig risiko for hjerteinfarkt er ikke kjent. Noe skyldes de allerede nevnte risikofaktorene, men det gjenstår en kjønnsforskjell som ikke lar seg forklare av disse. Mange har ment at forskjellen i insidens av hjerteinfarkt mellom kjønnene skyldes en gunstig effekt av kvinnelige kjønnshormoner, spesielt østrogen. Imidlertid stiger kvinnenes insidens av hjerteinfarkt gradvis helt uavhengig av menopausen, som fører til en sterk reduksjon av østrogenmengden i kroppen. Derfor er det uklart om østrogen er hovedårsaken til at kvinnene er relativt beskyttet i forhold til like gamle menn.

Noen studier kan tyde på at nøkkelen til kjønnsforskjellen for hjerteinfarkt ligger i den ulike fettfordelingen hos kvinner og menn (Barrett-Connor 1997). Kvinner har vanligvis mest fett over hofter, sete og lår, mens menn har mest fett rundt buken. Kvinner med mannlige fettfordeling har høyere tendens til metabolsk syndrom, det vil si lavt HDL-kolesterol og høyt nivå av triglyserider i blodet, høyt blodtrykk og forstyrrelser i sukkerstoffskiftet, som øker risikoen for diabetes. Diabetes er en viktig risikofaktor for hjerteinfarkt, spesielt hos kvinner. Økt såkalt mannlige fettfordeling har i en svensk studie vist seg å øke

risikoen for hjerteinfarkt (Larsson 1992). Det er derfor mulig at man ved forebygging av hjerteinfarkt spesielt bør satse på kvinner som likner på menn både når det gjelder kroppsform (bukfedme), fettstoffer og sukkerinnhold i blodet (Tonstad 1998).

### **Forventet endring av insidens av hjerteinfarkt**

Dagens mortalitet av hjerteinfarkt er i stor utstrekning et resultat av livsstil i fortiden. Videre kan dagens risikodata forutsi mortaliteten av hjerteinfarkt i fremtiden. Oppfølgingsstudier har vist at mortaliteten av hjerteinfarkt øker lineært med risikofaktornivået. Endring av risikofaktornivået er vist å gi effekt på insidens og mortalitet av hjerteinfarkt nokså umiddelbart (Strøm 1951, Vartianen 1994). Statens helseundersøkelses studier viser at hos norske 40-åringer har det vært en klar reduksjon i samlet infarkttrisk (basert på kolesterol, systolisk blodtrykk, sigarettforbruk, infarkt eller angina i nær slekt og kjønn) hos begge kjønn mellom 1983 og 1993 (Bjartveit 1997). Vi kan derfor vente en fortsatt nedgang i insidensen av hjerteinfarkt i de nærmeste årene. Det forutsetter imidlertid sannsynligvis at røyking hos kvinner avtar. Økningen i røyking blant kvinner er bekymringsfull med tanke på fremtidig risiko for hjerteinfarkt.

### **Forebygging av hjerteinfarkt hos hjertefriske kvinner**

Nedgangen i hjerteinfarkt etter 1970 har vært omtrent like bratt hos kvinner som hos menn (Uemura 1988). Det er rimelig å trekke den slutning at kvinner er like følsomme som menn for forandringer i livsstil som har en gunstig effekt på risiko for hjerteinfarkt (Tonstad 1998). De store kontrollerte studiene av livsstilsendringers effekt på hjerteinfarkt er for det meste gjort på menn, og grunnlaget for å gi råd for kvinner er derfor hovedsakelig basert på disse studiene og på oppfølgingsstudier av begge kjønn.

Blant kvinner uten tidligere hjerteinfarkt og uten symptomer på trange kransarterier (angina pectoris), bør man identifisere dem med høyest risiko for hjerteinfarkt ved hjelp av de tradisjonelle risikofaktorene. Forebygging av hjerteinfarkt hos kvinner bør først og fremst fokusere på å unngå røyking (Willett 1987, Njølstad 1996). Flere studier tyder på at dersom en slutter å røyke, så vil risikoen for hjerteinfarkt reverseres (Willett 1987, Rosenberg 1990, Njølstad 1996).

I Norge anbefaler man at kolesterolnivået bør ligge på 5mmol/l eller lavere. Det er vist for menn at for hver prosent reduksjon i kolesterolnivået, så reduseres risikoen for hjerteinfarkt med 2–3% (L a Rosa 1990). Det er usikkert om dette er direkte overførbart til kvinner fordi enkeltstudier antyder at kanskje kvinner tåler høyt kolesterol noe bedre enn menn (Bush 1988, Wenger 1992, Njølstad 1996). Foreløpige resultater fra et behandlingsforsøk med kolesterolsenkende medikament (statin) hos personer med forhøyet kolesterol og tegn til forkalkning i halspulsårene, viser at medikamentet ser ut til å redusere risikoen for hjerte-karsykdommer, og effekten er den samme for både menn og kvinner (Furberg 1994). Dette styrker hypotesen om at kvinner og menn skal ha lik behandling, og foreløpig gjelder de samme anbefalinger for begge kjønn.

Det har vært mye diskutert om medikamentell blodtrykksbehandling beskytter mot hjerteinfarkt. De siste forskningsresultatene tyder på at eldre kvinner over 65 år får en betydelig gevinst av behandling (Cutler 1995). Yngre

kvinner uten andre risikofaktorer bør derimot ikke behandles med mindre blodtrykket er svært høyt. Med andre ord skal en ikke behandle blodtrykksverdier alene, men vurdere kvinnens totale risiko (Fahey 1996) før en starter behandling.

Arv er en viktig risikofaktor for hjerteinfarkt, og spesielt er risikoen stor for kvinner som har nære familiemedlemmer under 65 år som har hatt hjerteinfarkt (Hunt 1986). Selv om arven ikke kan påvirkes, er det viktig å identifisere disse kvinnene og forsøke å endre eventuelle andre ugunstige risikofaktorer hos dem.

Kvinner med diabetes har minst like stor risiko for hjerteinfarkt som menn (Newnham 1997, Njølstad 1998), og kvinnelige diabetikere har tre-sju ganger høyere risiko for hjerteinfarkt enn andre kvinner (Manson 1991). Kvinner med diabetikere i familien har økt risiko for å få diabetes. Overvekt er også en sterk risikofaktor for diabetes. Det er behov for gode strategier som kan hindre fedme hos kvinner med høy risiko. Flere studier tyder på at et viktig tiltak for å forebygge diabetes i voksen alder kan være fysisk aktivitet (Willett 1990, Njølstad 1998).

En norsk studie har vist at kvinner med lav sosioøkonomisk status har høyere risiko for hjerteinfarkt enn andre kvinner (Thürmer 1993). Sammen med funn fra andre studier tyder det på at personer med lav sosioøkonomisk status er de som i minst grad nås med forebyggende råd (Marmot 1991). Kvinner med lav sosioøkonomisk status som for eksempel kort utdanning og lav inntekt bør derfor være en viktig målgruppe for informasjonskampanjer og helseundersøkelser.

Et viktig spørsmål er om østrogenbehandling av kvinner etter menopausen kan forebygge hjerteinfarkt. I noen land er denne behandlingen meget vanlig (Harris 1990, Topo 1995, Wysowski 1995, Isaacs 1995, Newnham 1997), selv om det ikke foreligger noe sikkert svar på om den har noen effekt. Noen observasjonsstudier antyder at slik hormonbehandling kan redusere risikoen for hjerteinfarkt men samtidig øke risikoen for kreft, spesielt brystkreft (Grady 1992, WHO 1994, MacLennan 1995, Rodrigues 1995, Colditz 1995). På den annen side ser det ut til at kvinner som velger å bruke østrogen tilhører en høyere sosioøkonomisk klasse og er svært forskjellige fra dem som ikke bruker østrogen. Det kan være en rekke forskjeller i livsstil og ikke egentlig østrogenbehandlingen som forklarer bedring av risiko for hjerteinfarkt (Matthews 1996). Et behandlingsforsøk av kvinner etter menopausen som hadde høy risiko for hjerteinfarkt (de hadde fortykket karvegg i halspulsåren) og ble behandlet med statiner (kolesterolsenkende medikamenter) for dette, viste at tillegg av østrogen ikke bedret den gunstige effekten som en fikk av statiner (Espeland 1995). Et annet behandlingsforsøk hos kvinner med høyt kolesterol fant like god effekt av hormonbehandling som av statinbehandling (Darling 1997). Det er nylig foretatt to samleanalyser av de forsøkene som foreligger om sammenhengen mellom østrogenbehandling og hjerteinfarkt. Konklusjonene var at inntil videre vet vi for lite om nytten av østrogentilførsel som forebyggende tiltak mot hjerteinfarkt, og det bør derfor ikke anbefales til alle kvinner (Barrett-Connor 1998, Hemminki 1997, Writing group for the PEPI trial 1995). Det foregår nå kontrollerte behandlingsforsøk med østrogen for å få kunnskap om dette, men det vil enda ta noen år før resultatene foreligger.

### **Forebygging av hjerteinfarkt hos kvinner med hjertesykdom**

De kvinnene som har aller størst risiko for hjerteinfarkt er de som allerede har hatt ett hjerteinfarkt eller andre tegn på sykdom i hjertets kransarterier slik som angina pectoris (hjertekrampe). Deres sannsynlighet for å få et nytt infarkt i løpet av de neste fem årene er omlag 25% (Scandinavian Simvastatin Survival Study Group 1994, Newnham 1997).

På 80-tallet i USA ble det vist at kvinner fikk dårligere tilbud om utredning og behandling av hjerteinfarkt enn menn (Healy 1991). Generelt skal imidlertid kvinner ha samme infarktbehandling som menn (Newnham 1997), og de viktigste tilbudene er medikamentene aspirin, streptokinase og betablokkere, samt kardiologisk og kirurgisk behandling av hjertets kransarterier. I tillegg kommer statiner, som er et relativt nytt medikament i forebygging av hjerteinfarkt hos personer som allerede har hatt sykdom i hjertets kransarterier. To store kontrollerte studier viser at kvinner har like god effekt som menn av medikamentell behandling med såkalte statiner som virker senkende på kolesterolet i blodet (Scandinavian Simvastatin Survival Study Group 1994, Sacks 1996). Den ene studien som er skandinavisk, omfatter personer etter hjerteinfarkt med kolesterol i området 5,5–8,0 mmol/l, mens den andre studien omfatter personer med enda lavere kolesterolverdier, gjennomsnittlig 5,40 mmol/l. Med andre ord, kan det se ut til at de fleste vil kunne profittere på statinbehandling etter et infarkt, selv personer med det vi vanligvis anser for et normalt kolesterolnivå. Det diskuteres også for hjertesyke kvinner om østrogenbruk forebygger et nytt hjerteinfarkt. Resultatene fra det første medikamentforsøket med østrogen hos kvinner som hadde hatt hjerteinfarkt, viste at det ikke var noen positiv effekt av østrogen med tanke på forebygging av nytt hjerteinfarkt eller død (Hulley 1998). Konklusjonen er at selv om hjerteinfarkt forekommer mye sjeldnere hos kvinner enn hos menn i samme aldersgruppe, så skal kvinner som allerede har hatt et hjerteinfarkt behandles like aktivt som menn.

### **Identifisering av personer med økt risiko for hjerteinfarkt**

En rekke prosjekter verden over har vist at det er mulig å påvirke risikofaktorer for hjerteinfarkt i en positiv retning og derved forebygge hjerteinfarkt. Det mest effektive er en systematisk kombinasjon av massestrategi og høyrisikostrategi. Ved massestrategien rettes tiltakene mot hele befolkningen og målet er å redusere risikoen hos alle. Ved høyrisikostrategi rettes tiltakene mot dem med høyest risiko. Screening (siling) er masseundersøkelse av befolkningsgrupper der hensikten er å identifisere personer med høy risiko for en sykdom. I Norge har det vært utført flere store befolkningsundersøkelser som kombinerer disse strategiene, blant annet i Oslo, Tromsø, Finnmark, Sogn og Fjordane og Oppland (Leren 1975, Thelle 1976, Bjartveit 1979). Norge er det eneste land som har innført en landsomfattende screening av 40-åringene som et virkemiddel i kampen mot hjerte- og karsykdommer. Fra og med 1993 har alle fylker unntatt Oslo vært inkludert i screeningen som utføres av Statens helseundersøkelser sammen med kommunehelsetjenesten og fylkeslegene. Resultatene fra minst to undersøkelser fra disse 18 fylkene er presentert samlet (Bjartveit 1997). Det gir en unik mulighet til å følge risikofaktorutvikling sammenholdt med dødelighet over tid i ulike geografiske områder og sosialklasser hos både kvinner og menn. Gjennom kjennskap til trendene i risikomønsteret kan en lage målrettede strategier for forebygging. Dette er et langsiktig og ressurskrevende arbeid, der resultatene først oppnås

etter flere år. Slik massestrategi gir likevel størst samlet effekt på befolkningens risikonivå. Gjennom høyrisikostrategien kan en oppnå resultater mye raskere. Det virker motiverende både for pasienter og helsepersonell, og kan ha en smitteeffekt i miljøet og samfunnet som helhet, slik at en også gjennom høyrisikostrategien oppnår en masseeffekt.

### **Sammenfattende anbefaling for å redusere hjerteinfarkt hos kvinner**

- Røyking bør reduseres.
- Kostholdet bør inneholde mindre fett, spesielt mindre animalsk fett, og mer vegetabilsk fett, marint fett, frukt, grønnsaker og kornprodukter.
- Fysisk aktivitet i fritiden bør økes.
- Kvinner med høyest risiko for hjerteinfarkt bør identifiseres gjennom screening.
- Kvinner med lav sosioøkonomisk status må nås med livsstilsråd og behandling.
- Østrogenbehandlings forebyggende effekt på hjerteinfarkt er usikker.
- Kvinner som har hatt hjerteinfarkt eller angina pectoris skal behandles like aktivt som menn.
- Kolesterolenkende medikamenter (statiner) bør gis etter hjerteinfarkt og angina pectoris.
- Forskning må avklare nærmere om det i Norge er noen forskjell i behandling av kvinner og menn med ischemisk hjertesykdom både før og etter hjerteinfarkt, og om forebygging og behandling av kvinner og menn bør skje etter felles eller kjønns spesifikke kriterier.

### *Litteratur*

Austin MA. Plasma triglyceride as a risk factor for coronary heart disease. The epidemiologic evidence and beyond. *Am J Epidemiol* 1989; 129: 249–59.

Bainton D, Miller NE, Bolton CH et al. Plasma triglyceride and high density lipoprotein cholesterol as predictors of ischaemic heart disease in British men. The Caerphilly and Speedwell Collaborative Heart Disease Studies. *Br Heart J* 1992; 68: 60–6.

Barrett-Connor E, Grady D. Hormone replacement therapy, heart disease, and other considerations. *Annu Rev Public Health* 1998; 19: 55–72

Barrett-Connor E. Sex differences in coronary heart disease. *Circulation* 1997; 95: 252–64.

Bjartveit K, Foss OP, Gjervig T et al. The cardiovascular disease study in Norwegian counties. Background and organization. *Acta Med Scand Suppl* 1979; 634: 1–70.

Bjartveit K, Wøien G. Risikofaktorer for hjerte-karsykdom i Norge. Resultater fra undersøkelser i 18 fylker. Oslo: Statens helseundersøkelser, 1997.

Bush TL, Fried LP, Barrett-Connor E. Cholesterol, lipoproteins and coronary heart disease in women. *Clin Chem* 1988; 34: B60-B70.

Colditz GA, Hankinson SE, Hunter DJ et al. The use of estrogen and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1995; 332: 1589–93.

Criqui MH, Wallace RB, Heiss G et al. Cigarette smoking and plasma high-density lipoprotein cholesterol. *Circulation* 1980; 62 Suppl IV: 70–6.

Criqui MH, Heiss G, Cohn R et al. Plasma triglyceride level and mortality from coronary heart disease. *N Engl J Med* 1993; 328: 1220–5.



Cutler JA, Psaty BM, MacMahon S et al. Public health issues in hypertension control: what has been learnt from clinical trials. I: Laragh JH, Brenner BM, red. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. New York: Raven Press, 1995: 253–70.

Darling GM, Johns JA, McCloud PI et al. Estrogen and progestin compared with simvastatin for hypercholesterolemia in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1997; 337: 595–601.

Donahue RP, Goldberg RJ, Chen Z et al. The influence of sex and diabetes mellitus on survival following acute myocardial infarction: a community-wide perspective. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 245–52.

Espeland MA, Applegate W, Furberg CD et al. Estrogen replacement therapy and progression of intimal-medial thickness in the carotid arteries of postmenopausal women. *ACAPS. Am J Epidemiol* 1995; 142: 1011–9.

Fahey TP, Peters TJ. What constitutes controlled hypertension? Patient based comparison of hypertension guidelines. *BMJ* 1996; 313: 93–6.

Furberg CD, Adams HP, Applegate WB et al. Effect of lovastatin on early carotid atherosclerosis and cardiovascular events. *ACAPS. Circulation* 1994; 90: 1679–87.

Gaziano JM, Manson JE. Diet and heart disease. The role of fat, alcohol, and antioxidants. *Cardiol Clin* 1996; 14: 69–83.

Grady D, Rubin SM, Petitti DB et al. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann Intern Med* 1992; 117: 1016–37.

Greenland P, Reicher-Reiss H, Goldbourt U et al. In-hospital and 1-year mortality in 1,524 women after myocardial infarction. Comparison with 4,315 men. *Circulation*. 1991; 83: 484–91.

Grundy SM. Cholesterol and coronary heart disease: A new era. *JAMA* 1986; 256: 2849–58.

Harris RB, Laws A, Reddy VM et al. Are women using postmenopausal estrogens? A community survey. *Am J Public Health* 1990; 80: 1266–8.

Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med* 1991; 325: 274–6.

Hemminki E, McPherson K. Impact of postmenopausal hormone therapy on cardiovascular events and cancer: pooled data from clinical trials. *BMJ* 1997; 315: 149–53.

Hulley S, Grady D, Bush T et al. Al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA* 1998; 280: 605–13.

Hunt SC, Williams RR, Barlow GK. A comparison of positive family history definitions for defining risk of future diseases. *J Chron Dis* 1986; 39: 809–21.

Isaacs AJ, Britton AR, McPherson K. Utilisation of hormone replacement therapy by women doctors. *BMJ* 1995; 311: 1399–401.

Johansson S, Bergstrand R, Ulvenstam G et al. Sex differences in preinfarction characteristics and long-term survival among patients with myocardial infarction. *Am J Epidemiol* 1984; 119: 610–23.

Krueger DE, Ellenberg SS, Bloom S et al. Risk factors for fatal heart attack in young women. *Am J Epidemiol* 1981; 113: 357–70.

La Rosa JC, Hunnighake D, Bush D et al. The cholesterol facts: a summary of the evidence relating dietary fats, serum cholesterol and coronary heart disease: a joint statement by the American Heart Association and the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation* 1990; 81: 1721–33.

Larsson B, Bengtsson C, Bjorntorp P et al. Is abdominal body fat distribution a major explanation for the sex difference in the incidence of myocardial

infarction? The study of men born in 1913 and the study of women. Goteborg, Sweden. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 266–73.

Leren P, Askevold EM, Foss OP et al. The Oslo study. Cardiovascular disease in middle-aged and young Oslo men. *Acta Med Scand Suppl* 1975; 588: 1–38.

Lundberg V, Stegmayr B, Asplund K et al. Diabetes as a risk factor for myocardial infarction: population and gender perspectives. *J Intern Med* 1997; 241: 485–92.

MacLennan S, MacLennan A, Ryan P. Colorectal cancer and oestrogen replacement therapy. A meta-analysis of epidemiological studies. *Med J Aust* 1995; 162: 491–3.

Malacrida R, Genoni M, Maggioni AP et al. A comparison of the early outcome of acute myocardial infarction in women and men. *N Engl J Med* 1998; 338: 8–14.

Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ et al. A prospective study of maturity-onset diabetes mellitus and risk of coronary heart disease and stroke in women. *Arch Intern Med* 1991; 111: 1141–7.

Marmot MG, Smith GD, Stansfield S et al. Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *Lancet* 1991; 337: 1387–93.

Matthews KA, Kuller LH, Wing RR et al. Prior to use of estrogen replacement therapy are users healthier than nonusers? *Am J Epidemiol* 1996; 143: 971–8.

Newnham HH. Women's hearts are hard to break. *Lancet* 1997; 349 Suppl 1: s13–6.

Njølstad I. Hjerte- og karundersøkelsen for 40-åringer i Hordaland. Myten om menns overdødelighet av hjerte-karsykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 270.

Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 1996; 93: 450–6.

Njølstad I, Arnesen E. Preinfarction blood pressure and smoking are determinants for a fatal outcome in myocardial infarction. A prospective analysis from the Finnmark Study. *Arch Intern Med*. 1998; 158: 1326–32.

Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Sex differences in risk factors for diabetes mellitus in a general population. A 12-year follow-up from the Finnmark Study. *Am J Epidemiol* 1998; 147: 49–58.

Nyboe J, Jensen G, Appleyard M et al. Smoking and the risk of first acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1991; 122: 438–47.

Osler M, Sørensen TIA, Sørensen S et al. Trends in mortality, incidence and case fatality of ischaemic heart disease in Denmark, 1982–1992. *Int J Epidemiol* 1996; 25: 1154–61.

Pocock SJ, Shaper AG, Phillips AN. Concentrations of high density lipoprotein cholesterol, triglycerides, and total cholesterol in ischaemic heart disease. *BMJ* 1989; 298: 998–1002.

Pohjola S, Siltanen P, Romo M. Five-year survival of 728 patients after myocardial infarction. A community study. *Br Heart J* 1980; 43: 176–83.

Reaven PD, Barrett-Connor E, Edelstein S. Relation between leisure-time physical activity and blood pressure in older women. *Circulation* 1991; 83: 559–65.

Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP et al. Myocardial infarction and cigarette smoking in women younger than 50 years of age. *JAMA* 1985; 253: 2965–9.

Rosenberg L, Palmer JR, Shapiro S. Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *N Engl J Med* 1990; 322: 213–7.

Rodriguez C, Calle EE, Coates RJ et al. Estrogen replacement therapy and fatal ovarian cancer. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 828–35.

Sacks FM, Pfeffer MA, Moyer LA et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996; 335: 1001–9.

Salomaa V, Miettinen H, Kuulasmaa K et al. Decline of coronary heart disease mortality in Finland during 1983 to 1992: Roles of incidence, recurrence, and case-fatality. The FINMONICA MI register study. *Circulation* 1996; 94: 3130–37.

Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383–89.

Statens helseundersøkelser. Håndbok for hjerte-karundersøkelsen. Oslo: Statens helseundersøkelser, 1987.

Statistisk sentralbyrå. Dødsårsaker 1994. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1997.

Statens tobakksskaderåd. Fylkesvis røykestatistikk for 1997. Pressemelding. Oslo: Statens tobakksskaderåd, 1998.

Stevenson ET, Davy KP, Seals DR. Hemostatic, metabolic, and androgenic risk factors for coronary heart disease in physically active and less active postmenopausal women. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1995; 15: 669–77.

Strøm A, Jensen RA. Mortality from circulatory diseases in Norway 1940–45. *Lancet* 1951; i: 126–9.

Taylor KG, Carter TJ, Valente AJ et al. Sex differences in the relationships between obesity, alcohol consumption, and cigarette consumption and serum lipid and apolipoprotein concentrations in a normal population. *Atherosclerosis* 1981; 38: 11–8.

Thelle DS, Førde OH, Try K et al. The Tromsø heart study. Methods and main results of the cross-sectional study. *Acta Med Scand* 1976; 200: 107–18.

Thune I, Njølstad I, Løchen ML, et al. Physical activity improves the metabolic risk profiles in men and women: The Tromsø Study. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1633–40.

Thürmer H. Risk factors for, and 13-year mortality from cardiovascular disease by socioeconomic status. Doktoravhandling. Tromsø: ISM, Universitetet i Tromsø, 1993.

Tonstad S. Trenger kvinner andre strategier enn menn for å forebygge hjerte- og karsykdom? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 739–42.

Topo P, Koster A, Holte A et al. Trends in the use of climacteric and post-climacteric hormones in Nordic countries. *Maturitas* 1995; 22: 89–95.

Uemura K, Pisa Z. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. *World Health Stat Q* 1988; 41: 155–78.

Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J et al. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *BMJ* 1994; 309: 23–7.

Wenger NK. Exclusion of the elderly and women from coronary trials: is their quality of care compromised? *JAMA* 1992; 268: 1460–1.

Westlund K. Hjerteinfarktsykdommens epidemiologi. I: Backe B, red. Konsensuskonferansen om kolesterol. NIS-rapport nr 8/1989. Trondheim: NAVF/SINTEF, 1989.

WHO Study Group. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Geneva: World Health Organisation, 1994.

Wilhelmsen L, Rosengren A, Johansson S et al. Coronary heart disease attack rate, incidence and mortality 1975–1994 in Göteborg, Sweden. *Eur Heart J* 1997; 18: 572–81

Willett WC, Green A, Stampfer MJ et al. Relative and absolute risk of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *N Engl J Med* 1987; 317: 1303–9.

Willett W. Diet and coronary heart disease. In: Willett W (ed). *Nutritional epidemiology*. New York – Oxford: Oxford University Press; 1990: 341–79.

Williams PT, Krauss RM, Vranizan KM et al. Changes in lipoprotein sub-fractions during diet-induced and exercise-induced weight loss in moderately overweight men. *Circulation* 1990; 81: 1293–1304.

Wong ND, Cupples A, Ostfeld AM, et al. Risk factors for long-term coronary prognosis after initial myocardial infarction: The Framingham study. *Am J Epidemiol* 1989; 130: 469–80.

Writing group for the PEPI trial. Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. *JAMA* 1995; 273: 199–208.

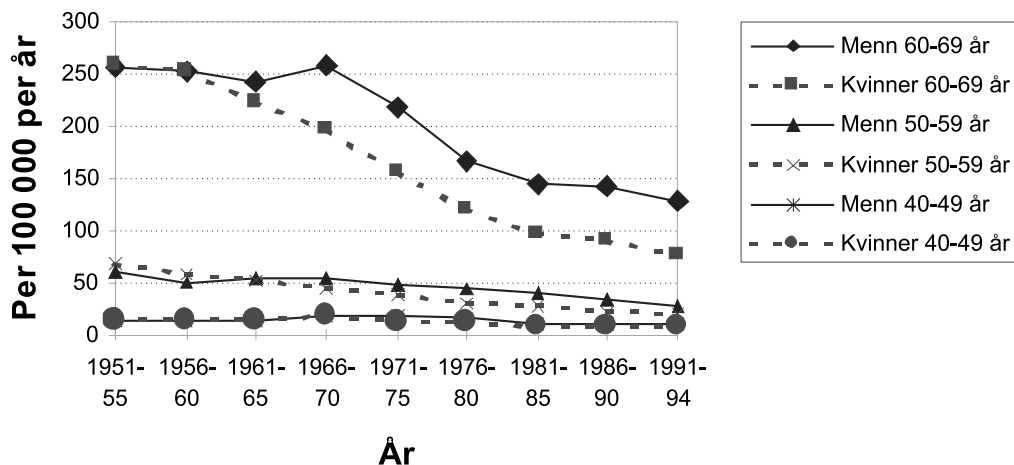
Wysowski DK, Golden L, Burke L. Use of menopausal estrogens and medroxyprogesterone in the United States, 1982–92. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 6–10.

## **4.2 Hjerneslag – forekomst og mulighet for å forebygge**

***Randi Selmer, Statens helseundersøkelser.***

### ***Hva er hjerneslag?***

Hjerneslag er plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner som er forårsaket av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon ved infarkt eller blødning (1). Hjerneslag omfatter mange underdiagnoser som har til dels ulike årsaker. Hovedgruppene er hjerneblødninger (10%), hjernehinneblødninger/subaraknoidale blødninger (5%), og hjerneinfarkt/iskemisk slag (85%) (2). Hvis tapet av kroppsfunksjoner er kortvarig og forbigående, kalles det TIA (transitorisk iskemisk angrep) og ikke slag.



Figur 8.21 Dødelighet av hjerneslag i Norge 1951–1994.

Kilde: SSB Dødsårsaker

Hjerneslag kan føre til store problemer for den som rammes, både i dagliglivet og i arbeidslivet og er den sykdomsgruppe som krever flest pleiedøgn i den somatiske helsetjeneste (1).

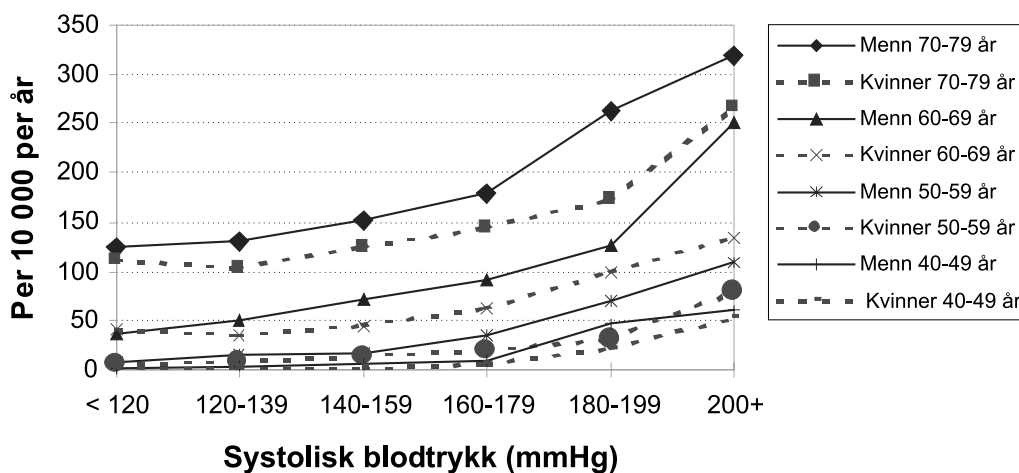
### Hvor mange rammes av hjerneslag?

I Nord-Trøndelag ble det for perioden 1994–96, som det første i Norge, opprettet et befolkningsbasert hjerneslagregister. Alders- og kjønns spesifikke rater har blitt publisert (3). Ved å ta hensyn til at oppsporingen ikke var helt komplett, kan vi ved å anvende ratene i Nord-Trøndelag på den norske befolkning anslå at det forekommer nesten 12 000 førstegangsslag per år i Norge, hvorav i underkant av 7 000 er kvinner. I tillegg kommer vel 4 000 slagtilfeller blant personer som har hatt slag tidligere. Dette gir totalt vel 16 000 tilfeller av hjerneslag årlig, hvorav litt over 9 000 er kvinner. Omkring 2 500 nye tilfeller av TIA registreres per år (1).

Innen alle aldersgrupper er risikoen for slag lavere for kvinner enn for menn. Fordi det er en sterk økning i risiko med økende alder fordi kvinner lever lenger enn menn, er det likevel totalt flere kvinner som rammes (3). I Nord-Trøndelag var 89 % av førstegangsslagene i alder over 65 år.

I Nord-Trøndelag døde ca 25% i løpet av 30 dager etter at slaget inntraff, 19,2 % av førstegangsslagene og 38% av dem som hadde hatt hjerneslag tidligere. Gjennomsnittlig overlevelse etter et hjerneslag anslås til 5 år (1).

Hvert år dør omtrent 5 100 personer av hjerneslag i Norge, hvorav vel 3000 kvinner (4). I denne statistikken er det tatt med noen flere underdiagnoser av hjerneslag enn i Nord-Trøndelagsregisteret. 12% av alle dødsfall i Norge skyldes hjerneslag, blant kvinner 14 % og blant menn 9 %. Hjerneslag er etter iskemisk hjertesykdom og kreft den tredje hyppigste gruppen av dødsårsaker i Norge. Dødelighet av hjerneslag er nå lavere for kvinner enn for menn, i alder 40–49 år 20 % lavere, i alder 50–59 år 30% lavere og i alder 60–69 år 40% lavere.



Figur 8.22 Dødelighet av hjerneslag etter systolisk blodtrykk og alder ved måling i Bergensundersøkelsen 1963–83.

Kilde: Selmer, Am J Epidemiol 1992

### Utvikling i dødelighet av hjerneslag for menn og kvinner

Hjerneslagregistret i Nord-Trøndelag omfatter bare en toårsperiode og kan derfor ikke si noe om tidsutvikling. Vi må derfor se på dødelighet og for alle slagdiagnoser samlet siden den historiske dødsårsaksstatistikken har vist seg upålitelig med hensyn til underdiagnoser av slag, men pålitelig med hensyn til hjerneslag totalt (5). Det har vært en betydelig nedgang i dødeligheten av hjerneslag i Norge. Siden 1951–55 har dødeligheten blitt halvert hos menn i alder 50–69 år, mens nedgangen har vært på 70 % hos kvinner i de samme aldersgruppene (figur 8.21). Nedgangen har i alle fall foregått siden 1930 (6). Mens kvinnene før 1955 lå på samme nivå eller høyere enn mennene, ligger de nå under. Hva nedgangen og det endrede forhold mellom kjønnene skyldes, er uklart. Endring i blodtrykknivået kan ha vært av betydning, men det er mye uforklart. Om nedgangen i dødelighet er et uttrykk for nedgang i insidens eller bedret overlevelse er også uklart. Undersøkelser i Sverige og Danmark tyder på at insidensen er uendret eller at det har vært en liten økning siden 70-tallet (7). Undersøkelsene gir ikke svar på hva en eventuell økning skyldes.

### Risikofaktorer

#### Blodtrykk

Høyt blodtrykk er en viktig risikofaktor for hjerneslag. I tråd med internasjonale studier viser en 20-års oppfølging av blodtrykksmålte i Bergen (8) at risikoen for å dø øker gradvis med økende blodtrykk i alle aldersgrupper, for både menn og kvinner under 80 år (figur 8.22). For de aller eldste er sammenhengen mer usikker. Mange dødsfall skjer hos personer som har blodtrykknivåer som ikke anses behandlingstrengende. Forebyggende strategier rettet mot en reduksjon av blodtrykknivået i befolkningen (for eksempel ved kosthold og saltreduksjon) vil være av betydning i tillegg til en strategi rettet mot personer med spesielt høy risiko. Blant menn og kvinner som var

50–59 år ved måling i 1963 økte risikoen for hjerneslag med rundt 50 % ved en økning på 15 mm systolisk blodtrykk (relativ risiko=1,5). Den relative risikoen for slag for de med forhøyet blodtrykk avtok med alder og var på vel 1,2 i aldersgruppen 70–79 år. Figur 2 viser også hvordan risikoen for hjerneslag øker sterkt med økende alder.

En 14-års oppfølging av 13 000 personer som deltok i Finnmarksundersøkelsen 1974/77 (9) viste at en økning på 15 mm systolisk blodtrykk var assosiert med 46 % høyere risiko for hjerneslag blant menn og 29% for kvinner, justert for alder. Justert for en rekke andre variable var tallene 34% for menn og 25% for kvinner i Finnmark. Beregningene både for dødelighet og insidens underestimerer imidlertid betydningen av blodtrykksnivå på grunn av usikkerhet i målingene.

Blodtrykksbehandling av personer med hypertensjon reduserer risikoen for hjerneslag omtrent som forventet ut fra sammenhengen mellom blodtrykk og hjerneslag i observasjonsstudier (10). Omfanget av blodtrykksbehandling økte særlig utover i 70-årene, mens nedgangen i slagdødelighet hadde startet lenge før.

### *Røyking*

En oppfølging av menn og kvinner ved hjerte-karundersøkelser i Finnmark, Oppland og Sogn og Fjordane viste at menn som røykte sigaretter daglig, hadde 2–3 ganger høyere dødelighet av hjerneslag enn de som aldri hadde røykt sigaretter (11). For kvinnene var dødeligheten 3–4 ganger høyere blant sigarettøykerne. For menn kunne 52,4% og for kvinner 37,9% av slagdødsfallene tilskrives nåværende eller tidligere røyking. Blant menn i Finnmark hadde dagligrøykerne 64% høyere risiko for å få slag enn ikke-røykerne, justert for andre variable. For kvinner var risikoen over det dobbelte blant røykerne enn blant ikke-røykerne (9). Røyking ser ut til å være en sterkere risikofaktor for dødelighet enn for insidens av hjerneslag, og den relative risiko høyere for kvinner enn for menn.

### *Kosthold*

Det er holdepunkter for at saltinntaket i en befolkning har sammenheng med blodtrykksnivået, og dermed også risikoen for hjerneslag, for både menn og kvinner (12). Det er antydning at sammenhengen er sterkere for kvinner enn menn, men dette må etterprøves. En mulig ny risikofaktor for hjerneslag er homocystein, en svovelaminosyre. I en norsk studie var nivået lavere hos kvinner enn hos menn (13). Ved høyt inntak av folinsyre og vitaminene B6 og B12 kan en senke homocystein-nivået i blodet. En oversiktsartikkel konkluderte med at høyt inntak av frukt og grønnsaker ser ut til å ha en beskyttende effekt mot hjerneslag (14). Men fortsatt er det mye vi ikke vet om kostholdets betydning for hjerneslag.

### *Alkoholkonsum*

Vedvarende høyt alkoholkonsum har vist en sammenheng med hjerneslag i noen studier (15). I Københavnstudien fant man ingen signifikant sammenheng hos kvinner (16). Det samme gjaldt en case-control-undersøkelse i Nord-Trøndelag (17). Andre studier antyder at moderat alkoholkonsum kan være

beskyttende mot hjerneslag (18). Alkohol kan ha ulik betydning som risikofaktor for ulike typer hjerneslag (19). Men dette er ikke avklart.

### *Diabetes*

I case-controlundersøkelsen i Nord-Trøndelag hadde diabetikere (sukkersyke) tre ganger høyere risiko for hjerneinfarkt enn ikkediabetikere (17). Andre studier har vist enda større overrisiko, spesielt hos kvinnelige diabetikere (20).

### *Tidligere og nåværende hjertekarsykdom*

Tidligere og nåværende hjertekarsykdom og gjennomgått hjerneslag er klare risikofaktorer for nye hjerneslag. Justert for blodtrykksnivå har også personer som står på blodtrykksbehandling, en overrisiko for hjerneslag i forhold til personer uten behandling (17).

### *Kroppshøyde*

Undersøkelser har vist at høye kvinner og menn har en lavere risiko for å få hjerneslag enn mennesker med lavere kroppshøyde (9). Det har vært antydning at forhold i fosterlivet og tidlige barneår i tillegg til livsstil i voksen alder er av betydning. På dette feltet trenger vi ytterligere forskning for å avdekke hvilke faktorer som er viktig.

### *Overvekt*

Studier viser varierende resultater med hensyn til betydningen av overvekt for hjerneslag. Dette gjelder også norske undersøkelser (9, 17, 21, 22). Overvekt har sammenheng med andre risikofaktorer, som kolesterol, blodtrykk, fysisk inaktivitet, diabetes og fettstoff i blodet (triglyserider). Sammenhengen mellom overvekt og hjerneslag kan tenkes å gå via disse faktorene. I en nyere amerikansk undersøkelse var både vektøkning og overvekt assosiert med risiko for hjerneslag hos kvinner (23).

### *Blodlipider*

Triglyserider (fettstoff i blodet) var en risikofaktor for hjerneslag hos kvinner, men ikke hos menn i Finnmarksundersøkelsen (9). I en studie i København økte risikoen for hjerneinfarkt med økende nivå av triglyserider hos både menn og kvinner (24).

Kolesterol viste ingen sammenheng med total hjerneslag i Finnmarksundersøkelsen (9). Andre studier har vist at det kan være en positiv sammenheng mellom totalkolesterol og hjerneinfarkt (25). Til forskjell fra hjerneinfarkt har andre studier vist at personer med lavt kolesterol kan ha en overrisiko for hjerneblødninger (26). To studier har vist en reduksjon av risikoen for hjerneslag blant personer med gjennomgått infarkt ved behandling med kolesterolsenkende statiner (27, 28).

Personer med høye verdier av HDL-kolesterol hadde lavere risiko for hjerneinfarkt enn personer med lave verdier i Københavnstudien (24). Dette må etterprøves i andre studier.



### *Fysisk aktivitet*

I en studie i USA ble det påvist at både inaktive menn og kvinner hadde en forhøyet risiko for hjerneslag (29). Mangel på fysisk aktivitet var også en risikofaktor for kvinner i en studie i København (16). I case-control-undersøkelsen i Nord-Trøndelag kunne man ikke avdekke noen sammenheng mellom mangel på fysisk aktivitet og hjerneslag (17).

### *Spesielle risikofaktorer for kvinner*

P-pillar med høyt innhold av østrogen har vist seg å gi noe forhøyet risiko for hjerneslag, særlig hos røykere (30). Nyere studier indikerer at kvinner som bruker moderne lavdose p-pillar, og ikke har andre risikofaktorer, har liten eller ingen økning i risikoen for hjerneslag (31). En svensk rapport konkluderte med at det ikke er noen entydig oppfatning av om behandling med østrogen etter menopause øker eller minsker risikoen for hjerneslag (32).

En norsk oversiktsartikkel konkluderte med at migrene er en risikofaktor for hjerneslag spesielt hos unge kvinner under 45 år, men at risikoen er liten selv for migrenepasienter (33).

Pulsårebetennelser (arteritter) kan være en årsak til hjerneslag, særlig hos yngre personer. Kvinner er mer enn menn utsatt for muskel/skjelett- og bindevevssykdommer som gir en økt risiko for cerebrale arteritter. Men den tallmessige betydning av dette er usikkert.

### *Utfordringer*

For å kunne overvåke helsetilstanden i befolkningen og sette inn forebyggende tiltak er det viktig å følge tidsutviklingen. Det er derfor av stor betydning at hjerneslagregistret i Nord-Trøndelag følges opp slik at vi kan se om insidensen går opp eller ned. En nøyaktig registrering av diagnoser og underdiagnoser vil også gi bedre mulighet for å få oversikt over årsakforholdene ved hjerneslagsykdom. Den 10. versjon av den internasjonale klassifikasjon av sykdommer (ICD-10), som allerede er tatt i bruk i dødsårsaksstatistikken, vil derfor ha betydning. Fra et forebyggende synspunkt vil en reduksjon av det generelle blodtrykksnivået og forekomsten av røyking i befolkningen, samt adekvat blodtrykkskontroll og behandling av personer med høyt blodtrykk, være viktig både for menn og kvinner. Forebygging av hjertekarsykdom og diabetes vil også ha betydning for hjerneslag. Mye tyder på at fysisk aktivitet reduserer risikoen for hjerneslag. Videre vil det være gunstig med en reduksjon av saltinntaket og en økning av inntaket av frukt og grønnsaker. Men vi trenger også å vite mer om kostholdets betydning. Når det gjelder andre risikofaktorer som alkoholkonsum, overvekt, kroppshøyde, blodlipider og spesielle risikofaktorer hos kvinner, er fortsatt mye uavklart.

### *Litteratur*

1. Norges forskningsråd. Behandling av slagpasienter. Konsensuskonferanse 18.-19. januar 1995. Rapport nr. 8. Komitéen for medisinsk teknologivurdering. Oslo, Norge: Norges forskningsråd, 1995.
2. Dahl T, Indredavik B, Mamen K, Russell D, Thomassen L, Waaler HM. Utredning og behandling av pasienter med cerebrovasculær sykdom. Skriftserie for leger. Oslo, Norge: Den norske lægeförening 1995.
3. Ellekjær H, Holmen J, Indredavik B, Terent A. Epidemiology of stroke in

- Innherred, Norway, 1994 to 1996. Incidence and 30-day case-fatality rate. *Stroke* 1997; 28: 2180–4.
4. Statistisk sentralbyrå. Dødsårsaker 1994. Norges offisielle statistikk. Oslo/Kongsvinger, Norge: Statistisk sentralbyrå 1997.
  5. Torvik A, Stenwig JT. Changes in frequency of cerebrovascular diseases in Oslo, Norway, 1958–1977. *Stroke* 1981; 12: 816–23.
  6. Westlund K. Apoplexiens epidemiologi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1974, 94: 2300–5.
  7. Ellekjær H, Holmen J. Hva vet vi om hyppigheten av hjerneslag? En oversikt over insidensundersøkelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1739–43.
  8. Selmer R. Blood pressure and twenty-year mortality in the city of Bergen, Norway. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 428–40.
  9. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Body height, cardiovascular risk factors, and risk of stroke in middle-aged men and women. A 14-year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 1996; 94: 2877–82.
  10. Collins R, Peto R, MacMahon S, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827–38.
  11. Tverdal A. Røyking og hjerte-kardødelighet. *Norsk epidemiologi* 1995; 5 (2): 115–20.
  12. Stamler J. The INTERSALT Study: background, methods, findings, and implications. *Am J Clin Nutr* 1997; 65(suppl): 626S–42S.
  13. Nygård O, Vollset SE, Refsum H, Stensvold I, Tverdal A, Nordrehaug JE, Ueland PM, Kvåle G. Total plasma homocysteine and cardiovascular risk profile. The Hordaland Homocysteine Study. *JAMA* 1995; 274: 1526–33.
  14. Ness AR, Powles JW. Fruit and vegetables, and cardiovascular disease: a review. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1): 1–13.
  15. You RX, McNeil JJ, O'Malley HM, Davis SM, Thrift AG, Donnan GA. Risk factors for stroke due to cerebral infarction in young adults. *Stroke* 1997; 28: 1913–8.
  16. Lindenstrøm E, Boysen G, Nyboe J. Lifestyle factors and risk of cerebrovascular disease in women. The Copenhagen City Heart Study. *Stroke* 1993; 24: 1468–72.
  17. Ellekjær EF, Wyller TB, Sverre JM, Holmen J. Lifestyle factors and risk of cerebral infarction. *Stroke* 1992; 23: 829–34.
  18. Knuiman MW, Vu HT. Risk factors for stroke mortality in men and women: The Busselton Study. *J Cardiovascular Risk* 1996; 3(5): 447–52.
  19. Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Speizer FE, Hennekens CH. A prospective study of moderate alcohol consumption and the risk of coronary disease and stroke in women. *N Engl J Med* 1988; 319: 267–73.
  20. Stegmayr B, Asplund K. Diabetes as a risk factor for stroke. A population perspective. *Diabetologia* 1995; 38 (9): 1061–8.
  21. Waaler HT. Height, weight and mortality. The Norwegian experience. Rapport nr 4/84, SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning. Oslo, Norge: Statens institutt for folkehelse, 1984: 1–56.
  22. Selmer R, Tverdal A. Body mass index and cardiovascular mortality at different levels of blood pressure: a prospective study of Norwegian men and women. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 265–70.
  23. Rexrode KM, Hennekens CH, Willett WC, Colditz GA, Stampfer MJ, Rich-Edwards JW, Speizer FE, Manson E. A prospective study of body mass

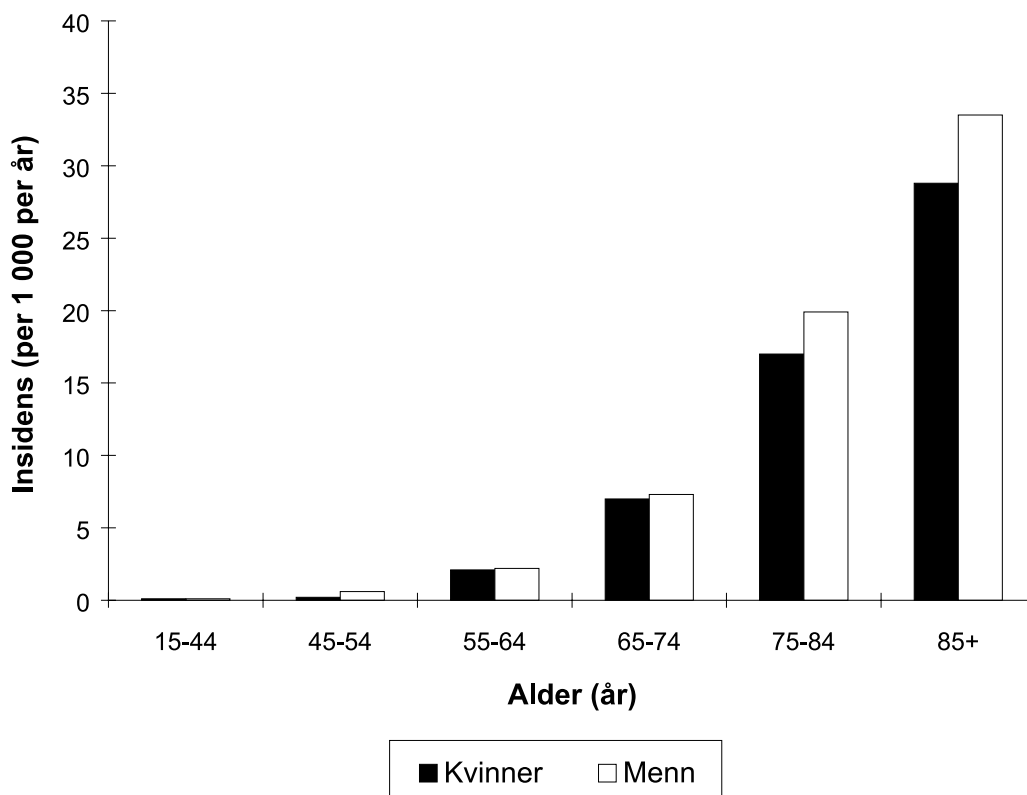
- index, weight change, and risk of stroke in women. *JAMA* 1997; 277: 1539–45.
24. Lindenstrøm E, Boysen G, Nyboe J. Influence of total cholesterol, high density lipoprotein cholesterol, and triglycerides on risk of cerebrovascular disease: the Copenhagen City Heart Study. *BMJ* 1994; 309: 11–15.
  25. Qizilbash N, Duffy SW, Warlow C, Mann J. Lipids are risk factors for ischaemic stroke: overview and review. *Cerebrovasc Dis* 1992; 2: 127–36.
  26. Reed DM. The paradox of high risk of stroke in populations with low risk of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1990; 131: 579–88.
  27. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383–9.
  28. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, Rouleau JL et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996; 335: 1001–9.
  29. Gillum RF, Mussolino ME, Ingram DD. Physical activity and stroke incidence in women and men. The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Epidemiol* 1996; 143: 860–9.
  30. Vessey MP, Lawless M, Yeates D. Oral contraceptives and stroke: findings in a large prospective study. *BMJ* 1984; 289: 530–1.
  31. Rosenberg L, Palmer JR, Sands MI, Grimes D, Bergman U, Daling J, Mills A. Modern oral contraceptives and cardiovascular disease. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177 (3): 707–15.
  32. SBU. Behandling med østrogen. Statens beredning for utvärdering av medicinsk metodik. SBU-rapport nr 131. SBU, Stockholm, Sverige 1996.
  33. Salvesen R. Migrene og hjerneslag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 1410–2.

#### **4.3 Hjerneslag – forløp og behandling**

**Torgeir Bruun Wyller: , Geriatrik avdeling, Ullevål sykehus, Conrad Svendsen Senter, Oslo**

##### **Hva er hjerneslag?**

Hjerneslag er en fellesbetegnelse på tre ulike sykdommer (Ellekjær et al. 1997). Hjerneinfarkt (omtrent 80 % av slagene) og hjerneblødning (omtrent 15 %) er motsatte sykdomsprosesser, men gir like symptomer. Hjerneblødning skyldes at en blodåre brister, mens hjerneinfarkt skyldes at en blodåre går tett (blodpropp). Hjernehinneblødning (omtrent 5%) er en blødning ut i væskerommet som omgir hjernen. Hjerneinfarkt og hjerneblødning fører til plutselig svikt i kroppsfunksjoner som styres av den delen av hjernen som er blitt skadet. Fordi hjernen har mange ulike funksjoner, blir også symptomene svært forskjellige. Vanligst er lammelser, redusert følesans, tale- og/eller forståelsesvansker, svekket balanse, forvirring, redusert evne til å gjenkjenne romlige strukturer og redusert evne til å utføre sammensatte handlingsmønstre. Disse symptomene kjennetegner både den akutte fasen og senvirkningene av hjerneslag. Symptomene ved hjernehinneblødning er plutselig innsettende sterk hodepine og bevisstløshet.



Figur 8.23 Nye tilfeller av hjerneslag per år (insidens)

### Forekomst

Forekomsten av hjerneslag øker med økende alder, og er høyere blant menn enn blant kvinner i alle aldersgrupper unntatt de aller eldste. Figur 8.23 viser antall nye tilfeller per 1.000 innbyggere per år (insidens) fordelt på kjønn og aldersgrupper (Ellekjær et al. 1997). Andelen av befolkningen (antall per 1.000 innbyggere) som har gjennomgått et hjerneslag (prevalens) fremgår av figur 8.24 (Wyller et al. 1994). Kvinnelige slagpasienter er vesentlig eldre enn mannlige.

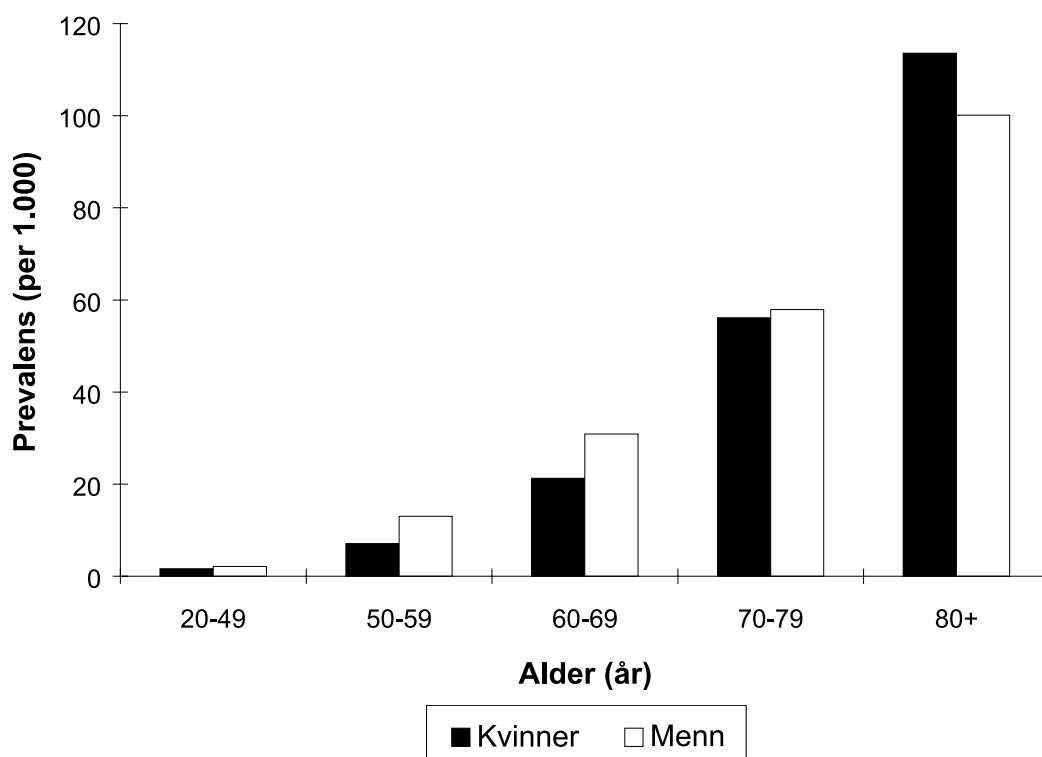
### Har kvinner dårligst prognose?

Andelen av slagpasientene som får vedvarende symptomer øker fra omtrent en tredel hos dem rundt 50 år til drøyt to tredeler hos dem over 80 (Wyller et al. 1994). Det er omdiskutert hvorvidt menn og kvinner rammes like hardt av slag. En liten norsk undersøkelse (Wyller et al. 1997) kunne tyde på at kvinnelige slagpasienter får mer alvorlige følgetilstander enn mannlige, også når man tar hensyn til aldersforskjellen. Lignende funn er gjort i et landsomfattende register over svenske slagpasienter. Disse funnene må likevel ansees for usikre.

### Behandling og rehabilitering

Det er de senere årene overbevisende dokumentert at akuttbehandling i slagenheter bedrer både overlevelse og funksjonsnivå (Stroke Unit Trialists' Collaboration 1997a). En slagenhet representerer først og fremst en bedret organisering av behandlingen. Det antas at den viktigste enkeltfaktoren er tidlig mobilisering av pasientene og tidlig, aktiv rehabilitering (Stroke Unit Trialists' Collaboration 1997b). For øvrig innebærer opphold i slagenhet vanligvis mer aktiv diagnostikk og behandling av hjerneslagets komplikasjoner (for eksempel lungebetennelse, blodpropp i benet, liggesår, urinveisinfeksjon), mer bruk av oksygen, mer aktiv væskebehandling, og mer aktiv behandling av feber, forhøyet blodsukker og lavt blodtrykk (Thomassen 1995).

Når det gjelder medikamentell akuttbehandling, har acetylsalicylsyre en beskjeden, men sikker positiv virkning på forløpet av hjerneinfarkt hos begge kjønn (International Stroke Trial Collaborative Group 1997). En rekke andre legemidler er under utprøving, men resultatene er foreløpig ikke sikre nok til at rutinemessig bruk kan anbefales.



Figur 8.24 Nye tilfeller av hjerneslag per år (insidens)

Det er ingen ting som tyder på at menn og kvinner har ulik nytte av behandling i slagenhet (Stroke Unit Trialists' Collaboration 1997a), og heller ikke at kjønn i seg selv er utslagsgivende for hva slags behandling de får. Det kan likevel tenkes å oppstå kjønnsforskjeller fordi kvinnelige slagpasienter i gjennomsnitt er eldre enn mannlige. De eldste slagpasientene (over 80 år) har sannsynligvis enda større nytte av behandling i slagenhet enn de som ikke er så gamle (Kalra 1994). Likevel er innleggelsesprosenten lavest blant de eldste (Bugge & Romøren 1996). Det er derfor grunn til å tro at en del eldre – for-

trinnsvis kvinnelige – slagpasienter ikke får del i en behandling som ville være særskilt nyttig for dem.

Når det gjelder videre rehabilitering etter akutfasen, er det økende dokumentasjon for at pasienter som tilbys aktiv rehabilitering kommer seg raskere og bedre enn andre (Wyller 1995). Det er ikke funnet forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder effekt av rehabilitering. Det ser imidlertid ut til at de eldste slagpasientene – der kvinnene er i flertall – har vel så god nytte av rehabilitering som de yngre (Kalra 1994; Thommessen et al. 1997), men muligens får et dårligere tilbud.

### ***Forebyggelse av nye slag hos pasienter som allerede har hatt et slagtilfelle (sekundær forebygging)***

Generelle slagforebyggende tiltak anbefales vanligvis intensivt hos personer som allerede har hatt et slag. Dette gjelder røykestopp, å unngå et høyt alkoholforbruk, å spise mindre salt, å redusere overvekt og å øke fysisk aktivitet. Ingen av disse tiltakene har godt dokumentert effekt hos personer som allerede har hatt et slag, men de synes likevel fornuftige hos både kvinner og menn utfra deres effekt på helsen generelt. Medikamentell behandling av høyt blodtrykk forebygger hjerneslag hos tidligere friske, både menn og kvinner (Psaty et al. 1997), men det er usikkert om samme effekt oppnås hos personer som allerede har hatt et slag.

Behandling med acetylsalicylsyre for å forhindre nye blodpropper forebygger til en vis grad nye slag hos personer av begge kjønn som har hatt hjerneinfarkt (Antiplatelet Trialists' Collaboration 1994). Kraftigere blodfortynnende behandling med warfarin (Marevan) anbefales for å forebygge nye slag hos pasienter med hjerteforkammer-flimmer som har hatt hjerneinfarkt. Slik forebyggende behandling er svært effektiv hos begge kjønn, også hos de eldste (EAFT Study Group 1993). Blodfortynnende behandling gir imidlertid risiko for alvorlige blødninger, en risiko som øker med økende alder. Det er derfor fremdeles usikkerhet omkring blodfortynnende behandling av de aller eldste pasientene.

### ***Slagpasienters pårørende***

Slagpasienter er storforbrukere av både profesjonelle og uformelle omsorgstjester. De fleste uformelle omsorgsgivere er kvinnelige familiemedlemmer. Slagpasienters nære pårørende rapporterer betydelig grad av psykososialt stress (Wyller et al. 1995). Hjerneslag har følgelig en betydelig indirekte effekt på kvinnens helse, gjennom de belastninger slagpasientenes kvinnelige familiemedlemmer utsettes for.

### ***Utfordringer***

- Sikre at alle pasienter med hjerneslag – uansett alder og kjønn – innlegges i slagenhet.
- Skaffe sikrere kunnskap om effekten av ulike rehabiliteringstiltak.
- Undersøke i tilstrekkelig store pasientmaterialer hvorvidt kvinnelige slagpasienter har dårligere prognose enn mannlige.
- Skaffe sikrere kunnskap om den forebyggende effekten av blodfortynnende behandling og blodtrykksbehandling hos kvinnene og hos de aller eldste.

- Vektlegge virkninger for de pårørende i evalueringen av behandlings- og rehabiliteringstiltak for slagpasienter.

### *Litteratur*

Antiplatelet Trialists' Collaboration. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy - I: Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *BMJ* 1994; 308: 81-106.

Bugge P, Romøren TI. Akuttbehandling av hjerneslagpasienter - hva gjør kommunehelsetjenesten? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1893-6.

EAFT (European Atrial Fibrillation Trial) Study Group. Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischaemic attack or minor stroke. *Lancet* 1993; 342: 1255-62.

Ellekjær H, Holmen J, Indredavik B, Terent A. Epidemiology of stroke in Innherred, Norway, 1994 to 1996. Incidence and 30-day case-fatality rate. *Stroke* 1997; 28: 2180-4.

International Stroke Trial Collaborative Group. The International Stroke Trial (IST): a randomised trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19435 patients with acute ischaemic stroke. *Lancet* 1997; 349: 1569-81.

Kalra L. Does age affect benefits of stroke unit rehabilitation? *Stroke* 1994; 25: 346-51.

Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, Koepsell TD, Weiss NS, Heckbert SR, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 1997; 277: 739-45.

Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ* 1997a; 314: 1151-9.

Stroke Unit Trialists' Collaboration. How do stroke units improve patient outcomes? A collaborative systematic review of randomized trials. *Stroke* 1997b; 28: 2139-44.

Thomassen L. Hjerneslag. Effektiv utredning og spesialisert behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1731-4.

Thommessen B, Laake K, Bautz-Holter E. Rehabilitering av eldre slagpasienter i en geriatrisk avdeling. Forløp og prognose. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3834-7.

Wyller TB, Bautz-Holter E, Holmen J. Prevalence of stroke and stroke-related disability in North Trøndelag county, Norway. *Cerebrovasc Dis* 1994; 4: 421-7.

Wyller TB. Rehabilitering av slagpasienter - nytter det? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1743-7.

Wyller TB, Pettersen AM, Sødving KM, Sveen U, Bautz-Holter E. Subjective well-being among relatives of stroke survivors. Abstracts from the WHO Pan-European Consensus Meeting on Stroke Management. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 1995; abstract no. 51.

Wyller TB, Sødving KM, Sveen U, Ljunggren AE, Bautz-Holter E. Are there gender differences in functional outcome after stroke? *Clin Rehabil* 1997; 11: 171-9.

#### 4.4 Forhøyet blodtrykk

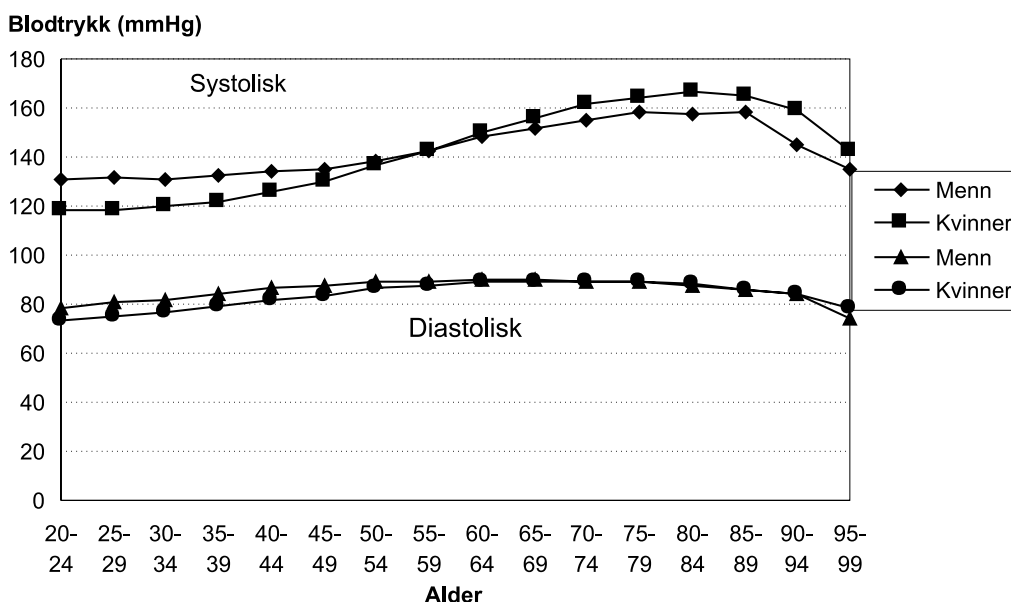
*Per G. Lund-Larsen, Statens helseundersøkelser, Oslo.*

##### **Hva er blodtrykk?**

Et menneske trenger blodstrøm gjennom sine organer for å leve. Blodstrømmen opprettholdes av hjertet som i hvile pumper ut omtrent 70 ml blod hvert sekund. Hjertet skaper derved et trykk i de store arteriene som for hvert pulslag stiger opp til et topptrykk (systolisk trykk) for deretter å falle ned igjen til et bunntrykk (diastolisk trykk). Systolisk og diastolisk blodtrykk kan måles med enkle blodtrykksmålere i mmHg (millimeter kvikksølvsvøyle) eller i kilo-Pascal. Blodtrykket noteres vanligvis som for eksempel 140/80mmHg g der det første tallet er det systoliske og det andre tallet det diastoliske trykket.

##### **Blodtrykk i en befolkning**

Måler vi blodtrykk i en befolkning, ser vi at både systolisk og diastolisk blodtrykk øker med økende alder (figur 8.25). Før omtrent 50 årsalderen er kvinneblodtrykket lavere enn mannsblodtrykket, etter fylte 50 år har kvinnene gjennomsnittlig høyere systolisk trykk enn mennene. Det er uklart hvorfor blodtrykket hos begge kjønn øker med økende alder og hvorfor kvinnene har et lavere blodtrykk enn menn i ung alder, mens høyere som gamle. Enkelte folkegrupper som lever isolert synes ikke å få blodtrykksøkning med økende alder hvis de ikke flytter til mer sentrale strøk. Dette skulle tilsi at aldersøkningen kan henge sammen med kosthold, levevaner eller være miljøbettinget. Dersom vi kunne hindre aldersøkningen av blodtrykket i befolkningen ville blodtrykksproblemet være godt som løst.



Figur 8.25 Blodtrykk målt av Statens helseundersøkelser (SHUS) i Nord-Trøndelag fylke (1984–86) blant 36 695 kvinner og, 38 190 menn, 85.8% frammøte.

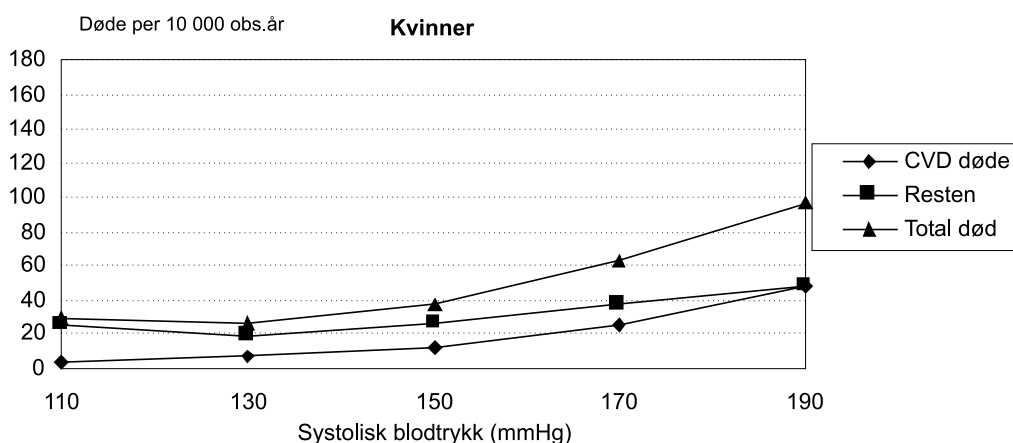


### *Gjenn tatt blodtrykksmåling*

Dersom en måler blodtrykk med for eksempel 10 års mellomrom hos alle i en befolkningsgruppe, kan man hver gang rangere individene i den enkelte aldersgruppe etter blodtrykk og inndele individene i hver aldersgruppe i kvintiler. En vil da finne at individer som ved første måling befant seg i de laveste kvintilene fortsatt ligger lavest 10 år senere. Tilsvarende vil de som lå høyest første gang fortsatt ligge høyest etter 10 år (gitt at de ikke i mellomtiden er satt på blodtrykksbehandling). Dette benevnes «tracking» og er viktig kunnskap fordi det forteller oss at dersom det er konstatert at et individ har lavt eller normalt blodtrykk så er sannsynligheten stor for at vedkommende vil fortsette å ha normalt blodtrykk. Omvendt vil de som engang har fått konstatert blodtrykk i de høyeste kvintilene grovt sett alltid bli funnet igjen i de høyeste kvintilene. Konsekvensen av dette er at alle bør et par ganger i ung voksen alder få målt sitt trykk. De som ligger normalt eller lavt har lite å bekymre seg over og trenger bare unntaksvis å få målt trykket på nytt. De som en gang har ligget høyt, bør sørge for regelmessig blodtrykkskontroll.

### **Blodtrykk som risikofaktor**

Blodtrykk er en velkjent risikofaktor for flere sykelige tilstander som hjerneslag, hjerteinfarkt og andre hjerte-karsykdommer. Dette betyr at en gruppe personer som på et gitt tidspunkt har lavt blodtrykk, vil ha lavere hyppighet av disse sykdommene enn en gruppe personer med høyt blodtrykk, dersom en registrerer utviklingen av sykdom eller død i gruppene i for eksempel 10 år etter blodtrykksmålingen (figur 8.26). Siden risikoen for fremtidig sykdom eller død øker jevnt med økende blodtrykk, er det problematisk å angi en bestemt grense for når blodtrykket kan sies å være for høyt. Blodtrykket kan ofte være betydelig høyere enn gjennomsnittet i aldersklassen uten at det gir symptomer eller tegn som varsler om forhøyet trykk. Meget høye trykk eller trykk som har medført organskade vil derimot kunne merkes som hodepine, tungpustenheter, brystmerter, vann i kroppen, eller gi tegn på nyresykdom. Forutsatt samme alder og samme blodtrykk viser kvinner betydelig lavere dødelighet av hjerte-karsykdommer enn menn. Fordi hjerte-karsykdommene utgjør en så stor del av totaldød (død av alle årsaker) vil også totaldød være relatert til blodtrykket og ligger omtrent dobbelt så høyt hos menn sammenliknet med kvinner (figur 8.26).

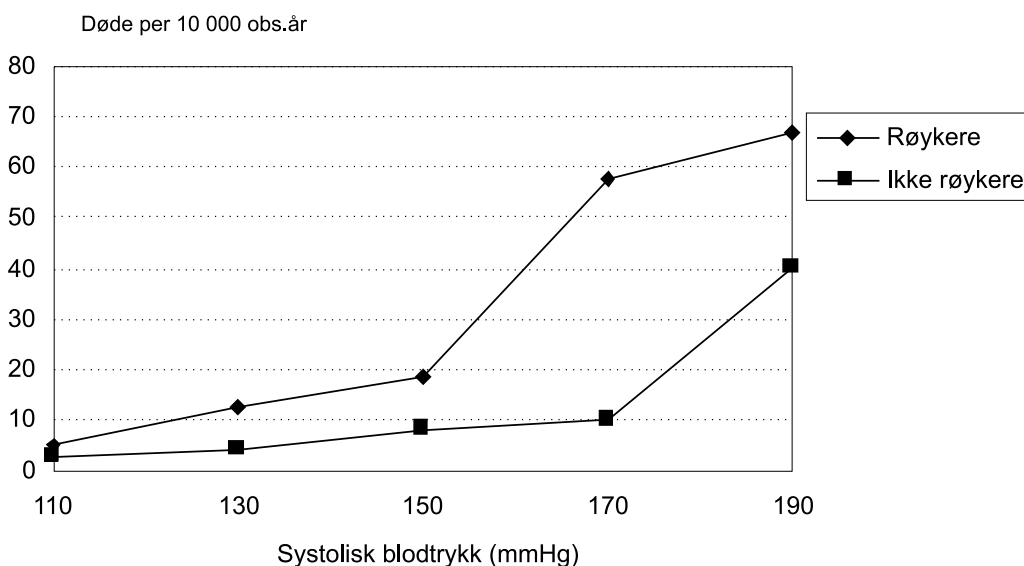


Figur 8.26 Dødelighet av hjerte- karsykdom (CVD), alle andre årsaker (Resten) og alle årsaker (Total), etter systolisk blodtrykk målt hos 35–49 år gamle menn og kvinner i Finnmark 1974, Sogn og Fjordane 1975 og Oppland 1976–77, 18 år oppfølging.

Kilde: Statens helseundersøkelser.

### Blodtrykk og andre kardiovaskulære risikofaktorer

Blodtrykk alene er en risikofaktor for hjerte-karsykdom, men risikoen for sykdom ligger høyere og stiger steilere dersom et individ også er sigarettøyker (figur 8.27), har forhøyet blodfett (figur 8.28), eller er diabetiker, har andre kardiovaskulære risikofaktorer eller er fysisk inaktiv<sup>1</sup>.

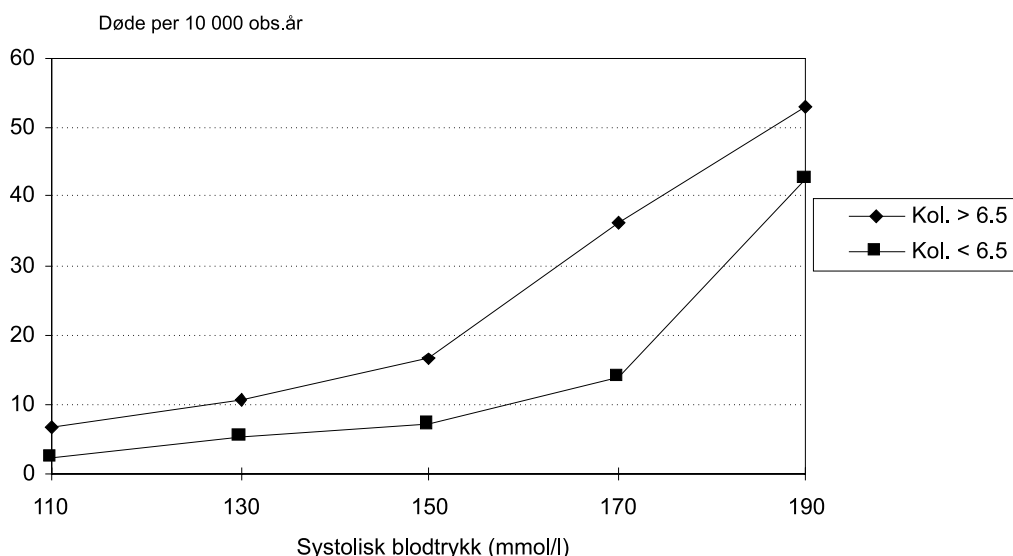


Figur 8.27 Dødelighet av hjerte-karsykdom (CVD) etter systolisk blodtrykk hos røykende og ikke røykende kvinner 35–49 år i Finnmark 1974, Sogn og Fjordane 1975 og Oppland 1976–77.

Kilde: Statens helseundersøkelser.

**Hvorfor har/får noen forhøyet blodtrykk?**

Det er flere årsaker til at noen mennesker har eller får forhøyet blodtrykk. Noen ganger er trykket blitt for høyt på grunn av hjerte-karsykdom, hormonsykdommer eller sykdom i nyrene. Dette kalles sekundær hypertensjon. Bare et fåtall av alle dem med forhøyet blodtrykk tilhører denne kategorien. Som oftest finner man ingen årsak til at blodtrykket er for høyt. Dette kalles primær eller idiopatisk hypertensjon.



Figur 8.28 Dødelighet av hjerte-karsykdom(CVD) etter kolesterol og systolisk blodtrykk hos kvinner 35–49 år i Finnmark 1974, Sogn og Fjordane 1975 og Oppland 1976–77.

Kilde: Statens helseundersøkelser.

*Arv:* Dersom en eller begge foreldrene har hatt forhøyet blodtrykk, er sannsynligheten økt for forhøyet blodtrykk <sup>(2)</sup> hos avkommet.

*Koksalt:* Befolkningsgrupper som bruker lite koksalt i kosten er kjent for å ha lavere blodtrykk og færre med forhøyet trykk en folkegrupper som bruker mye salt.

*Fedme:* Høyt blodtrykk er vanligere blant overvektige enn blant normalvektige.

*Sukkersyke:* De med sukkersyke eller de som har mye sukker (glukose) i blodet, har på gjennomsnitt høyere blodtrykk enn andre.

*Alkohol:* Overforbruk av alkohol er ofte forbundet med høyt blodtrykk.

*Mosjon:* Selv om tungt fysisk arbeide eller hard trening medfører betydelig økning av blodtrykket mens treningen står på og pulsen er høy, så vil de som er veltrentet gjennomsnittlig ha lavere blodtrykk enn uttrene.

*Tobakk og Kaffe:* Selv om bruk av tobakk og overforbruk av kaffe akutt medfører økning av blodtrykket, er det ikke vist vedvarende blodtrykkforhøyelse hos røykere eller storbrukere av kaffe. Tobakk og kaffe bør ikke brukes umiddelbart før en blodtrykksmåling.

*Utvikling av befolkningsblodtrykket over tid.*

I Norge har vi som ett av de eneste land i verden gode holdepunkter for at forekomst av høye systoliske blodtrykk i befolkningen har sunket noe i perioden fra 1950 til 1985. Dette ser en lettest ved å studere delen av befolkningen med blodtrykk over 180 mmHg eller over 2 8 0 m mHg (tabell 8.2). Ved alle disse undersøkelsene ble blodtrykket målt av Statens helseundersøkelser (tidl. Statens skjermbildefotografering) med standardisert kvikksølvmetode. Også gjennomsnittsbloodykket har vist en klar fallende tendens, spesielt hos eldre 3. Det er ikke sikkert kjent hvorfor blodtrykket har gått ned. Noe av nedgangen den første perioden kan henge sammen med avtagende saltkonsum grunnet innføring av kjøle- og frysebokser. En økende fokusering på høyt blodtrykk, økende omfang av blodtrykksmåling i befolkningen og stadig økende bruk av potente blodtrykksenkende medikamenter, kan den senere tid ha bidratt til blodtrykksreduksjon, og spesielt reduksjon av de høyeste trykkene.

**Tabell 8.2: Prosentandel av befolkningen med blodtrykk over gitte grenser i perioden 1951–1985, etter alder og kjønn.**

|                  | Menn                          | Kvinner |       |       |       |       |
|------------------|-------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|
|                  | 40–49                         | 50–59   | 60–69 | 40–49 | 50–59 | 60–69 |
|                  | Systolisk blodtrykk 18 0mmHg  |         |       |       |       |       |
| Bergen 1951–52   | 3,6                           | 9,4     | 20,3  | 4,6   | 16,8  | 34,4  |
| Bergen 1963–64   | 2,3                           | 7,2     | 16,4  | 3,0   | 11,3  | 28,5  |
| Sogn og Fj. 1980 | 1,7                           | -       | -     | 1,6   | -     | -     |
| N-Trønd. 1984–85 | 1,1                           | 4,4     | 10,8  | 1,2   | 5,4   | 13,5  |
|                  | Systolisk blodtrykk 20 0mmHg  |         |       |       |       |       |
| Bergen 1951–52   | 1,1                           | 3,4     | 8,4   | 1,5   | 6,0   | 17,2  |
| Bergen 1963–64   | 0,6                           | 2,3     | 7,0   | 0,9   | 4,0   | 13,5  |
| Sogn og Fj. 1980 | 0,3                           | -       | -     | 0,4   | -     | -     |
| N-Trønd. 1984–85 | 0,1                           | 1,0     | 2,9   | 0,2   | 1,5   | 4,1   |
|                  | Diastolisk blodtrykk 10 0mmHg |         |       |       |       |       |
| Bergen 1951–52   | 11,1                          | 19,0    | 25,6  | 10,5  | 23,2  | 32,1  |
| Bergen 1963–64   | 4,9                           | 8,3     | 11,1  | 4,4   | 10,3  | 15,8  |
| Sogn og Fj. 1980 | 13,5                          | -       | -     | 7,3   | -     | -     |
| N-Trønd. 1984–85 | 11,1                          | 16,6    | 18,5  | 6,7   | 13,2  | 15,6  |
|                  | Diastolisk blodtrykk 11 0mmHg |         |       |       |       |       |
| Bergen 1951–52   | 4,1                           | 7,7     | 11,8  | 3,8   | 9,7   | 15,4  |
| Bergen 1963–64   | 1,3                           | 2,6     | 4,2   | 1,3   | 3,5   | 6,2   |
| Sogn og Fj. 1980 | 3,4                           | -       | -     | 1,6   | -     | -     |

**Tabell 8.2: Prosentandel av befolkningen med blodtrykk over gitte grenser i perioden 1951–1985, etter alder og kjønn.**

|                  | Menn  | Kvinner |       |       |       |       |
|------------------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|
|                  | 40–49 | 50–59   | 60–69 | 40–49 | 50–59 | 60–69 |
| N-Trønd. 1984–85 | 2,4   | 4,4     | 5,1   | 1,3   | 3,1   | 4,2   |

**Fylkesforskjeller**

Det har alltid vært bare små forskjeller i gjennomsnitts-blodtrykket hos 40 åringer i SHUS undersøkelsene i norske fylker<sup>4,5</sup>. De små forskjellene en ser i dag kan like gjerne skyldes regionale forskjeller i holdning til blodtrykkshandling som forskjeller i det underliggende blodtrykk.

**Tiltak ved forhøyet blodtrykk***Ikke-medikamentell behandling*

Da blodtrykk er en risikofaktor for hjerte-karsykdom og død og det som nevnt ikke synes å være noe klart skille mellom «normalt» og «forhøyet» blodtrykk, må konsekvensen være: «Jo lavere jo bedre». Dette så lenge det ikke medfører symptomer på sirkulasjonssvikt i kroppens organer. Det er relativt lite en kan gjøre for å senke blodtrykket uten bruk av medikamenter. Men en rekke ikke-medikamentelle tiltak vil kunne redusere den samlede risiko ved forhøyet blodtrykk og kanskje hindre ytterligere økning av trykket (og risikoen). Ved å redusere overforbruk av salt og alkohol vil blodtrykket hos noen bli redusert. Reduksjon av overvekt vil også kunne gi blodtrykksheduksjon. Regelmessig fysisk aktivitet antas å redusere risikoen forbundet ved høyt blodtrykk selv om mosjon i seg selv i liten grad påvirker selve blodtrykket. Et kosthold i retning av kostholdet i Middelhavslandene ville trolig også være en fordel.

*Medikamentell blodtrykkshandling*

Så lenge et blodtrykk bare er forhøyet og ikke har gitt symptomer eller skader, er en medikamentell blodtrykksheduksjon å regne som et forebyggende tiltak. Bruk av medikamenter i denne situasjonen vil føles negativt for mange. Ikke merker de bedring da de i utgangspunktet ikke var syke eller hadde symptomer. De vil også føle seg sykdeliggjort og i verste fall kan de få bivirkninger av medikamentene. Vi har heller ingen gode metoder til å avgjøre hvem i en gruppe hypertonikere som vil profitere på forebyggende behandling. Forebyggende behandling må derfor iverksettes på grunnlag av en kostnad nytte tenkning: Forebyggende blodtrykksheduksjon settes i verk når en regner at de totale kostnader ved behandlingen er klart lavere enn en samlet vurdering av hva en kan oppnå i form av spart sykdelighet, forbruk av helsetjenester, tapt arbeidsinnsats o.l. Forskjellige handlingsprogrammer er laget for å lette beslutningsprosessen angående når friske mennesker har så stor blodtrykkshrelatert risiko at blodtrykksheduksjon bør settes i verk. En del av dem som bruker medikamenter har forskjellige blodtrykkshrelaterte symptomer eller sykdommer. Disse pasientene vil ved blodtrykksheduksjon i tillegg til risikoreduksjon ofte også oppnå bedring av symptomer. Siden blodtrykket bare utgjør en del et menneskes samlede risiko for kardiovaskulær sykdom, er det etter hvert blitt akseptert å forsøke å redusere den samlede risiko, ikke bare blodtrykket. Det kan derfor i noen tilfeller være vel så profitabelt å kutte

ut sigarettene eller legge om til kolesterolsenkende kost, som å bruke medikamentell blodtrykksbehandling. Ved høy risiko må alle metoder tas i bruk.

### **Flere kvinner har fått blodtrykksbehandling?**

Tall fra den store befolkningsundersøkelsen i Tromsø i 1993–94 viser at bruk av blodtrykksmedisin øker med økende alder fra 0.3 % hos 20–29 årige menn til 15.1 % hos 80–89 åringer. Forbruket spesielt hos eldre kvinner er høyere enn hos menn, henholdsvis 0.5 % hos 20 åringer og 23.8% hos 80 åringer. Legges tallene fra Tromsø til grunn for en beregning av antall brukere i Norge kommer en til at ca 96 000 menn og 131 000 kvinner bruker blodtrykksmedikamenter i dag<sup>6</sup>. På grunnlag av tall fra de to store undersøkelsene i Nord-Trøndelag er det også vist at prosentandel på behandling er betydelig økt fra 1984–86 til 1995–96 (fra 6.5 % til 9,9 % hos menn og fra 10.0 til 12.0 % hos kvinner<sup>7</sup>).

### **Overbehandling og underbehandling**

Det er umulig ut fra blodtrykksmålingene i en befolkningsundersøkelse å avgjøre om noen av de som er på behandling ikke burde være det. Det kommer av at blodtrykkene en måler jo er påvirket av blodtrykksbehandlingen. Imidlertid har det flere ganger vært spekulert over om ikke en betydelig andel av de som blodtrykksbehandles ikke burde vært på behandling<sup>8</sup>. Omvendt, dersom en måler blodtrykk i en befolkning og finner mange med høye trykk uten behandling, må en regne med at det foreligger underbehandling. På grunnlag av Tromsø-tall er det anslått at det i Norge kan være opptil 31 000 menn og opptil 60 000 kvinner som har så høyt blodtrykk at det kvalifiserer for blodtrykksbehandling uten at de får slik behandling.

### *Utfordringer*

- Det mangler kunnskap om hvilke faktorer som skal veie tyngst når en skal avgjøre hvem som skal bruke forebyggende blodtrykksbehandling.
- Det er uavklart om lipidsenkende terapi i noen tilfeller ville være mer profitabelt enn blodtrykksenkende terapi hos symptomfrie med moderat hypertensjon.
- Alle bør i ung voksen alder få målt sitt blodtrykk minst en gang. De som ligger normalt eller lavt trenger kontroll meget sjelden for eksempel hvert 5–10 år. De som ligger høyt trenger kontroll årlig eller kanskje halvårlig.
- Befolkningen bør stimuleres til å slutte å røyke, holde kroppsvekten nede, bruke mindre mettet fett og koksalt og sørge for regelmessig variert fysisk aktivitet.

### *Litteratur*

1. Norges forskningsråd. Behandling av mild hypertensjon Rapport nr.12 1997
2. Mo,R., Lund-Johansen, P., Omvik, P. The Bergen Blood Pressure Study: Blood Pressure 1992; 1: 230–239.
3. Selmer R. Blodtrykksutvikling i Norge: Norsk Hypertensjonsforening 6. vitenskapelige møte 6–9.3.1997.
4. Hewitt,S.,Sandvig A., Wøien G., Graff-Iversen S. Utvikling av risikofaktorer for hjerte-karsykdommer hos 40–42-åringer i Finnmark fylke 1973–93: Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 15: 3719–3723.

5. Wøien G., Øyen O., Graff-Iversen S. 22 år med hjerte-og karundersøkelser i norske fylker. Bør vi være tilfreds med den utviklingen risikofaktorene har hatt?: Norsk Epidemiologi 1997; 7(2): 255–266.
6. Lund-Larsen P.G. Antall individer på blodtrykksbehandling i Norge 20–100 år: Norsk Hypertensjonsforening 6.vitenskapelige møte 6–9.3.1997.
7. Holmen J., Krüger Ø. Prevalens av blodtrykksbehandling i Nord-Trøndelag i 1984–86 og i 1995–96: Norsk hypertensjonsforening 6. vitenskapelige møte 6–9.3.1997.
8. Thürmer H.L., Lund-Larsen P.G., Tverdal A. Is blood pressure treatment as effective in a population setting as in controlled trials? Results from a prospective study: Journal of Hypertension 1994; 12: 481–490.

## 5 Muskel/skjelett-sykdommer

---

### 5.1 Kronisk leddgikt (Revmatoid artritt)

#### **Tore Kristian Kvien, Revmatologisk avdeling, Diakonhjemmets sykehus,**

Kronisk leddgikt (Revmatoid artritt) er en sykdom som karakteriseres av betennelse i ledd som gradvis kan føre til ødeleggelse av ben, brusk og leddkapsel. Sykdommen gir plager i form av smerter og stivhet og etterhvert funksjonsproblemer i dagliglivet. Sykdommens alvorlighetsgrad varierer, men vanligvis vil revmatoid artritt ha et kronisk, svingende forløp med gradvis forverrelse.

#### **Forekomst av leddgikt**

I de fleste lærebøker står det anført at leddgikt forekommer hos omtrent 1 av befolkningen. Nyere undersøkelser viser at forekomsten er omtrent 0,5% i den voksne befolkningen. Rundt halvparten av pasientene har til enhver tid moderate eller alvorlige funksjonsproblemer<sup>1</sup>. Sykdommen er 3–4 ganger vanligere hos kvinner enn hos menn<sup>2</sup>. Siden de fleste mennesker med leddgikt lever med sykdommen hele livet er forekomsten høyest blant eldre. I aldersgruppen 60–69 år finner man at godt og vel 1,5% av kvinnene har leddgikt og i aldersgruppen 70–79 år nesten 2<sup>1</sup>.

Antallet nye tilfeller er omtrent 25 per 100.000 individer pr. år<sup>3,4</sup>. Tidligere trodde man at sykdommen oftest startet i alderen 40–60 år, men nyere undersøkelser viser at antallet nye tilfeller øker med stigende alder og at det høyeste antallet nye tilfeller er blant personer mellom 60 og 80 år. Forholdstallet mellom kvinner og menn ved sykdomsdebut er omtrent 4–5: 1 opp til 50 års alder, og 2–3: 1 etter 50–60 års alder<sup>3,4</sup>.

Nyere undersøkelser viser altså at hyppigheten av leddgikt er høyere i den eldre voksne befolkning enn hos unge mennesker. Imidlertid vil sykdommen oftest få større konsekvenser hvis barn eller unge voksne angripes. De vil i så fall ha sykdommen gjennom et langt liv og kunne få mer uttalt funksjonssvikt enn hvis sykdommen starter i eldre alder.

Barn kan også få leddgikt. En andel av pasientene får et kronisk og livs langt forløp. Noen unge mennesker får en svært alvorlig og invalidiserende sykdom<sup>5</sup>.

### **Ukjent årsak hos kvinner med leddgikt**

Årsaken til leddgikt er ukjent, men man vet en del om sykdomsprosessen. Aktivisering av immunapparatet spiller en sentral rolle, med interaksjon mellom ulike typer betennelsesceller, signalsubstanser, enzymatiske prosesser og proinflammatoriske substanser. Det foreligger også en genetisk disposisjon. Sykdomsprosessen settes sannsynligvis i gang av en eller annen hittil ukjent infektøs mikrobe. Flere undersøkelser har vist at røking gir økt risiko for revmatoid artritt, men risikoøkningen er relativt beskjeden og synes å være størst hos røkende menn <sup>6</sup>. Leddgiktspasienter som lever under gode sosiale vilkår er mindre alvorlig angrepet enn personer med kort utdanning og lav sosioøkonomisk status <sup>7</sup>. Imidlertid er det ikke funnet noen forskjell i forekomst av leddgikt mellom vestlige og østlige bydeler i Oslo <sup>8</sup>.

Betennelse i ledd er det typiske sykdomstegnet. Fingrenes midtledd og grunnledd, håndledd og tærnes grunnledd er hyppigst angrepet. Alvorlighetsgraden kan variere betydelig mellom leddgikt-pasienter både med hensyn til antall angrepne ledd, grad av ledd-destruksjon, smerte og fysiske funksjonsproblemer. Som nevnt ovenfor er det kjønnsforskjeller i alder for sykdomsdebut. Ut fra dette vil et alvorlig sykdomsforløp sees hyppigere hos kvinner enn hos menn. Men det er ikke sikkert vist at kjønn representerer en selvstendig risikofaktor for mer alvorlig sykdomsangrep eller sykdomsforløp.

### **Svangerskap**

Svangerskap og amming representerer et spesielt problem og en utfordring for både pasient og helsevesen <sup>9</sup>. Det kan skje endringer i sykdomsbildet under svangerskap, etter fødsel og i løpet av ammingsperioden. Den medikamentelle behandling blir ofte vanskelig gjort fordi mange medikamenter kan være skadelige for foster og ammende barn. Leddgikt kan forverres etter fødsel. Pasienter med invalidiserende sykdom i bevegelsesapparatet har også spesielle problemer med å greie de fysiske aktiviteter som er nødvendige ved stell og oppfølging av nyfødte og små barn. Revmatologisk avdeling ved Regionsykehuset i Trondheim har utviklet en spesiell kompetanse og landsdekkende rådgivningstjeneste for pasienter og helsepersonell når det gjelder svangerskap, fødsel og amming i forbindelse med revmatiske sykdommer (kontaktperson: professor Monika Østensen).

### **Sykdomsforløpet**

I sykdomsforløpet vil pasienter med leddgikt kunne utvikle alvorlig fysisk funksjonssvikt, ofte også med påvirket psykisk og sosial helse <sup>10</sup>. Et høyere angst og depresjonsnivå hos pasienter med leddgikt enn hos friske kan skyldes økt smerte, tretthet og fysiske funksjonsproblemer <sup>11</sup>.

Leddgikt er en systemsykdom som også kan angripe indre organer. Imidlertid har det inntil nylig vært lite påaktet at mange leddgiktspasienter også får osteoporose (beinskjørhet). Dette skyldes at sykdommen ofte starter etter 50-års alder, at betennelsesforandringene i seg selv fremmer beintap og at mange pasienter må bruke kortisonpreparater som også er osteoporosefremmende <sup>12</sup>.

Leddgikt er assosiert med økt dødelighet. Flere undersøkelser har vist en livsforkortning på 5 til 10 år <sup>13</sup>. Høy sykdomsaktivitet, rask sykdomsprogresjon og fysiske funksjonsproblemer er blant kjente risikofaktorer for dødelighet <sup>7</sup>.



## **Behandling**

Behandlingsstilbudet i Norge varierer betydelig. Mange fylker har et dårlig utbygget spesialisttilbud og har vanskeligheter med å gi god nok diagnostikk, oppfølging og behandling til alle pasientene som trenger det.

Det er ikke mulig å forebygge leddgikt siden man ikke kjenner årsaken. Imidlertid er det viktig å komme raskt igang med riktig behandling med medikamenter som kan dempe selve betennelsesprosessen i leddene – før det kommer skader på brusk og bensubstans. Nyere undersøkelser tyder på at man har oppnådd bedre prognose ved leddgikt i løpet av de siste årene og at dette skyldes tidlig og aggressiv behandling<sup>14–18</sup>. Behandlingsapparatet bør være dimensjonert slik at pasienter har rask tilgang på spesialiserte helsetjenester som kan skreddersy behandlingen for den enkelte pasient i henhold til identifiserte risikofaktorer for alvorlig sykdomsforløp.

Behandlingsopplegget består av medikamentell behandling, kombinert med en generell funksjonsrettet behandling innenfor en biopsykososial sykdomsforståelse. Et tverrfaglig team (oftest lege/revmatolog, sykepleier, fysioterapeut, sosionom, ergoterapeut og ortopedingeniør) bør sammen med pasienten planlegge og organisere et hensiktsmessig og individuelt behandlingsopplegg som tar utgangspunkt i pasientens ressurser, behov og problemer.

Den medikamentelle basisbehandlingen består av betennesedempende legemidler som reduserer leddhevelser, smerte og stivhet. Kortisonpreparater brukes lokalt i ledd eller generelt.

Sykdomsmodifiserende legemidler omfatter blant annet cellegift (Methotrexat), sulfasalazin (Salazopyrin), antimalariamidler og gullpreparater. Felles for alle medikamenter er at de kan ha bivirkninger. Derfor er det også utarbeidet standarder for hvordan pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer skal følges under behandlingen<sup>19</sup>. I tillegg til den medikamentelle behandlingen må behandlingen rettes mot pasientenes smerte, tretthet, fysiske og sosiale fungeringsevne. Pasientinformasjon og opplegg for å styrke pasientens evne til å leve med en kronisk sykdom må tilbys som en integrert del av behandlingsprogrammet.

Revmakirurgi utgjør et viktig behandlingstilbud for mange pasienter. Det kan være aktuelt å fjerne betent leddhinne (synovectomi) eller sette inn kunstig ledd. Sistnevnte tiltak er spesielt viktig når store ledd, slik som skuldre, hofter og knær, er ødelagt etter lang tids leddbetennelse. Det kan bli behov for spesielle rehabiliteringsopplegg. Rehabiliteringstilbudet på fylkeskommunalt nivå er blitt dårligere de siste årene ettersom sengetallet er redusert og liggetiden er blitt kortere i de revmatologiske avdelingene uten at kommunehelsetjenesten er satt i stand til å overta slik rehabiliteringsvirksomhet<sup>20</sup>. Trening i oppvarmet basseng er viktig for mange pasienter for å opprettholde muskelstyrke og bevegelighet. Mange pasienter er dessuten avhengig av kommunale helsetjenester fra fysio- og ergoterapeuter.

Det er ikke kjent at det foreligger spesielle forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder bruk av helsetjenester.

Behandlingsopplegget for en pasient med leddgikt vil ofte være livslangt. Det er viktig at man har et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Noen pasienter har så alvorlig sykdom at de til enhver tid trenger tett oppfølging fra spesialisthelsetjeneste, men for det største antall pasienter vil det være naturlig at primærhelsetjenesten er hovedforankringen og at behovet for spesialisthelsetjeneste etterspørres hvis det kommer sykdomsoppbluss eller tegn til sykdomsprogresjon. Derfor er det viktig å styrke

kompetanse og mulighet for faglig god oppfølging i primærhelsetjenesten slik at pasienter med behov for revmatologisk spesialisthelsetjeneste kan identifiseres og viderehenvises. Samtidig må spesialisthelsetjenesten i alle fylker dimensjoneres slik at den er tilgjengelig for pasienter før det kommer ytterligere sykdomsprogresjon og funksjonstap.

#### *Utfordringer*

- Styrke kompetanse i primærhelsetjenesten slik at pasienter med nyoppdaget leddgikt og sykdomsoppbluss kan identifiseres og raskt henvises til revmatologisk spesialisthelsetjeneste.
- Dimensjonere spesialisthelsetjenesten i alle fylker slik at den er raskt tilgjengelig for pasienter med nyoppdaget sykdom og ved sykdomsoppbluss.
- Styrke rehabiliteringstilbud og utbygge det kirurgiske tilbudet for pasienter som har alvorlig revmatoid artritt med store funksjonsproblemer.
- Utvikle programmer for undervisning og mestring som tar utgangspunkt i at leddgiktssykdommen er en kronisk livslang sykdom som må vurderes og håndteres innenfor en biopsykososial sykdomsforståelse.

#### *Litteratur*

1. Kvien TK, Glennås A, Knudsrød OG, Smedstad LM, Mowinckel P, Førre Ø. The prevalence and severity of rheumatoid arthritis in Oslo: Results from a county register and a population survey. *Scand J Rheumatol* 1997; 26: 412–8.
2. Hochberg MC, Spector TD. Epidemiology of rheumatoid arthritis: update. *Epidemiol Rev* 1990; 12: 247–52.
3. Uhlig T, Kvien TK, Glennås A, Smedstad LM, Førre Ø. The incidence and severity of rheumatoid arthritis: Results from a county register in Oslo, Norway. *J Rheumatol* 1998; 25: 1074–84.
4. Symmons DP, Barrett EM, Bankhead CR, Scott DG, Silman AJ. The incidence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: results from the Norfolk Arthritis Register. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 735–9.
5. Flatø B, Aasland A, Vinje O, Førre Ø. Outcome and predictive factors in juvenile rheumatoid arthritis and juvenile spondylarthropathy. 1998; 25: 366–75.
6. Uhlig T, Hagen KB, Kvien TK. Current tobacco smoking, formal education, and the risk of rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 1998; (in press).
7. Pincus T, Callahan LF. Reassessment of twelve traditional paradigms concerning the diagnosis, prevalence, morbidity and mortality of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol (Suppl)* 1989; 79: 67–96.
8. Brekke M, Hjortdahl T, Thelle DS, Celius EG, Heldal E, Joner G, Kvien TK. Forskjeller i sykkelighet mellom indre øst og ytre vest i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 14–7.
9. Nelson JL, Østensen M. Pregnancy and rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1997; 23: 195–212.
10. Crotty M, McFarlane AC, Brooks PM, Hopper JL, Bieri D, Taylor SJ. The psychosocial and clinical status of younger women with early rheumatoid arthritis: a longitudinal study with frequent measures. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 754–60.

11. Smedstad LM, Moum T, Vaglum P, Kvien TK. The impact of early rheumatoid arthritis (RA) on subjective well-being and mental distress: A comparison between 238 patients with RA and 116 matched controls. *Scand J Rheumatol* 1996; 25: 377–82.
12. Haugeberg G. Osteoporose ved reumatoid artritt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 5: 651–4.
13. Myllykangas-Luosujarvi RA, Aho K, Isomaki HA. Mortality in rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1995; 25: 193–202.
14. Suarez-Almazor ME, Soskolne CL, Saunders LD, Russell AS. Outcome in rheumatoid arthritis. A 1985 inception cohort study. *Rheumatol* 1994; 21: 1438–46.
15. Hakala M, Nieminen P, Koivisto O. More evidence from a community based series of better outcome in rheumatoid arthritis. Data on the effect of multidisciplinary care on the retention of functional ability. *Rheumatol* 1994; 21: 1432–7.
16. Heikkila S, Isomaki H. Long-term outcome of rheumatoid arthritis has improved. *Scand Rheumatol* 1994; 23: 13–5.
17. Fries JF, Williams CA, Morfeld D, Singh G, Sibley J. Reduction in long-term disability in patients with rheumatoid arthritis by disease-modifying antirheumatic drug-based treatment strategies. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 616–22.
18. Porter DR, Capell HA, McInnes I, Munro R, Madhok R, Hunter JA, Thomson EA. Is rheumatoid arthritis becoming a milder disease? Or are we starting second-line therapy in patients with milder disease? *Br J Rheumatol* 1996; 35: 1305–8.
19. Kvien TK, Haga H, Kvalvik AG. Standardutvikling i Norsk Revmatologisk Forening. Kontrollopplegg ved bruk av sykdomsmodifiserende legemidler. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 2315–8.
20. Statens helsetilsyn. Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer. *Utredningsserie* 1996; 3–96.

## 5.2 Beinskjørhet og brudd

*Haakon E. Meyer, Statens helseundersøkelser.*

### **Hva er beinskjørhet/osteoporose?**

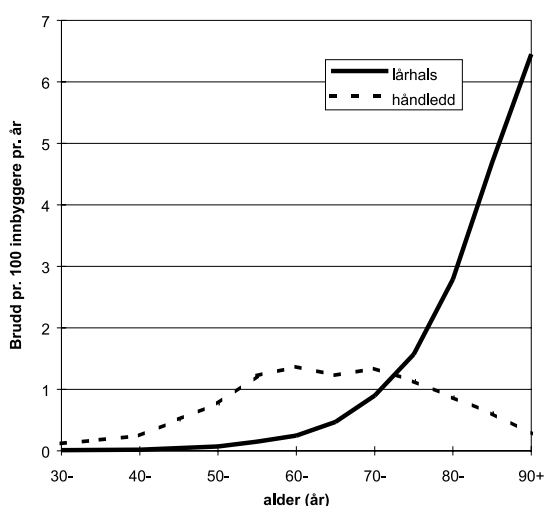
Osteoporose (beinskjørhet) er en tilstand karakterisert ved økt risiko for brudd på grunn av lav beinmasse og endret arkitektur i beinvevet. Osteoporose er en prosess der beinmassen gradvis tapes og risikoen for brudd gradvis øker. Dette gir i seg selv ikke smerter eller andre symptomer, og betydningen ligger i den økte risikoen for brudd hvorav de viktigste er lårhalsbrudd, ryggvirvelbrudd og håndleddsbrudd. Norge ligger sammen med de andre skandinaviske land på verdenstoppen i slike brudd, og hyppigheten har økt over tid (Meyer & Johnell 1997). Årsakene til dette har vi for dårlig kunnskap om.

Beinmassen når sitt maksimum (peak bone mass) ved 20–30 års alder, deretter skjer det et aldersbetinget beintap. Menn har større maksimal beinmasse enn kvinner. Hos kvinner skjer det et økt beintap i forbindelse med overgangsalderen. Disse to forhold sammen med at kvinner blir eldre enn menn, gjør at majoriteten av pasienter med osteoporose er kvinner. Lav beinmasse er den viktigste tilgjengelige målbare risikofaktoren for brudd. Man

har funnet at ved en reduksjon i beinmineraltettheten på ett standardavvik øker risikoen for brudd med 50%, bortsett fra målinger i lårhals og ryggvirvler hvor samme reduksjon i beinmineraltetthet øker risikoen med henholdsvis 160 % for lårhalsbrudd og 130 % for ryggvirvelbrudd (Marshall, Johnell, Wedel 1996). En arbeidsgruppe nedsatt av Verdens helseorganisasjon har definert osteoporose hos kvinner som en beinmasse (benevnelse BMD eller BMC) 2,5 standardavvik eller mer under gjennomsnittet til yngre friske kvinner (Statens legemiddelkontroll 1997). Dersom man i tillegg har hatt ett eller flere lavenergibrudd, defineres tilstanden som etablert osteoporose. Basert på en studie fra Oslo vil mellom 14% og 36 % av kvinner over 50 år ha osteoporose i følge denne definisjonen, avhengig av hvor i kroppen beinmassen er målt (Falch & Meyer 1998). Videre har en europeisk studie vist at den gjennomsnittlige beinmassen hos kvinner og menn i Oslo, er blant de aller laveste i Europa (Falch & Meyer 1998).

### Sammenhengen mellom beinskjørhet og brudd

Det er imidlertid viktig å være klar over at selv om lav beinmasse synes å være en minst like sterk risikofaktor for brudd som høyt blodtrykk er en risikofaktor for slag og høyt kolesterol er en risikofaktor for hjertekar-sykdom (Marshall, Johnell, Wedel 1996), så er det en stor overlapping i beinmasse mellom de som får brudd og de som ikke får brudd. Dette tilsvarer den store overlapping i blodtrykk mellom de som får slag og de som ikke får slag. Andre faktorer som påvirker risikoen for å få brudd er også til stede. Dette inkluderer faktorer som påvirker falltendens/traume og beinkvaliteten. Falltendens/traume synes å være av like stor betydning som lav beinmasse ved lårhalsbrudd hos eldre (Meyer & Johnell 1997). Per i dag er det enighet om at det ikke er nok kunnskap om nytten av masseundersøkelse av den voksne kvinnelige befolkningen med beinmassemåling.



Figur 8.29 Forandringer i hyppigheten av lårhalsbrudd og håndleddsbrudd med økende alder hos kvinner.

Kilde: Data fra Oslo (Falch, J.A. et al. Bone 1993; 14: 643-5, Falch, J.A. Acta Orthop Scand 1983; 54: 291-5)

Hyppigheten av lårhalsbrudd øker kraftig med alderen (figur 8.29). Den gjennomsnittlige bruddpasient er omtrent 80 år gammel. Fire av fem lårhalsbrudd skjer hos kvinner. De senere tiår har antall lårhalsbrudd økt kraftig. Eksempelvis var det på begynnelsen av 1950-tallet omtrent 250 lårhalsbrudd per år i Oslo, mens det på slutten av 1980-tallet ble registrert omkring 1400 brudd per år (Falch, Kaastad, Bøhler et al. 1993). Økningen kan delvis forklares ut fra at det har blitt flere eldre, men samtidig har hyppigheten av brudd i de forskjellige aldersgrupper økt. Det finnes ikke noe sentralt sykdomsregister for brudd, men vi antar at det årlig er i underkant av 9000 nye lårhalsbrudd i Norge. Offisielle prognoser tyder på at vi i de kommende tiår vil få en betydelig økning i antall eldre, og dette alene kan føre til en fordobling i antall lårhalsbrudd fram til midten av neste århundre (Falch & Meyer 1998). Det er store geografiske forskjeller i hyppigheten av lårhalsbrudd. Eksempelvis er lårhalsbrudd hos kvinner i Oslo 1,5 gang hyppigere sammenlignet med Sogn og Fjordane, dobbelt så hyppig sammenlignet med USA og bortimot fire ganger så hyppig sammenlignet med Sør-Europa (Falch & Meyer 1998).

#### *Konsekvensen av lårhalsbrudd*

Konsekvensene av et lårhalsbrudd kan være svært alvorlige. Det første året etter bruddet er det en overdødelighet på 12–20%. Denne overdødelighet utgjøres trolig først og fremst av de pasientene som var skrøpelige før de fikk bruddet. Mange lårhalsbruddpasienter får funksjonsnedsettelse etter bruddet. Sammenlignet med før bruddet, har anslagsvis halvparten redusert gangfunksjon ett år etter bruddet. Omkring en av fem som var hjemmeboende før bruddet har behov for plass i institusjon ett år etter bruddet. Et stort antall pasienter får også senkomplikasjoner i den opererte hofta. Resursbruk og kostnader i forbindelse med lårhalsbrudd er betydelige. Man har anslått at det daglig er belagt vel 300 akuttkirurgiske senger med lårhalsbruddpasienter (Falch & Meyer 1998), og at de totale kostnadene med lårhalsbrudd anslagsvis er 1,5 milliarder NOK per år.

#### **Forekomst av brudd i ryggen**

Antall ryggvirvelbrudd på grunn av osteoporose i den norske befolkningen er ukjent, men en nylig publisert europeisk studie viste at forekomsten av kompresjonsbrudd (ryggvirvelbrudd) påvist ved røntgenundersøkelse av ryggen var større i Oslo og Malmö sammenlignet med resten av Europa (Falch & Meyer 1998). Mens omtrent 19 % av de skandinaviske kvinnene og 15 % av de skandinaviske mennene hadde slike kompresjonsbrudd, var det gjennomsnittlig 12 % av kvinnene og 12 % av mennene i resten av Europa som hadde slike forandringer. Dersom forekomsten er like stor i resten av landet som i Oslo, vil anslagsvis 140 000 kvinner og 95 000 menn over 50 år ha slike kompresjonsbrudd (Falch & Meyer 1998). Symptomene kan variere fra ingen til store smerter i forbindelse med bruddet og/eller kroniske smertetilstander. En amerikansk studie tyder på at omlag 1/3 av dem med slike røntgenforandringer i ryggraden har så store plager at de har behov for å oppsøke helsevesenet, det vil si anslagsvis i underkant av 50000 norske kvinner .

### **Forekomst av håndleddsbrudd**

I Norge er det rundt 15000 nye håndleddsbrudd per år (Norsk Osteoporoseforening 1996). 80 % av disse forekommer hos kvinner. Gjennomsnittsalderen for håndleddsbrudd er betydelig lavere enn for l rnhalsbrudd. Studier fra Oslo og Bergen, med de høyeste bruddrater som er publisert internasjonalt, viser at omkring 1 av 100 kvinner årlig f r ett nytt håndleddsbrudd de første 10-årene etter overgangsalderen (figur 8.29). Det er ingen overdødelighet i forbindelse med håndleddsbrudd. Konsekvensene er først og fremst smerter og plager i forbindelse med selve bruddet. I tillegg er det en del av pasientene som f r permanent feilstilling og redusert funksjon i håndleddet. Siden mange av pasientene er i yrkesaktiv alder, fører h ndleddsbruddene også til et betydelig produksjonstap.

### **Risikofaktorer for beinskjørhet og brudd**

Det finnes en rekke risikofaktorer for osteoporose og brudd, blant annet høy alder, det å være kvinne, tidligere brudd, røyking, alkoholmisbruk og lav kroppsvekt. Flere studier kan tyde på at det er flere undervektige i den norske befolkningen sammenlignet med andre europeiske befolkninger (Meyer, Falch, O'Neill et al. 1995). Hos eldre synes lavt matinntak i seg selv å være en risikofaktor for l rnhalsbrudd, og hos yngre er spiseforstyrrelse (anorexia nervosa) en risikofaktor for osteoporose. Når det gjelder kostholdet for øvrig, har fokus først og fremst vært lagt på kalsium og vitamin D. Studier som har undersøkt sammenhengen mellom kalsiuminntak og osteoporose/brudd, har imidlertid gitt sprikende resultatene. Kalsiummangel er neppe en viktig årsak til det osteoporoseproblemet vi har i vår del av verden. Det betyr imidlertid ikke at kalsium er uten betydning: det er blant annet vist at kalsiumtilskudd kan være med på å bremse utviklingen av osteoporose hos kvinner etter overgangsalderen. Det er også holdepunkt for at et rikelig kalsiuminntak i barneårene er av betydning for å oppnå størst mulig maksimal beinmasse. Vitamin D er blant annet viktig for kalsiumopptaket i tarmen. En stor randomisert studie viste at man kunne redusere forekomsten av l rnhalsbrudd og andre brudd hos institusjonaliserte eldre ved å gi en kombinasjon av kalsium og vitamin D (Chapuy, Arlot, Duboeuf et al. 1992). Det er imidlertid uklart om det var kalsium, vitamin D eller kombinasjonen som hadde denne effekten.

Redusert fysisk aktivitetsnivå er lansert som en viktig årsak til den økende bruddforekomsten som vi har sett i Norge og andre vestlige land gjennom de senere tiår. Gjentatte studier har vist at personer med lavt aktivitetsnivå har økt risiko for osteoporose og brudd. Spesielt synes inaktivitet   være uheldig. Hvor mye man kan oppnå i risikoreduksjon ved å øke det fysiske aktivitetsnivået er imidlertid vanskelig å anslå ut fra disse studiene da effekten av eksempelvis kroniske sykdommer og andre livsstilsfaktorer er vanskelig å skille fra effekten av lav fysisk aktivitet.

Det finnes også en rekke medisinske tilstander som kan gi osteoporose, her nevnes tidlig overgangsalder, reumatoid artritt (leddgikt), for høyt stoffskifte, svikt i kj nnshormonproduksjonen, mage/tarmsykdommer med redusert opptak av nødvendige næringsstoff, samt behandling med kortikosteroider (prednison o.l.).

Som tidligere nevnt er fall og traume viktige for hyppigheten av spesielt l rnhalsbrudd, og til dels håndleddsbrudd. Mange faktorer kan føre til økt falltendens, som muskelsvakh t, dårlig balanse, visse medikamenter, redusert syn, glatt underlag og dårlig belysning. I Harstad har man vist mulighetene for

å redusere bruddforekomsten ved fallforebyggende tiltak i befolkningen (Ytterstad 1996). I en randomisert studie har man vist at hoftebeskyttere kan redusere forekomsten av lårhalsbrudd (Lauritzen, Petersen, Lund 1993).

Det bør nevnes at stor kroppshøyde er en risikofaktor for lårhalsbrudd, trolig på grunn av rent biomekaniske forhold. Siden høyden i den norske befolkningen har økt betraktelig i løpet av dette århundret, og siden nordmenn er blant de høyeste i Europa, kan dette forklare noe av den høye forekomsten av lårhalsbrudd i vår befolkning (Meyer, Falch, O'Neill et al. 1995).

Beinkvalitet, i tillegg til beinmassen, spiller trolig også en viktig rolle, men dette har vi lite kunnskap om.

Det å ha mange risikofaktorer samtidig er av stor betydning. I to store studier fant man at de med flest risikofaktorer hadde 25 ganger høyere risiko for lårhalsbrudd sammenlignet med de som hadde færrest risikofaktorer (Meyer & Johnell 1997).

### **Forebygging**

#### *Befolkningsrettede tiltak:*

For å øke den maksimale beinmasse hos barn og ungdom anbefales tiltak for å redusere tobakksforbruket, øke det fysiske aktivitetsnivået samt ernæringsmessige tiltak (tilstrekkelige mengder kalsium og vitamin D, samt forebygge spiseforstyrrelser). Hos eldre vektlegges et adekvat kosthold hva gjelder kalsium, vitamin D og totalt matinntak, bedring av det fysiske aktivitetsnivået ved forebygging av inaktivitet og ved å legge forholdene til rette for økt fysisk aktivitet. Videre anbefales reduksjon av tobakksforbruket, samt fallforebyggende tiltak.

#### *Tiltak rettet mot høyrisikogrupper:*

I tillegg til de generelle tiltakene nevnt over, er bruken av hoftebeskyttere aktuelt i spesielt utsatte grupper. Medikamentell behandling av osteoporose har vært mye diskutert i den senere tid. Det vises for øvrig til en nylig utgitt terapianbefaling (Statens legemiddelkontroll 1997). Her nevnes kort at det stort sett hersker enighet om at østrogen er førstevalget hos kvinner når det ikke foreligger kontraindikasjoner. For øvrig er to typer bisfosfonater registrert for behandling av osteoporose, hvorav den ene er bedre dokumentert enn den andre. Det mangler imidlertid studier som sammenligner effekten av de to preparatene. Kalsitonin og Fluorid er også benyttet. Det foregår en utstrakt forskning på nye medikamenter, og i løpet av få år kan vi forvente nye medikamenter, blant annet mer potente bisfosfonater, de såkalte selektive østrogen reseptor modulatorene (SERM) og PTH.

#### *Rehabilitering*

De typiske osteoporosepasienter med brudd er eldre kvinner. Selv om det nok gjøres mye godt arbeid i behandlingen av disse rundt om i landet, kunne mye mer ha vært gjort i å systematisere og bedre behandlingen. Her nevnes spesielt rehabiliteringen av lårhalsbruddpasienter og tilbud til personer med kroniske smertetilstander etter ryggvirvelbrudd. Enkeltstudier fra utlandet har vist at man kan oppnå betydelige helsegevinster ved å optimalisere behandlingen av lårhalsbruddpasienter.

### *Utfordringer*

Ingen av de kjente risikofaktorene for osteoporoserelaterte brudd har på langt nær gitt en utfyllende forklaring på hvorfor det er en spesielt høy forekomst av brudd i vår befolkning eller hvorfor bruddrisikoen har økt over tid. Disse to forhold tyder imidlertid på at det må være sterke ytre faktorer tilstede som virker på befolkningen. Disse faktorene må enten føre til en økning av traumer (fall) eller til en svekkelse av beinvevets styrke. Det er viktig å klarlegge disse risikofaktorene slik at man eventuelt kan intervensere mot dem og derved redusere antall brudd.

Selv om vi har gode holdepunkter for at dårlig ernæring, redusert fysisk aktivitet og røyking er viktige risikofaktorer for osteoporose, så er det en stor mangel på intervensjonsforsøk som viser hvilken effekt en reduksjon av disse faktorer vil ha på bruddforekomsten i befolkningen. Hvis man iverksetter intervensjonstiltak, bør dette gjøres som epidemiologiske studier for å evaluere om intervensjonen fører til den ønskede effekt. I den forbindelse bør det opprettes et sentralt bruddregister for å følge utviklingen i bruddhyppigheten i befolkningen. Man vil da ha en mulighet for å vurdere om iverksatte forebyggende tiltak har hatt effekt.

«En nylig avgitt konsensusrapport etterlyser en nasjonal handlingsplan for osteoporose hvor alle aspekter ved tilstanden blir belyst (Norsk Osteoporoseforening 1996), og det er viktig at det offentlige påtar seg en aktiv rolle i omsorgen av denne store pasientgruppen.»

I den senere tid har interessen for osteoporose økt kraftig. Spesielt blir det brukt store midler til utvikling og utprøving av medikamentell behandling av osteoporose. I en slik situasjon er det viktig at det offentlige også sørger for midler til uavhengig forskning. Medikamentell behandling har en rolle i behandlingen av osteoporose. Det er imidlertid viktig at innsatsen hva gjelder fallforebyggende tiltak og livsstilsintervensjon ikke blir nedvurdert på bekostning av dette. Det er også en utfordring å bedre behandlingen og rehabiliteringen hos pasienter med brudd, inklusiv håndteringen av pasienter med kroniske smerter som følge av brudd i ryggsøylen.

### *Litteratur*

Chapuy MC, Arlot ME, Duboeuf F, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in the elderly women. *N Engl J Med* 1992; 327: 1637–1642.

Falch JA, Kaastad TS, Bøhler G, Espeland J, Sundsvold OJ. Secular increase and geographical differences in hip fracture incidence in Norway. *Bone* 1993; 14: 643–645.

Falch JA, Meyer HE. Osteoporose og brudd i Norge. Forekomst og risikofaktorer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 568–572.

Lauritzen JB, Petersen MM, Lund B. Effect of external hip protectors on hip fractures. *Lancet* 1993; 341: 11–13.

Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ* 1996; 312: 1254–1259.

Meyer HE, Falch JA, O'Neill T, Tverdal A, Varlow J. Height and body mass index in Oslo, Norway, compared to other regions of Europe: do they explain differences in the incidence of hip fracture? European Vertebral Osteoporosis Study Group. *Bone* 1995; 17: 347–350.



Meyer HE, Johnell O. Osteoporosis: Epidemiology and risk factors. I: Treatment of Osteoporosis. Oslo og Uppsala: Statens legemiddelkontroll og Läkemedelsverket, 1997: 45–62.

Norsk Osteoporoseforening og Statens helsetilsyn. Konsensus-rapport: Osteoporose. Basert på konsensuskonferanse 14.-16. november 1996.

Statens legemiddelkontroll. Terapianbefalinger: Behandling av osteoporose. Oslo 1997; 20 (suppl 1)

Ytterstad B. The Harstad injury prevention study: community based prevention of fall-fractures in the elderly evaluated by means of a hospital based injury recording system in Norway. J Epidemiol Community Health 1996; 50: 551–558.

### 5.3 Bekkenløsning

*Eli Heiberg og Nanna Biørnstad, Kompetansesenteret i fysioterapi, Høgskolen, Oslo.*

#### **Hva er bekkenløsning?**

Smerter i bekkenregionen knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid kalles gjerne «bekkenløsning». Når smertene gir så stor funksjonsnedsettelse at de hemmer daglige gjøremål, som å stå, gå, stelle seg selv eller sitt barn, blir problemet stort og smertefullt først og fremst for kvinnene det gjelder, men også for barn, familie og samfunn.

Bekkenløsning er en interessant og utfordrende lidelse både fordi smertebildet varierer fra kvinne til kvinne og fordi man ikke kan vise til klare årsakssammenhenger. Det er stor samvariasjon med plager i nedre del av ryggen. Det kan selvsagt forekomme plager fra rygg og bekken som ikke har noe med svangerskapet å gjøre, men det som betegnes som bekkenløsning er spesielt for svangerskapet. Undersøkelser tyder på forekomst mellom 5 og 50 prosent. I de undersøkelsene med de høyeste forekomster, er smerter i nedre del av ryggen også tatt med. Variasjonen i forekomst vil derfor være avhengig av hvordan lidelsen defineres og avgrenses. I det følgende settes søkelyset på smerter under svangerskap og fødsel lokalisert til bekkenleddene og omkringliggende bløtvev. Smerter fra indre organer, samt ryggen holdes utenfor. Hyppigste debuttidspunkt av bekkenløsning er omkring 16–20 uke av svangerskapet, men noen blir smerteplaget allerede i første trimester (1–8).

Bekkenløsning er kjent i nordiske land, i England og Nederland, samt USA. Men tilstanden er ukjent, eventuelt bare usynlig, i en rekke andre land (5,9). I medisinsk litteratur har lidelsen de siste 150 år bare vært omtalt i perioder (9).

#### **Definisjon og avgrensning**

Det er ingen etablert enighet om bruk av diagnosen bekkenløsning. I Norge nedsatte Lægeforeningen i 1990 et utvalg for å klargjøre mulige norske betegnelser. Man skilte da mellom en «fysiologisk»- og en «symptomgivende» bekkenløsning. Symptomgivende bekkenløsning ble tidsbegrenset til å gjelde i svangerskapet og seks måneder etter fødselen. Plager som vedvarte etter denne tid, ble foreslått kalt «bekkenleddsyndrom» dersom smertefrembringende, provokasjonstester var positive på alle bekkenets leddforbindelser, det vil si mellom bekkenben og korsben bak (iliosakralleddene) og mellom

bekkenbena fortil (symfysen). Nomenklaturen er lite brukt i praksis. Den er heller ikke klart avgrenset til andre bekken- eller ryggglidelser med liknende symptombilder.

Rikstrygdeverket (RTV) har erkjent symptomgivende bekkenløsning som en funksjonsnedsettende i svangerskapet og inn til seks måneder etter fødselen. Bekkenløsning er plassert inn i kategorien av revmatiske lidelser med problemer fra bærende ledd, hvor RTV garanterer fri fysikalsk behandling. «Bekkenløsning med gangvansker» er her gjort til et eget punkt. Dette forvirrer nomenklaturen ytterligere. Tidfestingen av barseltiden til seks måneder må sies å være gjort fra sedvane mer enn ut fra behov. En del kvinner er fortsatt plaget etter denne tid.

Mangelen på presisjon, definisjon og klar avgrensing er imidlertid ikke noe særnorsk fenomen. Betegnelser, definisjoner og kriterier for svangerskapsrelaterte bekken- og korsrygg smerter synes å variere fra land til land. Norske forskere har oversatt bekkenløsning til «pelvic girdle relaxation», «pelvic joint instability» og «pelvic pain in pregnancy» (5,10–11). På svensk omtales bekkenløsning som «bakre bäckensmärtor» oversatt til «posterior pelvic pain» (12). Nederlandske forskere har hittil brukt begrepet «peri partum pelvic pain» (13). Den vanligst brukte engelske betegnelsen er imidlertid «back pain in pregnancy», som verken skiller mellom smerter med utgangspunkt i rygg og/eller bekken (14–15), eller tar hensyn til bekkensmerter etter fødselen.

Å diskutere nomenklatur kan synes som flisespikkeri, idet det klinisk er stor samvariasjon mellom rygg- og bekkensmerter. Kvinner som utvikler bekkensmerter får også ofte vondt i korsryggen. Dette gjelder især kvinner som har hatt perioder med vondt i ryggen før de ble gravide (16). Det er en markert økning av forekomsten av bekkensmerter fra første til annen graviditet. Denne forskjellen er ikke så tydelig for korsrygg smerter. Dette kan tyde på at bekkensmerter, forstått som smerte i bekkenrelaterte vevstrukturer (bekkenledd, muskulatur og bånd i og rundt bekkenet) representerer en egen svangerskaps spesifikk tilstand (6).

Smerter lokalisert til ett eller begge iliosakralledd, må skilles fra smerter med og uten utstråling til bena. Man må være oppmerksom på mulige differensialdiagnoser og/eller eventuell funksjonssvikt knyttet for eksempel til tidligere skader eller brudd i rygg, bekken eller hofter. En annen avgrensning er å vurdere i hvilken grad smerter fortil i bekkenet i og rundt symfysen forekommer samtidig med smerter i ett eller begge iliosakralledd (bekkenleddene bak) eller opptrer isolert. De danske fysioterapeuter Albert og Godskesen har i en stor prospektiv studie ved Universitetshospitalet i Odense argumentert for å differensiere mellom minst fire ulike kategorier (8). Alle kvinnene i hennes undersøkelse (n=2269) ble undersøkt med smerteprovoserende tester i 33. svangerskapsuke. Forekomst av smerte i bekkenleddene ble funnet hos 535 kvinner (23.6 prosent). Disse ble igjen delt i følgende grupper, (antall og forekomst i hver gruppe i parentes).

- daglige smerter i symfysen og begge iliosakralledd (n =136, 6.0%),
- daglige smerter i symfysen (n=47, 2. 1%)
- daglige smerter over det ene iliosakralleddet (n= 1 2 7 , 5.6%)
- daglige smerter i iliosakralledd (n =180, 7.9%)
- daglige, men ikke lokaliserbare smerter i området (n=45, 2.0 % )

Denne inndelingen er et forsøk på å skille mellom smerter knyttet til vev i og rundt bekkenleddene og andre smerter. Albert og Godskesen viser at kvin-

nene i de enkelte gruppene er ulike når det gjelder grad av funksjonsnedsettelse og varighet av plager i det første året etter fødselen (8).

Kvinner som hadde smerter i symfyen og begge iliosakralledd var den mest invalidiserte gruppen (8). I alle kategorier utgjør smerte hovedsymptomet. Også smerter i muskelbånd og bindevev i sete, lyske og lår er hyppig hos alle pasientgruppene (8,17). Dette er vev som via hinner (fascier) er knyttet til bekkenleddene. Hva som er primære eller sekundære plager kan ofte være vanskelig å avgjøre.

Klinisk er det vanskelig å vise klare sykelige forandringer annet enn hovent, (ødematøst) og smertefullt vev i bløtdelene rundt bekkenet, i sete og lår. Vedvarende smerter kjennetegnes ved dyptsittende, til dels brått innsettende, stikkende smerter over symfyen og på begge sider av korsbenet. Smertebildet kan minne om et muskellosjesyndrom (18). Hvordan de ulike smertetyper utvikler seg, påvirkes av i hvilken grad kvinnen får avlastning og hensiktsmessig oppfølging (12,19–20).

### **Mulige årsakssammenhenger**

Idealet er å ha en diagnose som peker mot en årsakssammenheng og som kan gi grunnlag for igangsetting av tiltak. Bekkenløsning som diagnose er klinisk basert. Det vil si den er basert på et visst symptomtilfang, uten sikre objektive forandringer. Hormonelle forandringer knyttet til det å være gravid gir økt væskeopphopning, økt strekkbarhet av muskulatur, bånd og sener. Hvorfor noen kvinner utvikler smerter i og rundt bekkenet i svangerskapet, vet vi foreløpig svært lite om. Tungt fysisk arbeid nevnes i mange undersøkelser som en risikofaktor (2–6,21). Sammenheng mellom alder ved første menstruasjon og senere bekkenplager er beskrevet (22).

Muligheten for en eventuelle feilstillinger i bekkenleddene er viktig å undersøke. En oversiktsartikkel om syndromer lokalisert til iliosakralleddene konkluderer med at det også i dette feltet er uklar nomenklatur, men at mulige feilstillinger ikke må overses (23). Det finnes mange ulike funksjons- og provokasjonstester. Gyldigheten av disse diskuteres (24–25). Er kvinnen sterkt smertepåført, bør man være tilbakeholdende med undersøkelser som øker smerten ytterligere.

Ettersom magen vokser kan svangerskapets biomekaniske forhold med endret vektbelastning og endret kroppsholdning også påvirke smertebildet. Utstrålende smerter fra omkringliggende vevsstrukturer blir også nevnt som en mulig forklaringsmodell (13,26).

Klinisk må en være oppmerksom på mulige differensialdiagnoser og den store samvariasjonen det er mellom rygg- og bekkensmerter. Ved siden av gode kliniske undersøkelser kan bruk av smertetegning være et hjelpemiddel. Det er vist klare forskjeller i smertelokalisasjon mellom svangerskapsrelaterte bekkensmerter og lumbale skiveprolaps (27–28).

Interessante, men sprikende funn, er gjort med hensyn til konsentrasjonen av relaxin i serum og utvikling av bekkensmerter (29–31). Andre biologiske markører som serumkonsentrasjonen av propeptider av type III procollagen (PIINP), progesteron og østrogen er også vist å påvirke vevsstrukturen i båndene rundt bekkenet (30). Slike funn bør undersøkes i større grupper.

### **Forebyggende og behandlende tiltak**

Ulike former for fysikalsk terapi er den mest brukte behandlingen. Mange kvinner opplever å måtte gå fra behandler til behandler før de finner en behandlingsform som passer for dem. Det foreligger ingen vitensbasert standard for fysikalsk behandling av svangerskapsrelaterte bekkensmerter. Nordiske undersøkelser peker på at de ulike smertetyper må ha ulik behandling (8,12,17, 20). Klinisk erfaring viser at det nytter å forebygge. Tiltakene rettes mot å unngå videre belastning av vev som allerede er smertefullt. Det legges vekt på enkle råd for bevegelse i hverdagen. Tyngdelinjen gjennom kroppen skal balansere muskelbruk på kroppens forside og bakside. For kvinner med bekkensmerter er det særlig viktig å opprettholde god postural kontroll, slik at kroppens stabiliserende og bevegende muskelsystemer er i balanse i forhold til hverandre (17,32). Dette kan være vanskelig med en kropp i den vekst og endring et svangerskap innebærer. Det er forskjellige meninger om bruk av manipulasjon så lenge kvinnen er gravid. Kiropraktorene sier man kan gjøre det. Fysioterapeuter, spesialister i manuell terapi, manipulerer ikke. Mobilisering av leddene kan gjøres forsiktig. Båndene som fester korsben og haleben til bekkenbena kan være svært smertefulle ved palpasjon. Det er uenighet om hvorvidt slike bånd bør behandles isolert. De kan behandles utenfra. Det er ikke nødvendig å behandle rektalt. Mange kvinner har glede av bassengtrening. Massasje er stimulerende og avspennende og gir god smertelindring (19,33).

### **Noen råd for fødsel og barseltid**

For kvinner med bekkensmerter er valg av fødestilling viktig. Det tradisjonelle ryggleiet, eller det gynekologiske leie med hofter og knær i bøyde og sterkt abduert stilling under fødsel, og ved eventuelt syng etterpå, frarådes på det sterkeste for kvinner med bekkensmerter. En mer skånsom fødestilling er sideleie med øverste ben godt støttet opp av puter. En annen er å føde på «alle fire». Bekkenet får fjære fritt uten press fra underlaget.

Kvinner med bekkensmerter, også etter fødselen, må defineres som pasienter, og tilbys avlastning og behandling. De bør ikke utsette sitt smertefulle bekken og sterkt uttøyde kollagene, (ikke elastiske) vev for unødig belastning. Kvinnen bør gis mulighet til maksimal hvile og automatisk få hjelp til å løfte og stille barnet og seg selv. Massasje er tromboseforebyggende. Massasje og berøring øker tilhelingen av skadet vev (33). Maten bør serveres og sengen res. Dette er i kontrast til dagens modell hvor barselavdelingene er lagt til rette for friske kvinner uten plager.

### **Sammenfatning og forslag til satsningsområder**

#### *Bekkenløsning i et kultur- og migrasjonsperspektiv*

Innledningsvis ble det antydnet at bekkenløsning kunne være en kulturbestemt lidelse. Det foreligger ingen krysskulturelle studier i feltet. Pakistanske kvinner i Norge forteller for eksempel at slike smerter ikke finnes i Pakistan, men de utvikler lidelsen når de bor i Norge (34). Om dette også gjelder andre innvandrergupper vites ikke. Et så komplekst og muligens også kulturspesifikt fenomen som det vi på norsk kaller bekkenløsning, kan med all sannsynlighet ikke forklares utelukkende biologisk eller biomekanisk. Bekkenløsning

bør også studeres i representasjon for en type sammenheng med uliklivserfaringer, som kanskje ikke bare søker form, men også språk.

#### *Bekkenløsning – epidemiologiske utfordringer*

Smerter lokalisert til korsrygg og bekken synes å ha ulikt årsaksmønster. For å undersøke dette må betydningen av faktorer som mors alder, første menstruasjon, prevensjonsform, antall graviditeter og fødte barn, barnets fødselsvekt og kjønn, livsstil, arbeidsbelastning og så videre undersøkes i store normalpopulasjoner.

#### *Bekkenløsning – vurdering av avlastningstiltak*

I hvilken grad bekkenløsning kan sies å være et belastningssyndrom er ukjent. Symptomer på bekkenløsning synes i sær å ramme aktive, oppegående kvinner med stor arbeidsglede og store krav til seg selv på jobb såvel som hjemme. Bruk av avlastning som intervensjon, slik som tilrettelegging av arbeid, gradert eller hel sykmelding, hjelp i hjemmet bør undersøkes.

#### *Bekkenløsning – effekt av fysioterapi*

Fysioterapeuter er den yrkesgruppen som har størst erfaring med behandling av bekkenløsning. Deres kliniske erfaring bør systematiseres. Som nevnt finnes det ingen vitenskapsbaserte retningslinjer for fysikalsk behandling ved bekkenløsning. Det er behov for randomiserte, kontrollerte intervensjonsforsøk, rettet mot såvel forebygging som behandling.

#### *Litteratur:*

1. Kogstad O: Bekkenløsning en kontroversiell diagnose. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108; 1115–9.
2. Kogstad O: Vond rygg etter fødsel. Hvem får det og hva er diagnosen? Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 1120–2.
3. Östgaard HC, Andersson GBJ, Karlsson K: Prevalence of Back Pain in Pregnancy. Spine 1988; 16: 549–52.
4. Berg G, Hammar M, Möller-Nielsen J og medarb.: Low Back Pain during Pregnancy. Obstet Gynecol 1988; 71: 71–5.
5. Heiberg E, Stray-Pedersen B: Bekkensmerter i svangerskapet et belastningssyndrom? Norsk Epidemiologi 1997; 7 (1): 117–121.
6. Endresen E Heiberg: Pelvic Pain and Low Back Pain in Pregnant Women – an epidemiological study. Scand. J Rheumatol 1995; 24: 135–41.
7. Kristiansson P, Svärsudd K, von Schoultz B: Back Pain during Pregnancy. A Prospective Study. Spine 1996; 21: 702–9.
8. Albert M, Godsken M: Clinical Characteristics of Four Syndromes of Pregnancy-Related Pelvic Joint Pain (1998 innsendt for publisering).
9. Skylv G: Bækkenløsning – sykdom eller avvigelse? Stofskifte – Tidsskrift for antropologi 1988; 18: 11–35. København.
10. Kogstad O, Biørnstad N: Bekkenløsning patogenese/etiologi/definisjon/epidemiologi. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 2209–11.
11. Saugstad LF: Persistent pelvic pain and pelvic joint instability. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1991; 41: 197–201.
12. Östgaard HC, Zetherström G, Roos-Hansson E, Svanberg B: Reduction of Back Pain and Posterior Pelvic Pain in Pregnancy. Spine 1994; 19: 894–

- 900.
13. Mens JMA, Vleeming A, Stoeckart R, et al. Understanding Peripartum Pelvic Pain. Implications of a Patient Survey. *Spine* 1996; 11: 1363–70.
  14. Mantle MJ, Greenwood RM, Currey HLF: Backache in Pregnancy. I. *Rheumatol Rehabil* 1977; 16: 95–101.
  15. Mac Evilly M, Buggy D: Back Pain and Pregnancy: a Review. *Pain* 1996; 64: 405–14.
  16. Östgaard HC, Andersson GBJ: Previous Back Pain and Risk of Developing Back Pain in a Future Pregnancy. *Spine* 1988; 16: 432–6.
  17. Biørnstad, N: Bekkenet på kryss og tvers. 1992 Cappelen Akademisk Forlag A.S. Oslo.
  18. Samuelsen G: Hoftens små utadrotatorer undervurdert og misforstått? *Fysioterapeuten* 1996; 1: 18–22.
  19. Östgaard HC, Zetherström G, Roos-Hansson E: Back pain in relation to pregnancy. *Spine* 1997; 24: 2945–50.
  20. Norén L, Östgaard, Nielsen TF, Östgaard HC: Reduction of Sick Leave for Lumbar Back and Posterior Pelvic Pain in Pregnancy. *Spine* 1997; 18: 2157–60.
  21. Aarseth S. Platou: Å være i omstendigheter.. Bekkenløsning i graviditet brukt som synligjøring av kvinners arbeidsforhold og som trøbbelfenomen i arbeidslivet. Hovedoppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo 1992.
  22. Saugstad LF. Is persistent pelvic pain and pelvic joint instability associated with early menarche and with oral contraceptives? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991; 41: 203–6.
  23. Oldreive WL: A Classification of, and a Critical Review of the Literature on, Syndromes of the Sacroiliac Joint. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy* 1998; 1: 24–30
  24. Wormslev M, Juul AM, Marques B og medarb: Clinical Examination of Pelvic Insufficiency during Pregnancy. *Scand. J Rheumatol* 1994; 23: 96–102.
  25. Albert H, Godskesen M: Clinical Examinations and Diagnostic Procedures in Four Syndromes of Pregnancy-Related Pelvic Joint Pain. (1998 innsendt for publisering).
  26. Östgaard HC, Andersson GBJ, Schultz AB, Miller JAA. Influence of some Biomechanical Factors on Low Back Pain in Pregnancy. *Spine* 1993; 18: 61–5.
  27. Nielsen LL. Smertebilde ved bekkenløsningsplager og lumbalt skiveprolaps. Hovedfagsoppgave i fysioterapi. Det medisinske fakultet. Universitetet i Bergen 1996.
  28. Stureson B, Udén G, Udén A: Pain Pattern in Pregnancy and «catching» of the Leg in Pregnant Women with Posterior Pelvic Pain. *Spine* 1997; 22: 1880–4.
  29. Mac Lennan AH. The role of the hormone relaxin in human reproduction and pelvic girdle relaxation. *Scand J Rheumatol* 1991; (suppl. 88): 7–15.
  30. Kristiansson P, Svärsudd K, von Schoultz B: Serum relaxin, symphyseal pain and back pain during pregnancy. *Am J Obst Gyn* (in press).
  31. Albert H, Godskesen M, Westergaard JG, Chard T, Gunn L. Circulating levels of relaxin are normal in pregnant women with pelvic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* (accepted for publication).
  32. Stuge B: Gange og bekkeninstabilitet. *Fysioterapeuten* 1996; 6: 6–11.
  33. Goats GC: Massage – the Scientific Basis of an Ancient Art: Part 1 and 2.

- Br.J.Sp Med 1994; 28: 149–156
34. Biørnstad N, Heiberg E: *Massage – a living, but threatened tradition among Pakistani dais*. Rapport 1997. Kompetansesenteret i fysioterapi, Oslo.

## 6 «Ubestemte» plager

---

### 6.1 Om «ubestemte» plager generelt

*Kirsti Malterud, Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen.*

#### ***Er ubestemte plager kvinneplager?***

Begrepet «kvinnesykdom» brukes på tre ulike måter i litteraturen – om tilstander som rammer utelukkende kvinner (ovarialkreft), om tilstander som tallmessig rammer mange kvinner uten at det foreligger noen kjønnsforskjell (hjerte/karsykdom), eller om tilstander der forholdsvis mange flere kvinner enn menn rammes (fibromyalgi). De «ubestemte» plagene tilhører den siste gruppen. Teoretiske og metodologiske svakheter i den blir synlige når vi prøver å lage oversikter over kvinnesykdommene i de ulike gruppene med basis i epidemiologisk forskning. Fortsatt mangler kjønns spesifikke oversikter i store deler av den epidemiologiske litteraturen selv i befolkningsstudier av vanlige tilstander. I ulike studier som framstiller kjønnsforskjeller etter diagnose finner vi til dels inkonsistente og vanskelig sammenlignbare funn (1–5). Dette kan skyldes at mye av den foreliggende empiri bygger på ulike definisjoner og uklare diagnostiske kriterier, og at enkeltdiagnoser og diagnosegrupper har vært brukt som enhet på ulike måter. En epidemiologisk framstilling forutsetter dessuten at helseplager kan klassifiseres i form av entydige og veldefinerte diagnoser. Dette er slett ikke alltid er tilfelle når det gjelder helseplager hos kvinner. I det følgende skal vi se nærmere på fenomenet «ubestemte» helseplager – langvarige tilstander preget av subjektive symptomer uten objektive funn, uten kjent årsak – og omfanget og betydningen av dette for kvinnens helse (6).

#### ***Symptomdiagnoser og sykdomsdiagnoser***

Når pasienten får vondt i halsen, kan legen ta en prøve som konkluderer med diagnosen streptokokktonsillitt. Behandling og forløp er gitt av diagnosen. Pasienten får penicillin og blir frisk. Men ikke alle symptomer leder fram til en slik diagnostisk konklusjon. Til hverdags må ofte legen nøye seg med en konklusjon på et lavere forklaringsnivå. Klassifiseringssystemet ICPC, som brukes i norsk allmennpraksis, gir legen anledning til å skille mellom deskriptive symptomdiagnoser og konklusive sykdomsdiagnoser. Bruk av symptomdiagnose betyr at legen ikke vet nok til å si hva symptomet skyldes. I den kliniske hverdag er symptomdiagnosene langt mer utbredt enn diagnoser som betegner en velavgrenset sykdomsenhet. I nesten 2/3 av konsultasjonene bruker primærlegen symptomdiagnose – bare hos 1/8 av pasientene stilles en klassisk sykdomsdiagnose (7). Med 15 millioner konsultasjoner årlig i norsk primærhelsetjeneste innebærer dette 10 millioner konsultasjoner med symptomdiagnoser. Kvinner står for anslagsvis 2/3 av konsultasjonene.

Mye tyder på at dagens medisinske diagnosesystemer er bedre egnet til å klassifisere helseplager hos menn enn hos kvinner. Menn får oftere enn kvin-

ner en sykdomsdiagnose (eksempelvis meniskskade), mens kvinner oftere enn menn får en symptomdiagnose (eksempelvis kroniske knesmerter) (8). Med disse tallene som utgangspunkt kan vi anslå at norske leger gir kvinnelige pasienter symptomdiagnose ved minst 6 millioner konsultasjoner årlig. Symptomdiagnosene omfatter mange kortvarige og beskjedne helseplager som går over av seg selv, som feber, diare, ryggsmarter, vondt i magen. Legens oppgave i møte med slike tilstander er som regel å vurdere at det ikke er noe mer alvorlig som ligger bak, eller å besørge sykmelding ved fravær fra arbeidet. Slike vurderinger kan gjøres på faglig forsvarlig grunnlag av en symptomdiagnose.

### ***Langvarige, ubestemte plager som mangler objektive sykdomstegn***

Symptomdiagnosene blir mer problematiske både for pasient og lege når det gjelder langvarige eller kroniske helseplager som medfører lidelse og funksjonsutfall over tid. I slike tilfeller representerer den manglende diagnosen betydelige medisinske og sosiale problemer. Legen forstår ikke hva pasienten feiler og har ikke effektiv behandling å tilby. Pasienten opplever at det er lite hjelp å få, og kjenner seg ofte avvist av hjelpeapparat og trykkesystemet. De «ubestemte» helseplagene kan være langvarige eller kroniske tilstander preget av plagsomme og til dels invalidiserende symptomer. Plagen foreligger til tross for at omfattende undersøkelser ikke gir funn eller forklaring. Plager av denne typen utgjør en omfattende andel av kvinnens vanlige helseproblemer, men er i sin natur vanskelige å tallfeste og kartlegge. Epidemiologisk forskning gir lite plass for tilstander som ikke lar seg klassifisere (9).

### *Ubestemte plager kan gi ulike symptomer og diagnoser*

«Ubestemte» helseplager gir symptomer i form av muskel-skjelett-lidelser, trøtthet/slapphet eller psykiske lidelser. Smertesyndromer fra ulike organer, uhensiktsmessige immunresponser med allergi-liknende plager, stadige infeksjoner eller slimhinneproblemer hører også med. Pasientene kan være plaget av konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, underlivssmerter, utflod, vannlatingsplager, fordøyelsesproblemer eller indre uro. Symptomene kan opptre hver for seg eller sammen.

Vanlige betegnelser på disse tilstandene er beskrivende, som regel uten noen klar årsaksforståelse, som fibromyalgi eller andre former for kroniske muskelsmerter, lumbago, det kroniske tretthetssyndrom, nakkesleng, bekkenløsning, irritabel tarm, dyspepsi, spenningshodepine, urinrørskatarr, eller underlivssmerter. Blant pasientene finner vi betegnelser som candidasyndrom, amalgamsyke, el-allergi eller ME-syndrom. Somatiseringssyndrom, hypokondri eller affektiv lidelse er eksempler på psykiatiske diagnoser som pasienter med «ubestemte» plager ofte tildeles av fagfolk, riktignok uten at de selv opplever psykiske plager.

### *Forekomst av ubestemte plager*

Kvinnens plager blir oftere enn menns plager klassifisert som «ubestemte» eller «medically unexplained». For noen av disse tilstandene er det utviklet diagnostiske kriterier som har muliggjort prevalensstudier, eksempelvis for fibromyalgi, irritabel tarm, kronisk tretthetssyndrom, somatiseringssyndrom og spenningshodepine. Et gjennomgående funn er at kvinner er i flertall blant



pasientene i forhold til menn. Kjønnforskjellen kan variere i størrelsesorden for ulike studier av samme tilstand og mellom de ulike tilstander, men er likevel konsistent: De «ubestemte» helseplagene er kvinnesykdommer – tilstander som rammer forholdsvis flere kvinner enn menn.

I Norge er kroniske muskelsmerter (også kjent under betegnelser som fibromyalgi, belastningslidelser, eller bløtdelsrevmatologi) sannsynligvis den største gruppen av kvinners «ubestemte» helseplager. 17 % av diagnosene i norsk allmennpraksis gjelder muskelskjelettlidelser (10). Av disse utgjøres 21 % av «veldefinerte» revmatologiske, nevrologiske eller ortopediske sykdommer, mens resten handler om bløtdelsplager av mer eller mindre spesifikk karakter. En norsk befolkningsbasert prevalensstudie fant en forekomst av fibromyalgi på 10,2 % hos kvinner mellom 20 og 49 år (11). Tallene er høye i forhold til utenlandske studier og har vært omdiskutert. Ikke desto mindre vet vi at denne typen plager står for en omfattende del av langtids sykefravær og uførhet for kvinner. I 1993 ble 3 730 norske kvinner innvilget uføretrygd på grunn av lidelser i muskelskjelettsystemet (12). Vi snakker altså ikke om en liten og betydningsløs gruppe av pasienter eller helseplager, men om tilstander med omfattende utbredelse og konsekvenser for norske kvinner.

De «ubestemte» plagene er ikke akutte eller livstruende sykdommer som man dør av, men langvarige og kroniske tilstander som man lever med. Det kan se ut til at forekomsten er økende. Det er vanskelig å si om en tilsynelatende økning for eksempel kan skyldes at tilstandene blir mer synlige når flere kvinner er yrkesaktive og derfor representerer større strukturell uførhet når arbeidsevnen reduseres av sykdom. En annen forklaring kan være at dette er tilstander som har fått økt oppmerksomhet når kvinners posisjoner styrkes i samfunnet.

### **Objektive funn som sykdomskriterium**

For at en pasient skal få en medisinsk diagnose, må sykehistorien og de medisinske funnene stemme overens med en medisinsk tilstand som legen kjenner. Uten dette blir ikke pasientens plager regnet som sykdom. Når legens medisinske blikk og instrumenter ikke er i stand til å gjøre observasjoner som forklarer hva plagene skyldes, kan resultatet bli at tilstanden og pasienten ekskluderes fra det vi oppfatter som sykdom og som vi påtar oss medisinsk og velferdspolitisk ansvar for. Begrunnelsen for dette finner vi i idealer fra en biomedisinsk referanseramme som forutsetter at alle sykdommer etterlater spor i kroppen – objektive funn. I henhold til dette idealet regnes de objektive funn som nødvendige og tilstrekkelige betingelser for sykdom. Subjektive symptomer ikke har tilsvarende status som kunnskapsgrunnlag når diagnoser skal stilles og sykdom skal avgrenses.

Samtidig viser empiriske studier fra klinisk diagnostikk at det viktigste kunnskapsgrunnlaget for diagnostiske konklusjoner i praksis er den såkalt subjektive kunnskap – sykehistorien. I mindre enn 1/3 av konsultasjonene er det faktisk resultatene fra den kliniske undersøkelse eller de supplerende tester som leder til diagnosen (13). Diagnosen er faktisk sjelden et objektivt biologisk «faktum», men som regel en sum av menneskelig fortolkning, kjønn og samhandling, uansett om vi snakker om «bestemte» helseplager som legene kjenner årsaken til, eller om det gjelder de «ubestemte» helseplagene.

### **Årsaksforklaringer**

De «ubestemte» plagene kan ha mange ulike forklaringer. Vi vet at veldefinerte revmatiske sykdommer som Sjøgrens syndrom først gir seg diagnostisk til kjenne etter mange år uten objektive funn. En norsk studie viser at gjennomsnittlig tid fra symptomdebut til diagnose var 11 år (14). Andre revmatologiske og nevrologiske sykdommer kan ha en langsom utvikling der det med dagens diagnostiske repertoar ikke er mulig å stille diagnose i tidlig stadium. Erfaring viser også at ulike former for kreftsykdom kan gi seg til kjenne på de diagnostiske tester først et godt stykke ut i sykdomsforløpet. Det er viktig å minne om at vi med objektive funn mener det dagens legevitenenskap er i stand til å påvise ved hjelp av dagens kunnskapsgrunnlag og diagnostiske testbatterier. Har pasienten fordøyelsesplager, ville det for 25 år siden kanskje vært gjort en kontrastrøntgenundersøkelse av magesekken, som kanskje ikke viste noe galt. I dag kan man ved hjelp av tredimensjonal ultralydteknikk se bestemte mønstre av funksjonsforstyrrelser i magesekken. Ved «ubestemte» plager kan det også være at de prøver som er tatt, er normale, mens undersøkelser som kanskje burde vært gjort, kunne vist at de «ubestemte» plagene er symptomer på diabetes, hypotyreose eller carpaltunnelsyndrom.

### *Belastningsforhold*

Hos noen pasienter kan plagene ha en forklaring i indre og ytre belastninger. Vi vet for eksempel at ensidige arbeidsrutiner kan fremme utviklingen av kroniske muskelsmerter. Det er vist at kvinner med fibromyalgi hyppigere enn andre har vært utsatt for seksuelle overgrep. Det er mange av de «ubestemte» tilstandene som overlapper hverandre. Forekomsten av irritabel tarm og det kroniske tretthetssyndrom er høyere hos pasienter med fibromyalgi enn hos andre (15). Det er også mye som tyder på at det kan dreie seg om forskjellige tilstander med ulik patogenese, som vi foreløpig vet for lite om. Endimensjonale forklaringsmodeller som dobbeltarbeid, serotoninubalanse eller somatiseringstendenser har til nå ikke gitt anvendbar forståelse av disse tilstandene.

Sannsynligvis er det mange og sammensatte grunner til at kvinner får slike plager, og at plagene får slike ytringsformer. Kvinner lever andre liv enn menn. Ikke bare utfører kvinner reproduktivt arbeid med svangerskap, fødsler og amming, men vi har også fortsatt et uttalt kjønnsdelt arbeidsmarked der kvinner tjener mindre og har mindre innflytelse enn menn. Selv i vår likeslittede tidsalder er det kvinner som utfører størsteparten av det ubetalte arbeid knyttet til hjem og omsorg. Dobbeltarbeid framheves ofte som en årsaksfaktor. Da glemmer vi at de fleste kvinner faktisk er dobbeltarbeidende – uten å få slike plager. Vi glemmer også at kontroll over egen arbeidssituasjon sannsynligvis er en viktigere beskyttelse mot sykdom enn belastningen i seg selv (16). Det kan være mange forhold i kvinnens hverdagsliv og yrkesliv som gir for lite kontroll og fleksibilitet, og som dermed er helseskadelige.

### **Forebygging er vanskelig uten kunnskap om årsaker**

Så lenge kunnskapsgrunnlaget på dette feltet er utilstrekkelig, finnes det ikke veldokumenterte strategier for sykdomsforebygging. Mye kan imidlertid tyde på at samfunnsmessige forhold langt utenfor helsevesenets rekkevidde er av minst like stor betydning som medisinske tiltak på dette feltet. Vi har imidlertid mye å vinne på intensivt innsats for å skape økt innsikt i årsaksmekanismer og patogenese, ikke minst med sikte på å utvikle tiltak som kan gi bedre

helsehjelp enn det vi i dag kan tilby kvinner med disse plagene. Det finnes i dag erfaringer fra tradisjonelle og utradisjonelle behandlingstilbud for kvinner med kroniske muskelsmerter, men lite overordnet tenkning om terapeutiske tilnærminger for plager vi ikke kjenner årsaken til.

### **Helsevesenet gir lite hjelp**

Hvis det medisinske blikk ikke er skarpt nok til å gi kvinners vanlige helseplager en god diagnose, kan resultatet bli at kvinner med slike tilstander ikke får god hjelp.

Når legen ikke forstår hva pasienten feiler, kan pasienten oppleve å bli gjort til syndebukk. Mange pasienter med kroniske muskelsmerter rapporterer at de har kjent seg dårlig mottatt hos legen (17,18). De usynlige spilleregler for samhandling og anerkjennelse i den medisinske konsultasjon kan bidra til å fastlåse negative mønstre som forverrer situasjonen for pasienten. Studier av samhandling mellom lege og pasient viser at legen møter kvinnelige pasienter annerledes enn mannlige pasienter, og at kvinners symptomer fortolkes annerledes enn identiske symptomer hos menn (19–22). Blant pasienter som legen regner som vanskelige pasienter, finner vi dem som kommer med «ubestemte» plager. I det medisinske statushierarki har fibromyalgi en klar sisteplass (23). Pasientens opplevelse av anerkjennelse fra legen kan imidlertid være en avgjørende forutsetning for god helsehjelp. Informasjon basert på kvinnenes erfaring og kunnskap kan bidra til at de «ubestemte» plagene ikke lenger fortoner seg så ubestemte for legen (24,25).

### **Trygd – en siste utvei når kroppen sier stopp**

En symptomdiagnose er i dag ikke en gyldig inngangsbillett til den norske velferdsstatens ytelser. Man kunne derfor tro at det var en naturlig sammenheng mellom helseplagenes alvorlighetsgrad, og deres diagnostiserbarhet – at det bare de bagatellmessige tilstandene som mangler objektive funn og anerkjente diagnoser. Men slik er det ikke. Mange kvinner med «ubestemte» helseplager, opplever at kroppen bare gir smerter eller utmattelse og ikke lenger kan brukes til jobb eller hverdagsaktiviteter. Slik er det uansett om legen kan påvise noen spesiell årsak eller ikke. Dette er situasjonen for de mange kvinnene som må melde pass i arbeidslivet. Det økende antallet kvinner med uføretrygd er et forventet resultat av at stadig flere kvinner er yrkesaktive. De som invalidiseres, lider naturligvis nok av tilstander som forekommer hyppig hos kvinner.

I 1991 ble Rikstrygdeverkets forskrifter for uførepensjonering innstrammet, fordi antallet uførepensjonister økte mer enn samfunnet har råd til. Økningen gjaldt særlig middelaldrende kvinner med plager fra muskelskjelett-systemet og psykiske lidelser. De nye reglene la større vekt på objektive sykdomstegn enn tidligere, og rammet dermed særlig pasienter med «ubestemte» helseplager. Det ble ikke sagt eksplisitt at man med denne innstramningen ønsket å utestenge kvinner fra trygden. Et blikk på kvinners sykdomsprofil forteller at lovendringen ville resultere i en systematisk forskjellsbehandling i kvinners disfavør. Dette bekreftes av trygdestatistikken, som i 1992 viste en topp i avslagsprosenten for kvinner med muskelskjelettplager og nervøse plager (26). De siste årene har avslagsprosenten gått ned, men det er fortsatt kvinners «ubestemte» helseplager som topper trygdens avslagsstatistikk.

### *Variierende trygdepraksis*

Erfaringer blant norske primærleger er at trygdepraksis på dette feltet i dag varierer mye rundt om i landet. Noen trygdekontorer forutsetter fortsatt tilstedeværelse av objektive funn for innvilgelse av trygd, mens andre trygdekontor legger større vekt på en samlet funksjonsvurdering. I praksis betyr dette at legen i vekslende grad anbefaler kvinner med «ubestemte» plager å søke trygd når de faller ut av arbeid, fordi prognosen for innvilgelse av søknaden kan være svært usikker.

Folketrygdloven bygger på et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert, og som det foreligger bred medisinsk enighet om. Innen medisinsk teori finnes det mange ulike måter å definere sykdom på (27). Objektive funn er intet universelt kriterium i de vitenskapelig baserte sykdomsdefinisjoner. Likevel ser vi at et restriktivt syn på sykdom hos den individuelle lege eller trygdekontor kan være utslagsgivende for hvorvidt uføretrygd søkes eller innvilges. At kvinners sykkelighet og uførhet ikke anerkjennes som gyldige, bekreftes fra sosialmedisinsk hold. Verdiladet språkbruk («omseggripende tendens til uførepensjonering», «betydelig begrepsmessig-diagnostisk utglidning og utvanning», «høyst uavklarte og diffuse smertetilstander») forteller at dette ikke handler om nøytrale fakta, men om meninger og normer som i denne saken gir systematiske kjønnsmessige utslag (28)

### *Utfordringer*

Hverdagsplager som kroppslige smerter, trøtthet og konsentrasjonsvansker kan forekomme hos de fleste mennesker, uten at vi av den grunn vil regne det som sykdom. De tilstander som her omtales som «ubestemte» helseplager, er tilstander med omfang, karakter og konsekvenser angående lidelse og funksjonsevne av en annen natur enn det som følger av forbigående hverdagsplager. I dagens Norge har vi en systematisk velferdspolitisk forskjellsbehandling av kvinner og menn som blir arbeidsuføre på grunn av sykdom. Dagens praksis innebærer at kvinner med «ubestemte» helseplager ikke kan regne med å bli innvilget uføretrygd når kroppen ikke lenger klarer jobben.

Den utbredte forestilling om at bare objektive funn kvalifiserer som sykdomsdefinisjon, rammer mange kvinner med «ubestemte» helseplager. Legene og trygdeverket har autoritet til å tildele diagnoser, definere sykdom, og dermed avgrense velferdsstatens rekkevidde. Men i dag er ikke alle diagnoser er like gode. Nedsatt funksjonsevne er en nødvendig, men ikke en tilstrekkelig betingelse for innvilgelse av uføretrygd. I velferdsstaten Norge er det bred enighet om at arbeidsuførhet på grunn av sykdom skal lede til økonomisk kompensasjon i form av trygd. Slik trygden i dag praktiserer sitt sykdomsbegrep, får vi en gjennomgående skjevhet i kvinners disfavør, som følge av at kvinners sykdommer i større grad enn menns kjennetegnes av subjektive symptomer uten objektive funn. Trygdemessig likestilling forutsetter revisjon av en slik praksis. Det kan godt tenkes at uførepensjon er et velferdsgode som ikke alltid havner på rett plass. Og det er helt sikkert at mange kvinner med «ubestemte» plager ikke er tjent med å bli pensjonert, men heller skulle vært tilbudt aktiv behandling og hensiktsmessig rehabilitering.

Det er i dag enighet om at vi i dag vet for lite om årsaker, forløp og konsekvenser ved de «ubestemte» helseplagene (29). Men vi kan ikke av den grunn akseptere at den norske velferdsstaten systematisk forskjellsbehandler kvinner og menn som blir uføre. Da må vi heller arbeide aktivt for å utvikle ny kunnskap og nye teoretiske modeller. Dette er en viktig langsiktig utfordring

for medisinsk teori og praksis her i landet. I mellomtiden må vi sørge for at også kvinner blir møtt med anerkjennelse og verdighet når de søker hjelp i helsevesen og trygdesystem når kroppen sier stopp. Dette forutsetter at helsevesenet i større grad enn nå lærer seg å anerkjenne kvinners opplevelse av sin egen virkelighet og sørger for å legge denne til grunn i utviklingen av medisinsk teori og praksis.

### *Litteratur*

1. Nylenna M. Why do our patients see us? A study for reasons for encounter in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1985; 3: 155–62.
2. van Wijk CMTG, Kolk AM, van den Bosch WJHM, van den Hoogen HJM. Male and female morbidity in general practice: The nature of sex differences. *Soc Sci Med* 1992; 35: 665–78.
3. Rokstad R, Straand J, Sandvik H. Pasientkontakter i allmennpraksis. En epidemiologisk undersøkelse i Møre og Romsdal. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 659–64.
4. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996; 42: 627–24.
5. Malterud K, Hofmans-Okkes Inge. Gender differences in general practice consultations. Methodological and interpretative intricacies. *Family Practice* 199\*; 000: 000–000 (accepted for publication).
6. Malterud K. Vanlige helseplager hos kvinner – ubestemte og diffuse? I Schei B, Botten G, Sundby J, red. *Kvinnemedisin*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1993: 259–72.
7. Bentsen BG. International Classification of Primary Care. *Scand J Prim Health Care* 1986; 4: 43–50.
8. Brage S, Tellnes G. ICPC i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 2656–9.
9. Malterud K. Illness and disease in female patients. I. Pitfalls and inadequacies of primary health care classification systems – a theoretical review. *Scand J Primary Health Care* 1987; 5: 205–9.
10. Natvig B, Nessiøy I, Bruusgaard D, Rutle O. Muskel- og skjelettplager i en befolkning. Forekomst og lokalisasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 323–7.
11. Forseth KO, Gran JT. The prevalence of fibromyalgia among women aged 20–49 years in Arendal, Norway. *Scand J Rheumatol*. 1992; 21(2): 74–8.
12. Bjerkedal T, Wergeland E. Uførepensjonering av kvinner i ulike yrker på grunn av muskel- og skjelettsykdommer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 3522–7.
13. Peterson MC, Holbrook JH, von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnosis. *West J Med* 1992; 156: 163–5.
14. Haga HJ, Rygh T, Jacobsen H, Johannessen AC, Manger O, Jonsson R. Sjogrens syndrom. Nye synspunkter på diagnostikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2197–2200.
15. Boisset-Pioro MH, Esdaile JM, Fitzcharles MA. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 235–41.
16. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979; 24: 285–307.
17. Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. «I've been crying my way» – qualitative analysis of a group of female patients' consultation experience.

- riences. *Family Practice* 1996; 13: 498–503.
18. Lilleaas UB. Når forskjellen blir synlig – kvinner med kroniske muskelsmerter i et kjønnsrolleperspektiv. Arbeidsnotat 8/95 – Senter for kvinneforskning. Oslo: Universitetet i Oslo, 1995.
  19. Colameco S, Becker LA, Simpson M. Sex bias in the assessment of patient complaints. *Journal of Family Practice* 1983; 16: 1117–21.
  20. Roter D, Lipkin M, Korsgaard A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Medical Care* 1991; 29: 1083–93.
  21. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller-LH. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol* 1994; 13: 384–92.
  22. Bertakis KD, Helms J, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. The influence of gender on physician practice style. *Medical Care* 1995; 33: 407–16.
  23. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 2127–33.
  24. Steihaug S, Ahlsen B. Bevegelse og samtale i grupper. Behandling av kroniske muskelsmerter hos kvinner i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1335–8.
  25. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo: TANO, 1990.
  26. Søknader om uførepensjon i årene 1992–95. Rapport 3/97. Oslo: Rikstrygdeverket/Utrdningsavdelingen, 1997.
  27. Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 1977; 44: 542–73.
  28. Grunfeld B. Innstramning i vilkårene for rett til uførepensjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 3426–7.
  29. Fibromyalgi. Nasjonal konferanse Oslo 27.-28. september 1993. Oslo: Norges forskningsråd, 1993.

## 6.2 Fibromyalgi

*Sigrid Hørven Wigert, Skogli, Helse- og Rehabiliteringssenter, Lillehammer.*

### **Hva er fibromyalgi?**

Fibromyalgi syndromet (FS) er et kronisk smertesyndrom med uklar og omdiskutert årsak (Goldenberg 1993). Syndromet ble i 1904 introdusert som «Fibrositt» (Gowers 1904) da man mente det skyldtes betennelse i muskulaturens bindevevsstrenger. Denne feilaktige antakelsen tok det over 50 år å avsnanne, og først i 1976 foreslo Hench (Hench 1976) å kalle tilstanden «Fibromyalgi», som kort og godt betyr smerter i muskulatur og bindevev. Tilstanden er klassifisert som et syndrom, d.v.s en samling av symptomer, snarere enn en sykdom. Symptomene er mange og uspesifikke (Smythe 1979, Yunus 1981, Wolfe 1990). Det mest karakteristiske er smerter av verkende og brennende karakter som affiserer hele, eller det meste av, kroppen. Smertene varierer i intensitet og lokalisasjon. Pasientene er generelt ømme ved berøring og trykk (allodyn), men har også en rekke «ømme punkter» som er klart mer trykkømme enn vevet omkring. I tillegg sliter pasientene med en intens følelse av tretthet og utmattethet. Søvn er oftest overfladisk og oppstykket, og pasientene føler seg ikke uthvilte når de våkner. Andre typiske symptomer er: stivhet, hodepine, angst, depresjon, følelse av hovenhet og nummenhet –

særlig i hender og føtter, irriterbar tykktarm, hyppig vannlatning, konsentrasjonsvansker, glemsomhet, tåkesyn og tørre øyne eller munn. De opplever også forverring ved værforandringer og i forbindelse med menstruasjonen, ved psykisk press/stress, eller etter uvanlig mye fysisk aktivitet. Plagene er såpass invalidiserende at mange faller ut av arbeidslivet (Wolfe 1995a, Hørven Wigers 1996a). Til tross for dette ser pasientene friske ut, – det synes ikke på dem at de har vondt. Når så dagens medisinske instrumentarium av kjemiske analyser, Røntgen undersøkelser og kliniske undersøkelser heller ikke er i stand til å påvise noe objektivt galt med pasienten spesifikt for FS, har både samfunnet, legen og pasienten et problem. Samfunnet, med å bestemme hvilke rettigheter denne pasientgruppen bør ha, legen, med diagnostisering og behandling, og pasienten, med sin egen troverdighet.

Fibromyalgidiagnosen er utelukkende basert på pasientens utsagn, og fra 1972 er det gjort flere forsøk på å etablere standardiserte diagnosekriterier (Smythe 1972, Smythe 1979, Yunus 1981, Wolfe 1986, Wolfe 1990). Per i dag er det «American College of Rheumatology 1990» (ACR-90) kriteriene (Wolfe 1990) som brukes innen forskning og i klinikken. De bygger utelukkende på smerteopplevelsen, og krever: a) Utbredt smerte (over og under livet, i begge kroppshalvdeler samt i midtlinjen) av minst 3 måneders varighet, kombinert med b) smerter ved omtrent 4 kg trykk på minst 11 av 18 anatomisk definerte ømme punkter. Det presiseres at en pasient kan ha FS i tillegg til, og samtidig med, andre lidelser.

### **Forekomst av fibromyalgi**

FS har vist en økende forekomst de siste 25 år. Eksempelvis økte andelen av pasienter som ble utskrevet fra Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus med denne diagnosen med 3–400 % i perioden fra 1977–1985 (Værøy, udatert). I 1989 representerte FS pasientene 15–40 % av alle henvisninger til revmatolog (Bennet 1989). Noe, men neppe alt, av denne økende forekomsten kan tilskrives økende kjennskap til syndromet samt etableringen av standardiserte diagnosekriterier. Det er gjort epidemiologiske studier på FS i en rekke land (Bruskila 1993, Prescott 1993, Croft 1993, Forseth 1992, Lydell 1992, Raspe 1992, Samborski 1992, Makela 1991, Wolfe 1993, Wolfe 1995). Generelt kan man si at FS er en hyppig forekommende lidelse med en prevalens i befolkningen på rundt 2–4 % (Wolfe 1993). Den største amerikanske studien (som bygger på ACR-90 kriteriene) rapporterer en prevalens på 2%, 0.5 % blant menn og 3.5 % blant kvinner (Wolfe 1995). Prevalensen økte med alderen med høyest forekomst mellom 50–79 år. For kvinnene så kurven slik ut: 18–29 år: 0.9%, 30–39 år: 2 %, 40–49 år: 3.3 %, 50–59 år: 5.6%, 60–69 år: 7.1%, 70–79 år: 7.4%, 80+: 5.9 % . Hos kvinner var prevalensen for FS 4 ganger hyppigere enn for leddgikt. I Norge har FS prevalensen (etter ACR-90 kriteriene) vist seg å være hele 10.5 % i en undersøkelse av 2498 kvinner i alderen 20–49 år fra Arendal (Forseth 1992). Forutsatt at prevalensen øker med alderen, må man anta at den reelle norske prevalensen blant kvinner er enda høyere. Insidensen i dette materialet beregnet 5.5 år senere (den eneste insidensstudie som er utført på FS) ligger på 583/100 000, d.v.s. nesten 6 nye FS tilfeller pr. 1000 kvinner pr. år (Forseth 1997). Når så FS ser ut til å være en kronisk, ikke dødelig, lidelse med mer eller mindre konstant symptomnivå over år (Hawley 1988, Nørregaard 1993, Ledingham 1993, Henriksson 1994, Bengtsson 1994), kan dette bety en betydelig vekst av prevalensen i tiden som kommer. Det foreligger imidlertid data fra en australsk studie på pasienter fra kommunehelsetjenes-

ten, som viste at 47 % ikke lenger tilfredsstilte FS diagnosen etter 2 år (Granges 1994). Over 90% av FS pasientene er kvinner (Wolfe 1993, Wolfe 1995). Syndromet forekommer i alle aldre med likt symptombillede. Prevalensen hos israelske barn er 6.2 %, og også blant barna er det kvinneovervekt, med 67 % jenter (Bruskila 1993).

Svakheten ved mange av de foreliggende prevalensstudier er at ikke alle har fulgt de samme diagnosekriteriene. Man får likevel et klart inntrykk av at det foreligger geografiske variasjoner i FS forekomsten, og Norge ligger i den høyeste gruppen. Det er verdt å merke seg at prevalensen i våre naboland Sverige, Finland og Danmark er lav, rundt 1 % (Jacobsson 1989, Makela 1991, Prescott 1993). Norges fibromyalgiforbund er dessuten verdens største FS pasientorganisasjon.

### **Hvor farlig er fibromyalgi?**

Fibromyalgi er ingen farlig sykdom som kan ødelegge kroppen eller redusere livslengden. Pasientene opplever imidlertid redusert livskvalitet og hemmes i utføringen av hverdagens gjøremål (Henriksson 1994, Bengtsson 1994). Pasientene oppgir å ha betydelig fysisk funksjonssvikt, men uten forverring over tid (Henriksson 1994). En 4-års oppfølgingstudie viste ingen øking av kraftsvikten til tross for en generell forverring av smerten (Nørregaard 1993). Symptomintensiteten synes å avta med økende alder, og muligheten til bedring påvirkes ikke av hvor lenge en har hatt lidelsen. Bedringspotensialet ser ut til å være like stort om man har hatt FS i kort eller lang tid (Hørven Wigers 1996a).

### *Ulike årsaksforklaringer*

Man kjenner ikke den eksakte årsaken til FS. Det er ikke engang enighet om i hvilken sykdomskategori syndromet hører hjemme, om det skal klassifiseres som en revmatisk (Block 1993), psykosomatisk (Shorter 1992, Wessely 1995), psykiatrisk (Hudson 1989), nevroendokrin (Neek 1994) lidelse, eller om det representerer en klasse for seg selv (Bennet 1993, Wolfe 1990). Høyst sannsynlig er det et samspill mellom flere faktorer som til slutt resulterer i FS, og de utløsende faktorene ser ut til å kunne variere fra person til person. Spør man pasientene om hva de selv mener grunnen er, angir > 80% at deres FS er utløst av spesielle livserfaringer eller personlig legning. Det kan for eksempel være en traumatisk barndom, et vondt ekteskap, mistriksel/sjikanering på jobben, svært arbeidspress over tid, manglende nattesøvn, akutt eller kronisk fysisk overbelastning, et operativt inngrep eller en ulykke, en perfektjonistisk personlighet der egne behov nedprioriteres, dårlig samvittighet, skyldfølelse, angst, opplevelse av å ikke strekke til, etc. etc. (egne upubliserte data).

I det følgende presenteres forskjellige forklaringsmodeller for årsaken til FS og hvilke holdepunkter man har for disse:

*Revmatologisk lidelse.* FS ser ikke ut til å være en inflammatorisk revmatologisk lidelse.

*Virus infeksjon.* Man har ingen holdepunkter for at FS skyldes en lavgradig, kronisk virusinfeksjon.

*Muskelsykdom.* Man har ikke kunnet påvise spesifikke sykdomstegn i FS muskulaturen. Muskelstoffskiftet i arbeid og hvile er som hos friske (Simms 1994, Timm 1996). De uspesifikke forandringene man imidlertid finner i FS muskulatur er de samme man kan se ved anspent og utrenet muskulatur



(Bengtsson 1986, McCain 1988, Bennet 1989, Klug 1989, Elert 1989, Elert 1992). Det er allikevel mange faktorer som peker ut muskulaturen som en viktig medvirkende årsak til FS. Hos de aller fleste begynner fibromyalgiutviklingen med lokaliserte muskelsmerter i enten nakke/skuldre eller korsrygg (Henriksson 1993), og smertene sprer seg så etterhvert, gjerne over et tidsrom på flere år. Når pasientene behandles for sin FS og opplever bedring, blir smertene igjen lokaliserte før de *eventuelt* forsvinner (egen klinisk observasjon). Fenomener som overført ømhet og smerte fra aktive triggerpunkter og tendens til økende smerteutbredning, kraftsvikt og stivhet, er typisk for muskelsmerter (Travell 1983). Holder man den affiserte muskelen i ro, går de aktive triggerpunktene i dvale og smerten forsvinner. Strekker eller kontraherer man så muskelen over en viss grense, aktiveres de latente triggerpunktene igjen, og smerten kommer tilbake i fullt monn. Myofascielle triggerpunkter kan være årsak til tilbakevendende plager over flere tiår hvis man ikke får eliminert dem ved å tøye ut muskelen og trene den opp fra grunnen av, samt fjerne vedlikeholdende faktorer. Det er derfor ikke rart at muskulaturen, vårt største organ på omtrent 40 % av kroppsvekten, er den vanligste kilde til smerte hos mennesket. Muskelsmerter kan være svært intens, på nivå med kreftsmarter. Den utløses/forverres ofte av akutt eller kronisk muskulær overbelastning, direkte traumer, anspenhet, virusinfeksjoner, nedkjøling og psykisk press. Jo mindre trent en muskel er, dess lettere utvikler den smertefulle triggerpunkter (Travell 1983). Ifølge ACR-90 kriteriene, vil muskelsmerter som har spredt seg til hele kroppen bli diagnostisert som FS.

*Kroppens smerteregulerings system.* Har man hatt vondt i en kroppsdel en tid (4–6 måneder) har ryggmargscellene som tar imot smerteimpulsene fra dette området tendens til å forandre seg. De skiller ut forskjellige kjemiske stoffer, bl.a Substans-P (P står for Pain=smerte), som er med på å få nervecellene til å «over reagere». Cellene blir mer sensitive og kan feiltolke svakere impulser, for eksempel trykk og berøring, som smerte. I tillegg reagerer de kraftigere og lengre enn normalt. Dette fenomenet kalles «sentral sensitisering» (Willis 1994). Substans-P kan dessuten diffundere i ryggmargen og spre seg fra sensitiserte områder til nærliggende normale områder og sensitisere disse. Pasienten vil dermed kunne oppleve smerte fra kroppsdel som i utgangspunktet er smertefrie og friske, og det er sentralnervesystemet selv som er årsak til smerteopplevelsen. FS pasienter har forhøyet konsentrasjon av Substans-P i sin cerebrospinal væske, med høyest nivå hos de av dem som røyker (Værøy 1988). Om denne økningen er primær, det vil si betinget i en sentralnervøs defekt som forårsaker at pasientene får smerter, eller sekundær, som en reaksjon på langvarig muskelsmerter, vites ikke per i dag. Det at FS hos de aller fleste starter med lokaliserte forklarbare muskelsmerter, tyder på det siste. Man kan så spekulere på hvorfor ikke alle med lokaliserte muskelsmerter utvikler fibromyalgi, og her ser smerteintensiteten og psykiske faktorer ut til å spille en sentral rolle (Forseth upubliserte data).

Vi har flere reguleringssystemer for smerteimpulsene på deres vei oppover ryggmargen mot hjernen og vår bevissthet. Et av disse systemene bruker serotonin som signalstoff. Serotonin har mange funksjoner, blant annet demper det smerteopplevelsen, frembringer den dype d-bølge søvnen og regulerer stemningsleiet. Har man for lave konsentrasjoner av serotonin, vil smerte oppleves kraftigere enn normalt, man vil mangle den dypeste søvnfasen og bli nedtrykt. Serotoninmangel vil dermed kunne forklare mange av FS symptomene, og pasientene har faktisk for lave konsentrasjoner av serotonin i blod og cerebrospinalvæske (Neek 1994, Russell 1992). Om dette skyldes

en primær svikt eller om forandringene er sekundære er ikke kjent. Det de nevnte forandringene iallfall slår fast, er at pasientene opplever reelle smerter, om noen skulle ha tvilt på det.

*Søvn.* Søvn-EEG studier har avslørt at FS pasienter har økt forekomst av a-bølger i den dype d-bølge (NREM stadium-IV) søvnfasen (Moldofsky 1975). De får derfor for lite av den dype søvnfasen der kroppens reparasjonssystemer hovedsakelig foregår og som også er viktig for at vi skal føle oss utvilte om morgenen. Denne typen søvnforstyrrelse er imidlertid ikke spesi- fikk for FS, men kan sees for eksempel hos personer som nettopp har opplevd noe svært traumatisk eller som plages med støyforurensning mens de sover. Forstyrrer man friske i deres d-bølge søvn, vil de etter kort tid utvikle FS- lignende symptomer. Unntaket er fysisk veltrente personer, de viser et krafti- gere d-bølge søvnmønster enn utrente (Moldofsky 1976).

*Hormoner.* Selvom FS og klimakterielle plager har mange likhetspunkter, ser det ikke ut til at FS skyldes kjønnshormonell svikt. Noen studier har imid- lertid vist avvik i stresshormon produksjonen (Neek 1994, Crofford 1996), og andre har påvist for lave veksthormon verdier hos en del av FS pasientene (Bennet 1992). Om disse forandringene er primære, eller sekundære er imid- lertid ikke kjent. Veksthormon inngår som en sentral faktor i kroppens rep- arasjonssystem. Produksjonen er høyest under d-bølge søvnen og stimuleres av fysisk aktivitet. Mangel på disse elementene kan derfor forklare lave vek- sthormon nivåer (Comment Bennet 1992: Bennet 1993b).

### **Psykologiske faktorer**

Det er utført en rekke undersøkelser på FS pasienters psyke, men med sprik- ende resultat (Yunus 1994). Noen viser klar overvekt av angst (Hudson 1985, Stiles 1996), depresjon (Hudson 1985, Goldenberg 1986, Alfici 1989, Wolfe 1995, Stiles 1996) og personlighetsforstyrrelser (Stiles 1996) hos FS pasienter i forhold til andre smertepasienter, mens Kirmayer 1988 og Ahles 1991 ikke fant økt forekomst av angst og depresjon. Det er heller ikke klarlagt om FS pasientene blir deprimert p.g.a. smertene eller om man får FS fordi man er deprimert. Mange mener det første, men følgende faktorer kan tyde på det siste: 1) Økt forekomst av depresjon hos FS pasienters førstegrads slekt- ninger (Goldenberg 1986). 2) De fleste FS pasienter med depresjon var de- primerte før de utviklet FS (Goldenberg 1986, Stiles upubliserte data). 3) FS og depresjon viser en lik psykiatrisk komorbiditetsprofil som skiller seg signifi- kant fra andre smertepasienters, selv når man kontrollerer for depresjon og smertenivå i analysene (Stiles 1996). Det har derfor vært foreslått at FS kan være en variant av en psykiatrisk lidelse, f.eks maskert depresjon, eller en slags affektiv spektrums lidelse som hos noen gir seg utslag i depresjon, og hos andre i fibromyalgi (Hudson 1989). Man må likevel ikke glemme at FS både kan oppstå og vedlikeholdes hos psykisk friske personer. Til tross for at 54 av 61 FS pasienter fra Trondheim var, eller hadde vært, psykiatrisk syke, var det likevel 7 pasienter ( 11,5%) som aldri hadde tilfredstilt noen psykiatrisk diagnose (Stiles 1996).

FS kan, på lik linje med «Chronic Fatigue Syndrome», også betraktes som en psykosomatisk lidelse der pasienten ubevisst velger sykerollen som en legitim unnskyldning for ikke å innfri dagliglivets, eller sine egne, altfor høye krav (Shorter 1992, Wessely 1995). Det er bedre å være syk enn å miste sitt selv- bilde. For disse pasientene er sykdommen redningen, og dette kan forklare syndromets behandlingsresistens.

### *Livsstilssykdom*

Den klare kvinneovervekten og økte forekomsten av FS de siste 20 årene faller sammen med kvinnefrigjøringsens omforming av kvinnerollen. Man er ikke lenger bare husmor med ansvar for hjem og familie, men skal i tillegg fylle mansrollen med hensyn på jobb utenfor hjemmet. Skattesystemet er endret slik at mange av økonomiske grunner må jobbe mer enn de i utgangspunktet egentlig hadde ønsket/orket. Samlivsformen er preget av økende forekomst av skilsmisser, brutte forhold og aleneansvar for barn. FS har vist seg å være assosiert med skilsmisse og lav sosiodemografisk status (lite utdanning og lav lønn, Wolfe 1995). I dagens samfunn er dessuten kontakten og støtten fra den øvrige familie blitt svekket, ikke minst p.g.a geografiske forhold, og TV har bidratt til å svekke det sosiale nettverket. Mange finner ikke tid til fysisk trening og egne behov. For stor ansvarsbyrde i forhold til den omsorg og respekt en nyter kan føre til utbrenthet. Det er derfor flere som betrakter FS som et resultat av en for belastende livssituasjon (Malterud 1987, Hybinette 1987).

### *Risikofaktorer for å utvikle FS:*

1. Å være kvinne (Wolfe 1995).
2. Lav utdanning med lavtlønns yrke (Wolfe 1995).
3. Depression/angst (Stiles 1996, Wolfe 1995, Forseth upubliserte data).
4. Lokaliserte muskelsmerter av høy intensitet (Forseth upubliserte data).
5. Søvnprivasjon (Moldofsky 1975).
6. Liberal trygdeordning? På 80-tallet opplevde man i Australia en epidemi av arbeidsutløst fibromyalgi som m.h.p. kostnadsnivå og prevalens har vært den største i landets historie. Epidemien klinget av etter folkeopplysning om at symptomene var knyttet til psykologiske faktorer snarere enn arbeidsforholdene, og den økonomiske kompensasjonen ble strammet inn (Littlejohn 1989).
7. Seksuelt misbruk? Mange FS pasienter (65%) hadde vært seksuelt misbrukt, men ikke signifikant flere enn kontrollgruppen (52%). Imidlertid var symptomintensiteten hos seksuelt misbrukte FS kvinner signifikant høyere enn hos ikke misbrukte FS kvinner (Taylor 1995).
- 8) Skilsmisse (Wolfe 1995).
- 9) Belastende livssituasjoner/overarbeid over lenger tid (egen observasjon).

### **Kan sykdommen forebygges?**

Det følgende vil sannsynligvis kunne være med på å begrense FS forekomsten: 1) Øke det fysiske aktivitetsnivået i den kvinnelige delen av befolkningen generelt. Gjøre fysiske treningsmuligheter lett tilgjengelig og billig. 2) Bevisstgjøre kvinner på risikoen ved å strekke seg for langt og nedprioritere egne behov for hvile og utvikling/stimulering. 3) Tilstrebe en nasjonal enighet/skolering blant helsepersonell om hva FS er, og hvordan det skal behandles, slik at pasientene kan bli møtt på en trygg og ensartet måte. Denne informasjonen bør spres til befolkningen generelt slik at syndromet kan avmystifiseres og miste noe av sin sekundærgevinst- skapende glans. 3) Få helsepersonell til å kjenne igjen faresignalene og gripe inn før syndromet får utviklet seg fullt ut. Lokaliserte muskelsmerter må taes alvorlig og behandles tidlig, og ikke som nå, betraktes som en eksklusjonsdiagnose som får gå upåaktet hen og kronifisere seg. Både leger, fysioterapeuter og befolkningen ellers trenger skolering om muskelsmerter og hvordan de skal behandles. Her står Travells

arbeide (Travell 1983 & 1992) sentralt. Psychiatria minor – depresjon og angst – må også taes alvorlig, og et effektivt behandlingstilbud, for eksempel kognitiv terapi, bør være tilgjengelig for flere enn det er i dag. Også her trengs ytterligere skolerung av helsepersonell. 4) Revurdering av dagens kvinneverolle. Er den formet på kvinnens premisser, eller er den sykdomsfremkallende? Tilstrebe at kvinner kan få tilpasset sin yrkesmessige arbeidsmengde til kravene ellers i hverdagen. Skape større variasjonsmuligheter m.t.p. arbeidstid, og muligjøre korte hvilepauser i dertil egnede pauserom på arbeidsplassen.

### **Behandling og rehabilitering**

Da FS består av en rekke symptomer som gjensidig opprettholder hverandre, finnes det neppe en enkelt behandlingsmetode som kan gjøre pasientene friske. Det florerer med seriøse og useriøse behandlingstilbud, men resultatene har vært nedslående. FS pasienter har rapportert den totale gevinsten av skolemedisinske tilbud til å være 30% bedring mens alternativ medisinske metoder gav 29% bedring, – altså på nivå med placeboeffekten (Hørven Wigers 1996). FS griper inn i alle livets forhold – fysisk, psykisk, sosialt – og behandlingen som anbefales er derfor vidtfaende og tverrfaglig (Bennett 1993a, Goldenberg 1993). Den bør inneholde grundig pasientinformasjon samt kognitiv terapi for å hjelpe pasienten til å ta styringen i sitt eget liv, bedre selvbildet og avsløre FS vedlikeholdende faktorer (Nielsen 1992, Goldenberg 1994). Mestringsstrategier (Hørven Wigers 1996b), spesifikk behandling av myofasciell smerte (Travell 1983, Thompson 1990, Bennett 1993a), kondisjonstrening (McCain 1988, Hørven Wigers 1996b) og medikasjon for å bedre søvnkvaliteten (Carette 1986, Goldenberg 1986). Dessuten må en *eventuelt* depresjon behandles (Wolfe 1994, Hachem 1997), en del pasienter må resosialiseres og individuelle faktorer må ivaretaes (Masi 1990, Thompson 1990, Goldenberg 1993, Masi 1994). Behandlingen bør i størst mulig grad skreddersys til den enkelte pasient og ser ut til å lykkes i den grad pasienten selv tar ansvaret for sin egen bedring.

Av medikamentell behandling er det lave kveldsdoser (10–25 mg) av triykliske antidepressiva (for eksempel Sarotex, Surmontil) som kommer best ut. Disse medikamentene hemmer det nevronale reopptaket av Serotonin og bedrer derfor søvnkvaliteten. Spenningsnivået og iblant også smertene blir også redusert hos flertallet av FS pasientene, men symptomlindringen er oftest kun moderat (Scudds 1989, Simms 1994). Den nye generasjonen antidepressiva (SSRI) ser ikke ut til å ha særlig effekt på FS symptomene, men reduserer depresjonen signifikant hos de av pasientene som er deprimerte (Wolfe 1994, Nørregaard 1995, Goldenberg 1996). Cortison og non-steriode antiinflammatoriske midler har ikke vist effekt på FS (Goldenberg 1993a, Simms 1994). Regelmessig bruk av smertestillende eller muskelavslappende medikamenter frarådes på bakgrunn av deres begrensede virketid i forhold til syndromets kronisitet og faren for tilvenning.

Fysisk trening er en etablert behandlingsform for FS. Regelmessig kondisjonstrening har vist seg å redusere smerte og tretthet, øke arbeidskapasiteten og pasientens opplevelse av total bedring uten uheldige «bivirkninger» (McCain 1988, Klug 1989, Mengshoel 1992, Hørven Wigers 1996b, Hørven Wigers 1996a). Pasienter som trener minst 30 minutter, minst tre ganger pr. uke, og så intenst at de alltid blir svette og andpustne, opplever klar og signifikant bedring m.h.p. smerte, overskuddsmangel og arbeidskapasitet, og bedringen fortsetter så lenge pasientene trener (Hørven Wigers

1996a). Intensiteten, varigheten og hyppigheten ser ut til å være mer vesentlig enn selve treningsformen, – pasientene kan trene på måten de føler passer best for dem. Pasienter som slutter å trene går symptommessig tilbake til utgangspunktet (Hørven Wigors 1996a). Dessverre er det vanskelig å motivere FS pasienter til å trene regelmessig over tid. Til tross for at flertallet mente de ville ha vært bedre om de hadde fortsatt med trening, er det bare en brøkdel som gjorde det. Av 20 FS pasienter som hadde drevet kondisjonstrening i 3–4 måneder og som alle var fast bestemt på å fortsette, var det bare 4 som fremdeles trente regelmessig etter 4 år. Tre av disse hadde ikke lenger fibromyalgi (Hørven Wigors 1996b). Å la FS pasienter trene i grupper fungerer godt. Det å møte likesinnede, det sosiale aspektet og gruppedynamikken bidrar til å opprettholde treningsdeltakelsen (Hørven Wigors 1996b og upubliserte resultater fra FS gruppebehandling på Skogli).

Kognitiv terapi har vist seg å redusere smerte og depresjon/angst hos FS pasientene (Nielson 1992, Goldenberg 1994), og avspenning kombinert med stressmestring likeså (Hørven Wigors 1996). Andre behandlingsmetoder som har vist positivt resultat ved FS er EMG-biofeedback (Ferraccioli 1987), elektroakupunktur (Deluze 1992) og hypnose (Haanen 1991).

På Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter har man siden 1993 kjørt et 4 ukers gruppebehandlings-opplegg for FS pasienter. Det inkluderer individuell undersøkelse og samtale med lege og fysioterapeut, undervisning om fibromyalgi, muskelsmerter og smertemekanismer, en smertemestrings-skole, gruppesamtaler, sosiale aktiviteter, daglig turgang ute, fysisk trening i gymsal og basseng samt avspenning. Resultatene etter et 4 ukers opphold er signifikant bedring m.h.p. smerte, tretthet, depresjon/angst, sosialisering, kondisjon og antall ømme punkter, og bedringen holder seg signifikant ved ett års oppfølgingen. 70 % angir å ha fått en bedre/mye bedre livskvalitet ett år etter avsluttet opphold (Krøll, upubliserte data).

Den hyppigst gitte behandling for FS i Norge er, i følge pasientene, konvensjonell passiv fysioterapi (varme, massasje og elektroterapi). Kun 14% opplevde bedring av denne behandlingen mens 19% ble verre, og 67% merket ingen effekt. I motsetning til dette, angav 59% god effekt av kondisjonstrening (Hørven Wigors 1996).

#### *Sekundær-forebyggende tiltak.*

På bakgrunn av en studie som hadde til hensikt å avsløre faktorer som kunne påvirke FS forløpet over tid (Hørven Wigors 1996a) kan følgende tiltak foreslåes:

1. Kondisjonstrening i minst 30 min, minst tre ganger pr. uke og alltid så intenst at pasienten blir svett og andpusten.
2. Være tilbakeholdende med å innvilge full uføretrygd. Pasienter som fikk full trygd viste klar forverring over tid i forhold til pasienter som fortsatte i halv (50 % trygd) eller hel stilling. Det var ingen forskjeller på pasientene i utgangspunktet, noe som kan tyde på at det er andre faktorer enn symptomintensiteten som bestemmer om en FS pasient får trygd eller ikke. En tilrettelegging på arbeidsplassen (for eksempel mulighet til å ta hyppigere korte pauser der en kan legge seg ned og slappe av, kortere og mer fleksibel arbeidstid) burde kunne tilbys pasienten som et alternativ til trygd.
3. Prøve å redusere forekomsten av negative livshendelser (Hørven Wigors 1996a).
4. Få norske fysioterapeuter til å gi aktiv istedenfor passiv fysisk behan-

dling. Starte opp kommunale treningsgrupper i nærmiljøene og forandre på fysioterapeutenes trygderefusjon. I dag får de høy refusjon for elektrotterapi som ikke har verifisert effekt, mens taksten for aktiv gruppebehandling er lav.

5. Få helse-Norge til å snakke samme språk slik at pasientene kan oppleve å bli møtt med forståelse, respekt og kunnskap.

#### *FS pasienters bruk av helsetjenester i forhold til behov.*

Norske FS pasienter ser ut til å ha et klart overforbruk av helsetjenester (Hørvén Wigert 1996). Seksti pasienter hadde forsøkt 78 forskjellige behandlingsmetoder, 45 skolemedisinske (sm) og 35 alternativmedisinske (am) for sin FS. I gjennomsnitt hadde de forsøkt 13 forskjellige metoder (8 sm/5 am) hver. Man så en klar øking av helsetjenesteforbruket etter at FS diagnosen var etablert, størst innenfor am (78 % hadde forsøkt am etter diagnosestilling). Pasientene hadde slitt med FS symptomer i gjennomsnittlig 9 år før diagnosen ble stillet. Tolv forskjellige medisinske spesialiteter var involvert (hyppigst revmatolog, fysikalsk medisiner og nevrolog), og i gjennomsnitt hadde hver pasient vært henvist til spesialist for sine FS symptomer 4 ganger før diagnosestilling og 5 ganger etter. De hadde også vært hyppig Røntgen-fotografert, med klar positiv korrelasjon mellom antall Røntgen-undersøkelser og spesialistkonsultasjoner. Det så ikke ut til at primærlegene endret sin atferd etter at FS diagnosen var etablert, de fortsatte å henvise til spesialistundersøkelser og konvensjonell fysioterapi. Om dette skyldes usikkerhet hos legene eller at de gir etter for press fra pasientene, er ikke klarlagt. Det er verdt å merke seg at FS pasientene ikke fortsatte med de behandlingsformene de opplevde hjalp dem, men prøvde stadig ut nye alternativer. Det kan virke som om FS pasientene stadig er på leting etter en kur som passivt kan helbrede dem (symptomlindring er ikke nok), og at ingen hittil har funnet den. Da det bare var to menn med i denne undersøkelsen, kan man ikke si noe om kjønnsforskjeller i helsetjenesteforbruk, de to skilte seg imidlertid ikke ut fra kvinnene.

#### *Utfordringer*

\* *Hva mangler av kunnskap*: 1) Den egentlige og tilgrunnliggende årsak til FS. 2) Om pasientene blir reelt dårligere av å få full uføretrygd, eller om de bare rapporterer høyere symptomintensitet for å gjøre seg fortjent til den. 3) Man mangler en nasjonal enighet om hva FS er og hvordan det skal håndteres. Ut fra dagens kunnskapsnivå, vet vi nok til å kunne hjelpe pasientene i en helt annen grad enn det som gjøres i praksis. Ytterligere skolering av helsepersonell i dette henseende må til for at man skal kunne oppnå enighet og kunnskapen skal kunne komme pasientene til gode. 4) Norsk helsepersonell trenger også skolering i hvordan man skal behandle og forebygge muskelsmerter.

\* *Viktige forebyggende tiltak*: Fjerne sekundærgevinst fremmede faktorer. Få fysioterapeuter til å forordne aktiv trening/ uttøyinger isteden for passiv fysioterapi. Gjøre om på fysioterapeutenes trygderefusjonsordninger slik at passiv elektrotterapi, som er mer eller mindre effektløs, ikke honoreres høyere enn massasje, treningsinstruksjon og aktiv gruppebehandling. Oppmuntre til aktiv fysikalsk behandling der pasienten selv må ansvarliggjøres. Lære norske fysioterapeuter og leger mer om myalgibehandling, for eksempel Janet Travells metode (Travell 1983), som er mye brukt ellers i verden,

*blant annet* i USA, men lite kjent i Norge. Mye tyder på at om man får kurert lokaliserte muskelsmerter tidlig, vil mange aldri utvikle FS. Bevisstgjøre kvinner på potensielt FS fremmede faktorer i deres hverdag. Ta angst og depresjon alvorlig og skaffe til veie effektive behandlingstilbud, for eksempel flere terapeuter innen kognitiv terapi. Skape en støttende holdning i befolkningen slik at det aksepteres om man sier «nei» i perioder, og at sykemeldte som ser friske ut, og til og med trener, ikke nødvendigvis er trygdemisbrukere, men tvert om gjør det de kan for å unngå å bli det.

*Grupper som ikke får/får for mye behandling:* Generelt kan man si at de fleste FS pasienter får for mye og uhensiktsmessig behandling. Rett informasjon, opplæring og treningsveiledning burde resultere i at pasienten selv kunne ta hånd om sin egen rehabiliteringsprosess med profesjonell støtte der det måtte trenges. Det finnes sannsynligvis ingen enkelt passiv behandling for FS. Pasientene må selv ta ansvaret for å «leve seg bra igjen». I det henseende er helsepersonellet hovedsakelig konsulenter og i mindre grad terapeuter, mens det er samfunnet som setter premissene.

### Litteratur

Ahles TA, Kahn SA, Yunus MB, Spiegel DA, Masi AT. Psychiatric status in patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: A blind comparison of DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1721–26.

Alfieri S, Sigal M, Landau M. Primary fibromyalgia syndrome – a variant of depressive disorder? *Psychother Psychosom* 1989; 51: 156–61.

Bengtsson A, Bäckmann E, Lindblom B, Skogh T. Longterm follow-up of fibromyalgia patients: Clinical symptoms, Muscular function, Laboratory tests – an eight year comparison study. *J Musculoskel Pain* 1994; 2: 67–80.

Bengtsson A, Henriksson KG, Larsson J. Reduced high-energy phosphate levels in painful muscles of patients with primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 812–21.

Bennet RM. Introduction. *J Rheumatol* 1989 (suppl 19); 16: 1.

Bennet RM. Fibromyalgia and the facts. Sense or nonsense. *Rheum Dis Clin North Am* 1993; 19: 45–59.

Bennet RM. A multidisciplinary approach to treating fibromyalgia. In: Værøy H, Merskey H, eds. *Pain Research and Clinical Management. Volume 6. Progress in fibromyalgia and myofascial pain.* Amsterdam; Elsevier. 1993a: 393–410.

Bennet RM, Clark SR, Campbell SM, Burckhardt CS. Low levels of Somatomedin-C in patients with the fibromyalgia syndrome: a possible link between sleep and muscle pain. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 1113–6. Comments: Bennet RM: *J Musculoskel Pain* 1993b; 1(2): 119.

Bennet RM, Clark SR, Goldberg L, Nelson D, Bonafede RP, Porter J, et al. Aerobic fitness in patients with fibrositis. A controlled study of respiratory gas exchange and <sup>133</sup>Xenon clearance from exercising muscle. *Arthritis Rheum* 1989a; 32: 454–60.

Block SR. Fibromyalgia and the rheumatisms. Common sense and sensibility. *Rheum Dis Clin North Am* 1993; 19: 61–78.

Bruskila D, Press J, Gedalia A, Klein M, Neumann L, Boem R, Sukenik S. Assessment of nonarticular tenderness and prevalence of fibromyalgia in children. *J Rheumatol* 1993; 20: 368–70.

Carette S, McCain GA, Bell DA, Fam AG. Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis, *Arthritis Rheum* 1986; 29: 655–9.

Crofford LJ. The hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis in the fibromyalgia syndrome. *J Musculoskel pain* 1996; 4(1/2): 181–200.

Croft P, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman AJ. The prevalence of widespread pain in the general population. *J Rheumatol* 1993; 20: 710–3.

Deluze C, Bosia L, Zirbs A, Chantraine A, Vischer TL. Electroacupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial. *BMJ* 1992; 305: 1249–52.

Elert JE, Rantapää-Dahlquist SB, Henriksson-Larsen K, Gerdlé B. Increased EMG activity during short pauses in patients with primary fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1989; 18: 321–3.

Elert JE, Rantapää-Dahlquist SB, Henriksson-Larsen K, Lorentzon R, Gerdlé BUC. Muscle performance, electromyography and fibre type composition in fibromyalgia and work-related myalgia. *Scan J Rheumatol* 1992; 21: 28–34.

Ferraccioli G, Ghirelli L, Scita F, Nolli M, Mozzani M, Fontana S, et al. EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1987; 14: 820–5.

Forseth KØ, Gran JT. The prevalence of Fibromyalgia among women aged 20–49 years in Arendal, Norway. *Scand J Rheumatol* 1992; 21: 74–8.

Forseth KØ, Gran JT, Husby H. A population study of the incidence of fibromyalgia among women aged 26–55 yr. *Br J Rheumatol* 1997; 36: 1318–23.

Goldenberg DL. A review of the pharmacological treatment of fibromyalgia and myofascial pain. In: H Værøy, H Merskey, Eds. *Progress in Fibromyalgia and Myofascial Pain*, Elsevier 1993a: 361–367.

Goldenberg DL. Fibromyalgia: Treatment programs. *J Musculoskel Pain* 1993; 1(3/4): 71–81.

Goldenberg DL. Psychologic studies in fibrositis. *Am J Med* 1986; 81(suppl 3A): 67–70.

Goldenberg DL, Felson DT, Dinerman H. A randomized controlled trial of amitriptyline and naproxene in the treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1986a; 29: 1371–7.

Goldenberg DL, Kaplan KH, Nadeau MG, Brodeur C, Smith S, Schmid CH. A controlled study of a stress-reduction, cognitive behavioral treatment program in fibromyalgia. *J Musculoskel Pain* 1994; 2(2): 53–66.

Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 1852–9.

Gowers WR. Lumbago: Its lessons and analogues. *BMJ* 1904; i: 117–121.

Granges G, Zilko P, Littlejohn GO. Fibromyalgia syndrome: Assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. *J Rheumatol* 1994; 21: 523–29.

Haanen HCM, Hoenderdos HTW, Van Romunde LKJ, Hop WCJ, Mallee C, Terwiel JP, et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol* 1991; 18: 72–5.

Hachem DG, Vivian PJ, Azouri EF. Primary fibromyalgia and its response to fluoxetine. American Psychiatric Association, 150th annual meeting, San Diego 1997.

Hawley DJ, Wolfe F, Cathey MA. Pain, functional disability and psychological status: A 12 month study of severity in fibromyalgia. *J Rheumatol* 1988; 15: 1551–56.

(Hench PK). Editorial comment to «Nonarticular rheumatism». *Arthritis Rheum* 1976; 19(6-Suppl): 1081–8.



Henriksson CM. Longterm effects of fibromyalgia on everyday life. A study of 56 patients.

Scand J Rheumatol 1994; 23: 36–41.

Henriksson KG. Pathogenesis of fibromyalgia. J Musculoskel Pain 1993; 1(3/4): 3–16.

Hudson JI, Margo MD, Hudson MS, Pliner LF, Goldenberg DL, Pope HG jr. Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. Am J Psychiatry 1985; 142: 441–46.

Hudson JI, Pope HG, Jr. Fibromyalgia and psychopathology: Is fibromyalgia a form of «affective spectrum disorder»? J Rheumatol 1989; 16(Suppl 19): 15–22.

Hybbinette IM. Fibromyalgi – sjukdom, sjukliggörande eller protest? Läkartidningen 1987; 84: 1144.

Hørven Wigors S. Health care use in fibromyalgia. In: S Hørven Wigors, Ed. Clinical studies of fibromyalgia with focus on etiology, treatment and outcome. Tapir 1996 (doktoravhandling).

Hørven Wigors S. Fibromyalgia outcome: The predictive values of symptom duration, physical activity, disability pension and critical life events – A 4.5 year prospective study. J Psychosom Res 1996a; 41: 235–43.

Hørven Wigors S, Stiles TC, Vogel PA. Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia. A 4.5 year prospective study. Scand J Rheumatol 1996b; 25: 77–86.

Jacobsson L, Lindgarde F, Manthorpe R. The commonest rheumatic complaints of over six weeks' duration in a twelve-month period in a defined Swedish population. Prevalence and relationships. Scand J Rheumatol 1989; 18: 353–60.

Klug GA, McAuley E, Clark S. Factors influencing the development and maintenance of aerobic fitness: Lessons applicable to the fibrositis syndrome. J Rheumatol 1989; 16(Suppl 19): 30–9.

Kirmayer LJ, Robbins JM, Kapusta MA. Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. Am J Psychiatry 1988; 145: 950–4.

Ledingham J, Doherty S, Doherty M. Primary fibromyalgia syndrome – an outcome study. Br J Rheumatol 1993; 32: 139–42.

Littlejohn G: Medicolegal aspects of fibrositis syndrome. J Rheumatol 1989; 16(suppl 19): 169–73.

Lydell C. The prevalence of fibromyalgia in a South African Community (abstract). Scand J Rheumatol 1992; Suppl 94: S143.

Makela M, Heliovaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. BMJ 1991; 303: 216–9.

Malterud K. Fibrosittpasienter – eller kvinner som strekker seg for langt? Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2648–9.

Masi AT. An intuitive person-centered perspective on fibromyalgia syndrome and its management. In: Masi AT, Ed. Fibromyalgia and myofascial pain syndromes. Baillieres Clin Rheumatol 1994; 8: 957–93.

Masi AT, Yunus MB. Fibromyalgia – which is the best treatment? A personalized, comprehensive, ambulatory, patient-involved management programme. Baillieres Clin Rheumatol 1990; 4: 333–70.

McCain GA, Bell DA, Mai FM, Halliday PD. A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. Arthritis Rheum 1988; 31: 1135–41.

McCain GA. A clinical overview of the fibromyalgia syndrome. J Musculoskel pain 1996; 4(1/2): 9–34.

Mengshoel AM, Komnæs HB, Førre Ø. The effects of physical fitness training in female patients with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 1992; 10: 345–9.

Moldofsky H, Scarisbrick P. Induction of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective sleep stage deprivation. *Psychosom Med* 1976; 38: 35–44.

Moldofsky H, Scarisbrick P, England R, Smythe HM. Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with fibrositis syndrome and healthy subjects. *Psychosom Med* 1975; 37: 341–51.

Neeck G, Riedel W. Neuromediator and hormonal perturbations in fibromyalgia syndrome: results of chronic stress? In: Masi AT, Ed. *Fibromyalgia and myofascial pain syndromes*. Ballière's Clinical Rheumatology 1994; 8: 763–75.

Nielson WR, Walker C, McCain GA. Cognitive behavioural treatment of fibromyalgia syndrome: Preliminary findings. *J Rheumatol* 1992; 19: 98–103.

Nørregaard J, Bulow PM, Prescott E, Jacobsen S, Danneskiold-Samsøe. A four-year follow-up study in fibromyalgia. Relationship to chronic fatigue syndrome. *Scand J Rheumatol* 1993; 22: 35–8.

Nørregaard J, Volkman H, Danneskiold-Samsøe B. A randomized controlled trial of citalopram in the treatment of fibromyalgia. *Pain* 1995; 61: 445–9.

Prescott E, Kjølner M, Jacobsen S, Bulow PM, Danneskiold-Samsøe B, Kamper-Jørgensen F. Fibromyalgia in the adult Danish population. I. Prevalence study. *Scand J Rheumatol* 1993; 22: 233–7.

Raspe HH, Baumgartner C. The epidemiology of the fibromyalgia syndrome in a German town (abstract). *Scand J Rheumatol* 1992; Suppl 94: S38.

Russell IJ, Værøy H, Javors M, Nyberg F. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 550–6.

Samborski W, Stratz T, Sobieska M, Hrycaj P, Mennet P, Muller W. Comparative study on the prevalence, sex and age distribution of generalised tendomyopathy (fibromyalgia) and chronic low back pain syndrome. *Aktuel Rheumatol* 1992; 17: 87–9.

Scudds RA, McCain GA, Rollman GB, Harth M. Improvements in pain responsiveness in patients with fibrositis after successful treatment with Amitriptyline. *J Rheumatol* 1989; 16 (suppl 19): 98–103.

Shorter E. Somatization at the end of the twentieth century. In: Shorter E, Ed. *From Paralysis to Fatigue*. New York; The Free Press 1992: 295–323.

Simms RW. Controlled trials for therapy in fibromyalgia syndrome. In: Masi AT, Ed. *Fibromyalgia and myofascial pain syndromes*. Ballières Clin Rheumatol 1994; 8: 917–34.

Simms RW, Roy SH, Hrovat M, Anderson JJ, Skrinar G, LePoole SR, Zerbin CA, de Luca C, Jolezs F. Lack of association between fibromyalgia syndrome and abnormalities in muscle energy metabolism. *Arthritis Rheum* 1994a; 37: 794–800.

Smythe HA. Non-articular rheumatism and the fibrositis syndrome. In: Hollander JL, McCarty DJ Jr., Eds. *Arthritis and allied conditions*. Philadelphia; Lea and Febiger 1972: 874–84.

Smythe HA. Non-articular rheumatism and psychogenic musculoskeletal syndromes, In: DJ McCarty, Ed. *Arthritis and allied conditions*. Philadelphia; Lea and Febiger. 1979: 881–91.

Stiles TC, Hørven Wigers S, Hjelmeland H, Svartberg M. DSM-III-R Axis I and Axis II disorders in patients with fibromyalgia, ankylosing spondylitis, localized musculoskeletal pain or major depression. In: S Hørven Wigers, Ed. Clinical studies of fibromyalgia with focus on etiology, treatment and outcome. Tapir 1996 (doktoravhandling).

Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 229–34.

Thompson JM. Tension myalgia as a diagnosis at the Mayo Clinic and its relationship to fibrositis, fibromyalgia, and myofascial pain syndrome. *Mayo Clin Proc* 1990; 65: 1237–48.

Timm G, Rinck PA, Southon T, Aasly J, Hørven Wigers S. <sup>31</sup>P Nuclear Magnetic Resonance Spectroscopy in patients with fibromyalgia versus normals and patients with different neuromuscular diseases. *Quart Magn Res in Biol Med* 1996; 3: 89–92

Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction. The triggerpoint manual. Volume 1. Williams & Wilkins 1983.

Værøy H, Førre Ø (Oslo Sanitetsforenings sykehus). Fibromyalgi. Dumex-serien. A/S Dumex, P.B. 93, 1364 Hvalstad, udatert.

Værøy H, Helle R, Førre Ø, Kåss E, Terenius L. Elevated CSF levels of substance P and high incidence of Raynaud phenomenon in patients with fibromyalgia: new features for diagnosis. *Pain* 1988; 32: 21–6.

Wessely S, Sharpe M. Chronic fatigue, chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. In: Mayou R, Bass C, Sharpe M, eds. Treatment of functional somatic symptoms. New York; Oxford University Press Inc. 1995: 285–312.

Wolfe F. Development of criteria for the diagnosis of fibrositis. *Am J Med* 1986; 81(Suppl 3A): 99–104.

Wolfe F. The epidemiology of fibromyalgia. *J Musculoskel Pain* 1993; 1(3/4): 137–48.

Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJ. A double-blind controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1994; 23: 255–9.

Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Herbert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19–28.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160–72.

Wolfe F, Aarflot T, Bruusgaard D, Henriksson KG, Littlejohn G, Moldofsky H, Raspe H, et al. Fibromyalgia and disability. Report of the Moss international working group on medico-legal aspects of chronic widespread musculoskeletal pain complaints and fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1995a; 24: 112–8.

Yunus MB. Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum disorder. In: AT Masi, Ed. Fibromyalgia and myofascial pain syndromes. *Ballières Clin Rheumatol* 1994; 8: 811–37.

Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 1981; 11: 151–71.

## 7 Stoffskiftesykdommer

---

### 7.1 For høyt/ for lavt stoffskifte

#### *Trine Bjøro, Hormonlaboratoriet, Aker sykehus, Oslo.*

Skjoldbruskkjertelhormonene thyroxin (T4) og trijodothyronin (T3) er med på å styre mange prosesser i kroppen blant annet forbrenningen. Derfor er det vanlig å si at stoffskiftet er for høyt når skjoldbruskkjertelen lager for mye hormon (hyperthyreose). Hvis det lages for lite skjoldbruskkjertelhormoner, kalles det for lavt stoffskifte eller hypothyreose. Thyroxin og trijodothyronin styrer ikke bare energiomsetningen, men er nødvendig for at de fleste cellene i kroppen skal fungere normalt – spesielt viktig er de for nervene, hjernen, muskulaturen, hjertet og huden. Hvis skjoldbruskkjertelen er forstørret, kalles det for struma uansett hva som er årsaken til forstørrelsen eller om det også er forstyrrelser i produksjonen av skjoldbruskkjertelhormonene.

Det er mange ulike typer hypo- og hyperthyreose. Jod har en meget viktig rolle i skjoldbruskkjertelens funksjon. Jodmangel er et stort problem på verdensbasis. Både hyppigheten av og typene skjoldbruskkjertelsykdommer avhenger av jodtilførselen. I Norge er ikke jodmangel noe problem, mens det for eksempel i Danmark fortsatt er jodmangel. I områder med jodmangel er forekomsten av struma og hyperthyreose mye høyere enn forekomsten av de samme forstyrrelsene i områder uten jodmangel, mens i områder med tilstrekkelig eller høyt jodinntak, er forekomsten av hypothyreose høyere (Laurberg et al. 1998).

#### **Hvor vanlig er stoffskiftesykdommer?**

Vi har ikke sikre tall for forekomsten. I følge tall fra Storbritannia, Sverige og mindre undersøkelser i Norge, kan vi regne med at ca 5% av kvinnene har kjent hypothyreose og 1–2% har udiagnostisert hypothyreose. Forekomsten av udiagnostisert hyperthyreose er langt lavere – ca 0.1–0.5%, mens forekomsten av tidligere diagnostisert og behandlet hyperthyreose er høyere, omkring 2–3% (Bjøro et al. 1989 og 1996).

Hypothyreose er som oftest en livslang sykdom med livslang behandling. Også hyperthyreose kan hos noen sees på som en livslang sykdom med stadige residiv og plager, mens andre blir kvitt alle sine plager etter behandling for hyperthyreose.

Forekomsten av struma (forstørret skjoldbruskkjertel) har vi ingen tall for og vil variere avhengig av definisjonen på struma, men sannsynligvis har 1–3% av kvinnene struma. Laurberg et al (1998) fant at 12% av kvinnene på Jylland enten hadde struma eller hadde blitt operert for struma, mens tilsvarende tall for kvinner på Island var 2%. Alle former for stoffskiftesykdommer sees langt hyppigere (5–10 ganger) hos kvinner enn hos menn. Risikoen for hypothyreose og struma øker med økende alder. Hyperthyreose forekommer i alle aldre, men debuterer ofte i 20–40 års alder med en ny økning i 60–70 års alder.

Autoimmun tyreoiditt som kan gi hyperthyreose, hypothyreose, struma eller mer diffuse plager, finnes sannsynligvis hos 10–20% av kvinner (Bjøro et al 1984 og 1989, upubliserte data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) og øker med økende alder. Det er fortsatt mye uklart omkring autoimmune tyreoiditter.

Postpartum thyreoiditt er en autoimmun betennelse i skjoldbruskkjertelen som kan gi forbigående hyperthyreose og så utvikling av hypothyreose. Dette er tilstander som ofte overses fordi det er mange andre årsaker til at kvinnen er sliten, deprimert og så videre etter en fødsel. Urdahl et al (1988) viste at forekomsten av funksjonsforstyrrelser ved postpartum thyreoiditt var 3.3 %. Knappt 60 % hadde også kliniske symptomer, mens resten kun hadde biokjemiske forandringer. Forekomsten av antistoff mot skjoldbruskkjertelen var enda høyere – nemlig hele 7.6%.

I løpet av de siste 20 årene har det vært mye fokusering på stoffskiftesykdommer, spesielt hypothyreose, i media. Dette sammen med bedret muligheter til diagnostikk og lavere terskel for sykdomsfølelse, har ført til at langt flere har fått diagnosen stoffskiftesykdom og blir behandlet. Men om det har vært en reel økning, er høyst uklart. Forekomsten av struma har sannsynligvis ikke endret seg, men det er verd å merke seg at det synes som om innvandrerkvinner spesielt fra Asia og Afrika har en noe høyere forekomst av struma og i hvert fall av struma som tillegges plager.

Vi har ikke data på geografiske forskjeller i forekomsten av hypo-, hyperthyreose eller struma. Men forekomsten av skjoldbruskkjertelkreft er klart høyere i kystområdene i de nordlige deler av Norge enn i resten av landet uten at vi har noen forklaring.

### **Hvor farlig er stoffskiftesykdommer?**

Både hypo- og hyperthyreose (myxødematøst coma og thyreotoksisk krise) kan ha dødelig utgang, men dette er meget sjeldne tilstander, noen få tilfeller per år i Norge. Derimot kan ubehandlet hypo- og hyperthyreose gi komplikasjoner som kan føre til redusert livslengde, spesielt på grunn av hjertekar sykdommer. Det er en helt klar sammenheng mellom hyperkolesterolemi og hypothyreose. Det er fortsatt diskusjon om sammenhengen mellom latent hypothyreose, lipidendringer og forekomst av hjertekarsykdom. En stor epidemiologisk undersøkelse fra Storbritannia kunne ikke påvise sammenheng mellom latent hypothyreose og hjertekarsykdom (Vanderpump et al. 1996). Hyperthyreose, både ubehandlet og subklinisk disponerer for atrieflimmer/rytmeforstyrrelser i hjertet som igjen kan disponere for hjerneslag (se Woeber 1992 og Sawin et al 1994). Hyperthyreose disponerer også for utvikling av osteoporose.

Det største problemet er den reduserte livskvaliteten mange kvinner opplever, til tross for at stoffskiftesykdommen blir behandlet. Behandlet hyperthyreose, uansett behandlingsalternativ, kan føre til hypothyreose og livslang thyroxinbehandling. En del av hyperthyreosene skyldes autoimmune prosesser (Graves sykdom) som kan gi betydelige plager spesielt på grunn av oftalmopati med dobbeltsyn, redusert synsstyrke i tillegg til det rent kosmetiske. Både hypo- og hyperthyreose kan gi hudforandringer, hevelse, muskel/skjelett og leddplager.

Vi har ikke tall på hvor stor andel av både hyper- og hypothyreosepasientene som fortsatt har plager til tross for tilsynelatende adekvat medisinsk behandling, men at det er et stort problem er opplagt. En kompliserende faktor er at det ofte kan være vanskelig å skille mellom psykososiale årsaker til plagene og de rent endokrinologiske/biokjemiske.

Forstyrrelser i stoffskifte, både hyper- og hypothyreose, kan gi betydelige psykiske plager – slik som endret humør, aggressivitet, labilitet, depresjon,

lette manier, redusert hukommelse og konsentrasjonsevne. Dette affiserer sannsynligvis en meget stor del av pasientene uten at vi har tall for det.

### *Hva er årsakene til stoffskifteforstyrrelser?*

På verdensbasis er jodmangel den viktigste årsaken både til hypothyreose og struma og er et meget stort problem som blant annet Verdens helseorganisasjon er opptatt av. Økt jodinntak er nøkkelen i forebyggelse av stoffskiftesykdommer som skyldes mangel på jod. I Norge er det ikke jodmangel (Kapelrud et al 1987). Men vi skal være oppmerksomme på problemet da en del innvandrergupper og grupper med ekstreme kostvaner ikke får dekket sitt jodbehov. De viktigste jodkildene i norsk kosthold er foruten fisk, meieriprodukter og jodert salt.

Hos oss er sannsynligvis autoimmune prosesser årsaken til vel 50% kanskje helt opptil 80% av stoffskiftesykdommene hos voksne (Bjørø et al. upubliserte data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag). Det er fortsatt mye ukjent omkring årsakene til autoimmune sykdommer. Det er en klar overrepresentasjon hos kvinner i forhold til hos menn, og det er derfor lett å anta at det skyldes hormonelle forskjeller. Økt risiko for autoimmune thyreoideasykdommer er knyttet til bestemte vevstyper. Men også utløsende tilleggsfaktorer må være til stede. Ytre faktorer som infeksjoner, økt jodtilførsel, røyking, toksiske stoffer og enkelte medikamenter (jodholdige, litium, interferon etc), kan bidra. Fortsatt er det mye ukjent om utløsende faktorer. Vi har derfor ikke store muligheter til å forebygge autoimmune sykdommer på annen måte enn å informere om faren ved for høyt jodinntak, eventuelt forby naturpreparater eller liknende med høyt jodinnhold.

Tidlig og riktig diagnose med igangsetting av behandling er i dag den viktigste måten å forebygge utvikling av alvorlige symptomer og komplikasjoner. Ofte er det ikke mulig å stille diagnosen klinisk. Måling av TSH og thyreoideahormoner er som oftest nødvendig, og terskelen for å ta blodprøve ved diffuse plager hos kvinner, bør være lav. Enkelte grupper som for eksempel kvinner med thyreoideasykdom og/eller autoimmune sykdommer i familien, bør tilbys test. Videre bør kvinner som har fått påvist patologiske thyreoideafunksjonsprøver følges.

### **Diagnostikk**

Siden stoffskifteforstyrrelser og spesielt hypothyreose, kan være svært vanskelige diagnoser å stille klinisk, er laboratorieprøver helt sentrale i diagnostikken. Mer enn 99% av stoffskifteforstyrrelsene skyldes forstyrrelser i selve skjoldbruskkjertelen. Da er hypofyse- og hypothalamusfunksjonene intakte og dermed også den fine reguleringsmekanismen som styrer skjoldbruskkjertelfunksjonen. Hypothalamus og hypofyse fungerer som en slags thyreostat (analogt til en termostat). Hvis funksjonen i skjoldbruskkjertelen faller, øker utskillelser av thyreoideastimulerende hormon (TSH). TSH øker før mengden thyreoideahormon (fritt thyroxin) faller utenfor referanseområdet. Hvis stoffskiftet blir for høyt, vil TSH bli undertrykket. Både ved hypo- og hyperthyreose sees forandringer i TSH nivåene før kliniske symptomer utvikler seg – det kalles latent eller subklinisk hypo- eller hyperthyreose. TSH er den mest sensitive parameteren på forandringer i thyreoideafunksjonen. Måling av fritt thyroxin og trijodothyronin er viktige for vurdering av funksjonsforstyrrelsen, og måling av antistoffene anti-TPO og TSH-reseptorantistoff

(TRAS) er viktige for å kunne stille en mer eksakt diagnose. Men vi skal være klar over at det ikke alltid er sammenheng mellom graden av forandringer i laboratorieverdiene og det kliniske bildet.

Den meget lille andelen av pasienter med stoffskifteforstyrrelser på grunn av patologiske forandringer i hypofyse eller hypothalamus har som oftest andre symptomer på svikt i hypofysefunksjonen.

Det er blitt hevdet at en god del av pasientene med symptomer som kan likne hypothyreose, har manglende effekt av thyroxin eller såkalt thyreoideahormonresistens. Moderne laboratoriediagnostikk kan nå avsløre pasienter med thyreoideahormonresistens. Selv om det finnes pasienter med thyreoideahormonresistens, er de en meget liten gruppe. De aller fleste blir knepet ved at de har ofte lette men karakteristiske forandringer i TSH og fritt thyroxinverdiene. Bekreftelse av diagnosen krever spesialundersøkelser.

### **Behandling og rehabilitering**

Behandlingen av både hypo- og hyperthyreose er tradisjonell, og det har skjedd lite i løpet av de siste årene.

#### *Behandling av hypothyreose*

Selv om det er flere ulike årsaker til hypothyreose, har vi ikke annet behandlingstilbud enn substitusjonsbehandling med thyreoideahormon. Vi foretrekker behandling med thyroxin da thyroxin nedbrytes langsomt og omdannes til det mer biologisk aktive hormonet trijodothyronin. Omdannelsen til trijodothyronin er regulert. Det er *meget* sjelden forstyrrelser i omdannelsen av thyroxin til trijodothyronin. Behandling med trijodothyronin er derimot vanskeligere å styre fordi dette hormonet nedbrytes raskere. Pasientene vil derfor ha svingende nivåer og effekt, ikke minst langt hyppigere bivirkninger som hjertebank. Det er blitt hevdet at behandling med trijodothyronin skal ha bedre effekt på psykiske plager ved hypothyreose, men dette er fortsatt meget omdiskutert og ikke dokumentert.

Thyroxinbehandling må individualiseres og trappes gradvis opp. I tillegg til medikamentell behandling er informasjon og støttebehandling svært viktig for de fleste. Både pasient og lege skal være klar over at det kan ta lang tid (mange måneder opptil 1 år) før full effekt oppnås.

Mange av hypothyreosepasientene har symptomer og plager som ikke bedres av thyroxinbehandling. Det er viktig å kartlegge psykososiale forhold og avdekke eventuell depresjon. Videre er det økt forekomst av andre autoimmune sykdommer hos pasienter med autoimmun thyreoideasykdom. Det er viktig at andre lidelser også diagnostiseres og behandles.

Vi har ikke noen behandling rettet mot mekanismene bak den autoimmune thyreoiditten. En del pasienter har plager som ikke bare skyldes manglende thyreoideahormon, men som skyldes den autoimmune prosessen.

En stor del av hypothyreosepasientene har også et betydelig vektproblem som ikke uten videre løses ved hjelp av thyroxinbehandling. Her er igjen informasjon og råd om kosthold, mosjon og livsstil meget viktig.

Nytten av thyroxinbehandling av subklinisk hypothyreose både på kort eller lang sikt er fortsatt omdiskutert. Siden det kan være vanskelig å vurdere om en pasient med isolert forhøyet TSH har symptomer eller ikke forenlig med hypothyreose, er tendensen til å starte thyroxinbehandling ved ved-

varende isolert forhøyet TSH økende spesielt hvis det også er positive antistoff (anti-TPO).

Hyperthyreose kan behandles etter tre hovedprinsipper – medikamentell, radioaktivt jod eller kirurgi eventuelt kombinasjoner av disse. Valget avhenger av årsaken til hyperthyreose, pasientens alder og eventuelt andre sykdommer, behandlerens erfaring og behandlingsmulighetenes tilgjengelighet og i noen grad pasientens ønske. Det er en rekke vurderinger som må gjøres i forbindelse med valg av behandling. En stor del blir friske innen noen måneder og er ferdigbehandlet i løpet av 1–2 år, men mange må få flere runder med behandling og noen må gjennom alle alternativer før de får normalt stoffskifte. Andre får stadige tilbakefall til tross for at sykdommen tilsynelatende er vellykket behandlet. En liten gruppe pasienter blir varig satt tilbake både fysisk og psykisk. Risikoen for utvikling av hypothyreose er økt både som følge av behandlingen og som følge av grunnsykdommen.

Et stort problem for en liten del av pasientene med Graves sykdom (autoimmun hyperthyreose) er oftalmopati. Det er viktig at pasienter med øyesymptomer følges spesielt og får behandlingsopplegg i samarbeid med øyelege.

Et ofte oversett problem hos pasienter med hyperthyreose er de psykiske plagene. Pasientene må også få hjelp med slike plager.

### *Hvem skal behandle?*

De aller fleste pasienter med hypothyreose kan og skal behandles av primærlege. Det er kun spesielle pasienter som skal henvises til spesialist. Allmennpraktikere må skaffe seg tilstrekkelig kunnskap til å ta hånd om denne pasientgruppen. Men de må være klar over at de fleste pasientene med hypothyreose trenger mer enn en resept på thyroxin.

Pasienter med hyperthyreose kan også behandles av primærlege. Det er nødvendig med erfaring for å takle hyperthyreosepasienter riktig. For en del primærleger er det naturlig og riktig å henvise til annenlinjetjenesten.

Thyreoidesykdommer både overdiagnostiseres og underdiagnostiseres. En del kvinner mener selv de har stoffskiftesykdom og «gir « seg ikke før de har fått diagnosen. Men små endringer i thyreoideafunksjonsparametrene kan som regel ikke forklare deres diffuse plager. Både pasienter og en del leger er overbevist om at en del kvinner kan ha hypothyreose med helt normale thyreoideafunksjonsprøver. Diagnosen blir stilt på kliniske symptomer og funn som ofte er lite spesifikke for hypothyreose. Hos slike pasienter har thyroxin tvilsom effekt. Hvorfor skal disse kvinnene stå på livslang thyroxinbehandling som undertrykker egenproduksjonen og som gir økt risiko for utvikling av osteoporose? Ofte blir andre årsaker til symptomene og plagene oversett, og pasientene blir feilbehandlet.

Etter all fokuseringen på stoffskiftesykdom, er langvarig ubehandlet hypothyreose sjelden. Ved uttalt hypothyreose hvor diagnosen ble stilt lenge etter sykdomsdebut, er det langt hyppigere pasienten som ikke har søkt lege enn at legen ikke har tenkt på diagnosen. Bedømt ut i fra antall analyserte TSH i Norge, får en stor del av befolkningen hvert år undersøkt sitt stoffskifte. Det høye antallet tester inkluderer også mange som tester seg gjentatte ganger. Ressurssvake kvinner med liten kontakt med helsevesenet løper en betydelig risiko for å være hypothyreote uten at diagnosen stilles.



*Ufordringer*

1. Kartlegge forekomsten av thyreoideasykdom i ulike befolkningsgrupper og vurdere om enkelte grupper kvinner bør screenes med laboratorietester (gravide, elder kvinner, kvinner med andre autoimmun sykdommer inkl diabetes mellitus?)
2. Avklare betydningen av latente/subkliniske funksjonsforstyrrelser og indikasjon for medisinsk behandling. Spesielt avklare betydningen av positive thyreoidea-antistoff uten kliniske symptomer eller forandringer i thyreoideafunksjonen.
3. Skaffe data på forekomsten av psykiske plager og muskel/skjelettplager ved thyreoideasykdom og eventuell sammenheng.
4. Sørge for at spesielt hypothyreose verken blir under- eller overdiagnostisert. Selv om det i dag er god tilgjengelighet på laboratorietester, er det viktig å påse rasjonell bruk av disse diagnostiske verktøyene (i dag er det totalt et betydelig overforbruk/feilbruk av thyreoideafunksjonstester).
5. Få mer kunnskap om mekanismene bak autoimmun thyreoideasykdommer og om de faktorene som utløser sykdommene. Forhåpentligvis kan vi da enten forebygge utvikling av sykdom eller rette behandlingen mot årsaken.

*Litteratur:*

Bjøro T: Forekomst av thyreoideasykdommer. Aanderud S, Bjøro T (eds) Thyreoideasykdommer – årsaker, diagnostikk og behandling. Universitetsforlaget, Oslo 1996, 9–10.

Bjøro T, Frey HM, Frøyshov Larsen I et al: Thyreoideafunksjon og thyreoideaantistoff i befolkningsgrupper over 70 år. Prevalensundersøkelse fra Oslo og Nærøy. Tidsskr Nor Lægeforen 1989,10,1048–51.

Bjøro T, Gaarder PI, Smeland EB, Kornstad L: Thyroid antibodies in blood donors: prevalence and clinical significance. Acta Endocrinol 1994,105,681–3.

Desforges JF: Thyrotoxicosis and the heart. New Engl J Med 1992,327,94–8

Kapelrud H, Frey H, Theodorsen L: Utskillelse av jod i urinen. Tidsskr Nor Lægeforen 1987,107,1320–1.

Laurberg Å, Pedersen KM, Hreidarsson A, et al: Iodine intake and the pattern of thyroid disorders: a comparative epidemiological study of thyroid abnormalities in the elderly in Iceland and in Jutland in Denmark. J Clin Endocrinol Metab 1998,83,765–9.

Sawin CT, Geller A, Wolf et al: Low serum thyrotropin concentrations as a risk factor for atrial fibrillation in older persons. New Engl J Med 1994,331,1249–52.

Urdahl Å, Jørgensen H, Silsand T: Autoimmun post-partum thyreoiditt. Forekomst i Telemark 1985. Tidsskr Nor Lægeforen 1988,108,1480–3.

Vanderpump MPJ, Turnbridge WMG, French JM et al: The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Whickham Survey. Clin Endocrinol 1995,43,55–68

Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM et al: The development of ischemic heart disease in relation to autoimmune thyroid disease in a 20-year follow-up study of an English community. Thyroid 1996,6,155–60.

## 7.2 Type 1 diabetes

*Geir Joner, Aker Diabetes Forskningscenter, Aker sykehus.*

Diabetes mellitus inndeles tradisjonelt i to former, type 1 (insulin-avhengig) og type 2 (ikke-insulinavhengig) diabetes, hvor sistnevnte temmelig sikkert er en heterogen sykdomsgruppe. Ved type 1 diabetes debuterer halvparten før fylte 30 år, mens ved type 2 diabetes er det en betydelig overvekt av eldre aldersgrupper > 50 år. De to formene har ulike årsaker og sykdomsmekanismer. Ved begge tilstander foreligger det en genetisk disposisjon, men sykdomsprosessen startes trolig av ulike miljøfaktorer. Ved insulin-avhengig diabetes kan det være prenatale faktorer og visse kostholds faktorer som er de viktigste, mens det ved ikke-type 1 diabetes er overvekt og fysisk inaktivitet.

**Tabell 8.3: Forekomst av type 1 diabetes mellitus (begge kjønn)**

| Alder      | Insidens          | Prevalens                           |                    |      |
|------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------|------|
|            | Antall nye per år | Nye tilfelle/per år/10 <sup>5</sup> | Antall tilfeller   | %    |
| 0–14 år    | 180               | 21                                  | 1150               | 0,15 |
| 15–29 år   | 170               | 18                                  | 5700               | 0,30 |
| 30 +       | 250               | 10                                  | 13000 <sup>a</sup> |      |
| Alle aldre | 600?              | 14                                  | 20000 <sup>a</sup> |      |

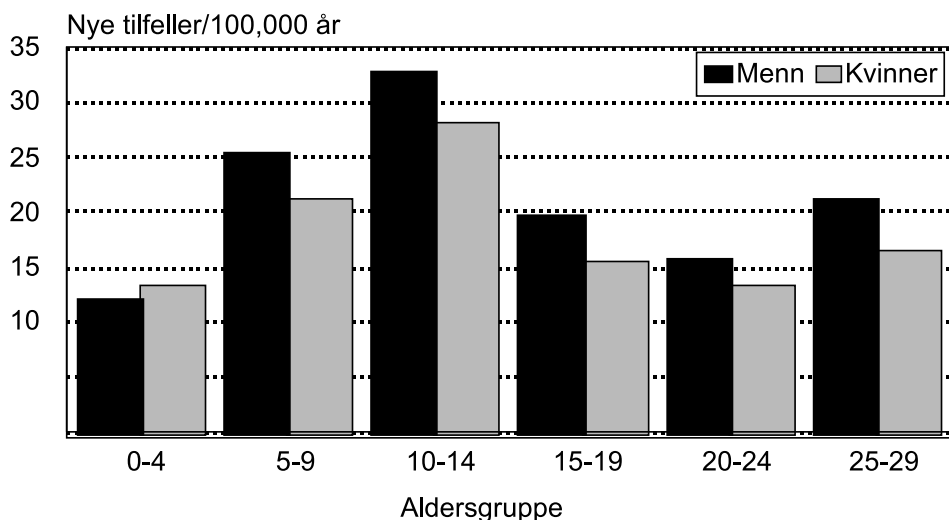
<sup>a</sup> Antatte tall basert på flere kilder. Ikke gjort undersøkelser i Norge

### **Hvor vanlig er type 1 diabetes?**

Vi regner med at omtrent 20 000 personer har sykdommen i dag, hvorav omtrent 1500 er barn og ungdom under 18 år (tabell 8.3). I Norge har vi dokumentert en fordobling av insidensen av type 1 diabetes hos barn og ungdom siste 20–30 år<sup>7</sup>. Økningen av type 1 diabetes kan ikke forklares ved hjelp av genetiske mekanismer, og det må foreligge en forekomst og/eller en endret mottakelighet for visse miljøfaktorer hos barn. Sentralt i denne forskningen for tiden er kostholds faktorer, som kumelk og/eller andre fremmedproteiner i de første levemåneder og infeksjoner før og like etter fødselen<sup>8,3</sup>.

### *Kjønnsforskjell, alders- og geografisk variasjon*

I Norge er det omtrent 15% høyere hyppighet (insidens) av type 1 diabetes hos menn sammenlignet med kvinner. Årsaken til denne kjønnsforskjellen er ukjent. Det er betydelig aldersvariasjon i insidens (figur 8.30). Risikoen for å få type 1 diabetes er størst i like før og under puberteten med høyest insidens for piker ved 12 år og for gutter ved 14 års alder.



Figur 8.30 Insidens av type-1 diabetes etter aldersgruppe 0–29 år og kjønn

Det er betydelig geografisk variasjon i hyppighet av type-1 diabetes blant barn og unge i Norge. Det er en nord-syd-gradient med lav insidens i de nordligste fylker og høy rate i de sørlige fylker; særlig Vest-Agder. Det er også en kyst-innland-gradient med betydelig lavere insidensrater i fiskerikommuner langs kystren sammenlignet med innland- og landbrukskommuner <sup>7</sup>.

### **Komplikasjoner ved type 1 diabetes**

På tross av behandlingsmessige fremskritt, er diabetes en sykdom som fortsatt medfører lidelse, livstruende komplikasjoner og reduserte leveutsikter. Det er holdepunkter for at komplikasjonsfrekvensen generelt og overdødeligheten på grunn av hjerte-karsykdommer er redusert <sup>10, 2</sup>.

Selv om diabetes kan oppfattes som en «usynlig» sykdom, er diabetes en meget kostbar sykdom for samfunnet. Det er beregnet at i USA var de samlede diabetes-kostnader i 1992 105 milliarder dollar, derav bare 10% på selve behandlingen av diabetes, men 90% gikk til behandling av diabetes-komplikasjoner (hjerte-kar-sykdom, nyreskade og øyenskader) <sup>1</sup>.

En regner med at levetidsutsiktene for en type-1 diabetikere er redusert med 5–10 år. Omtrent 40% får nyreskader, hvorav en del må ha nyretransplantasjon for å overleve. Nær 100% av type 1 diabetikere får øyeskade, men takket være moderne behandling med laser vil bare en mindre andel få sterkt redusert syn eller blindhet <sup>9</sup>.

Det er mulig at kvinner med type-1 diabetes har en overhyppighet av osteoporose (økt bruddtendens), men sikre data foreligger ikke <sup>12</sup>.

Det mest iøynefallende resultat av bedret diabetesbehandling siste tiår i Norge, er at perinatal mortalitet i diabetessvangerskap er redusert til samme nivå som for ikke-diabetiske svangerskap <sup>6</sup>.

**Tabell 8.4: Perinatal dødelighet hos barn av kvinner med type-1 diabetes i Norge**

| Periode | Født av kvinner med type 1 diabetes | Alle fødsler i Norge | Perinatale dødsfall | Perinatale dødelighet | Perinatale dødsfall | Antallfødte | Perinataldødelighet | Relativrisiko |
|---------|-------------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|-------------|---------------------|---------------|
|         | Perinatale dødsfall                 |                      |                     |                       |                     |             |                     |               |
| 1967-71 | 85                                  | 452                  | 188.1               | 6578                  | 335554              | 19.6        | 9.6                 |               |
| 1972-76 | 38                                  | 462                  | 82.3                | 4641                  | 297680              | 15.6        | 5.3                 |               |
| 1977-81 | 25                                  | 474                  | 52.7                | 2941                  | 257532              | 11.4        | 4.6                 |               |
| 1982-86 | 16                                  | 640                  | 25.0                | 2384                  | 255944              | 9.3         | 2.7                 |               |
| 1987-90 | 7                                   | 798                  | 8.8*                | 1786                  | 232227              | 7.7         | 1.1                 |               |
| Total   | 171                                 | 2826                 | 60.5                | 18330                 | 1378937             | 13.3        | 4.6                 |               |

\* ikke signifikant forskjellig fra perinatal mortalitet generelt i befolkningen

#### *Diabetessvangerskap: perinatal mortalitet og misdannelser hos barn av diabetiske mødre*

Svangerskap hos kvinner med type 1 diabetes, medførte tidligere en betydelig risiko både for mor og barn. En har i dag ikke betenkeligheter med å anbefale kvinner med type 1 diabetes å bli gravide, men svangerskapet settes store krav til sykdomsmestring og blodsukkerkontroll.

Det har vært en meget positiv utvikling i den perinatale dødelighet for barn født av diabetiske mødre i Norge. Perinatal dødelighet er definert som: barn døde fra 28. svangerskapsuke til 7 dager etter forløsning. Den har falt fra 188 per 1000 i 1967-71 til 8.8 per 1000 i 1987-90. I samme periode har den totale perinatale mortalitet falt fra 19.6 til 7.7 per 1000 (tabell 8.4).

Det har også vært en gunstig utvikling med hensyn til misdannelser. Det har vært et dramatisk fall i antallet barn som blir forløst før 37. uke, og det fødes også færre små barn.

Det er ikke lenger noen vesentlig forskjell mellom utkommet av svangerskap hos kvinner med diabetes og andre svangerskap i Norge<sup>6</sup>.

#### *Hjerte-kar-sykdommer og dødelighet*

Mange studier har vist at diabetikere, både type 1 og 2, som gruppe har en betydelig høyere risiko for hjerte-karsykdommer enn andre. Overdødeligheten på 2-4 ganger det normale hos yngre og middelaldrende diabetikere forklares for en stor del av hjerte-kar-dødsfall (hjerteinfarkt, hjerneslag) (tabell 8.5). Dette må oppfattes som et dominerende helseproblem hos diabetikere av midlere og høyere alder. Undersøkelser viser også en forholdsvis større overdødelighet hos kvinner under 70 år<sup>9</sup>. Disse funn tolkes slik at kvinner med type 1 diabetes mister sin naturlige «beskyttelse» mot hjerte-kar-sykdommer før klimakteriet på grunn av sin diabetes. Det er mulig at substitusjon med østrogener etter klimakteriet er ekstra aktuelt hos kvinner med diabetes og at slik behandling vil bedre prognosen både med hensyn til osteoporose og hjerte-karsykdom.

### Spiseforstyrrelser

Det synes å være enighet om at det er en overhyppighet av spiseforstyrrelser hos personer med type 1 diabetes og særlig hos yngre kvinner<sup>11</sup>. Det er vanskelig å finne gode tall for forekomsten på grunn av metodeproblemer og mangel på diagnostiske kriterier. Spiseforstyrrelser må antas å være underdiagnostisert også fordi slike problemer fortsatt er tabubelagt i samtaler mellom pasient og helsearbeidere.

Spiseforstyrrelsene hos personer med type 1 diabetes skiller seg fra klassisk anoreksi og bulimi og antas å kunne ha sammenheng med de krav sykdommen (og helsevesenet?) stiller til kroppskontroll og «kostholdsregime». Noen studier viser at spiseforstyrrelser hos diabetikere medfører dårligere blodsukkerkontroll og økt fare for komplikasjoner på sikt<sup>13</sup>.

### Årsaksforhold og forebygging

Det er nødvendig med en genetisk disposisjon for å få type-1 diabetes og i tillegg er det holdepunkter for at ytre miljøfaktorer starter den autoimmune prosess som i løpet av måneder eller år fører frem til klinisk sykdom. Disse ytre miljøfaktorer kan være knyttet til infeksjoner hos moren i svangerskap, infeksjoner hos barnet eller visse ernæringskomponenter de første leveår som kumelk.

**Tabell 8.5: Tall for relativ dødelighet (SMR)**

| Alder                                     | SMR (alle dødsårsaker) (konf.intervall i parentes) |               |
|---|--|---------------|
|   | Menn   | Kvinner       |
| <i>Joner &amp; Sjøvik</i>                 |  |               |
| 5–30 år                                   | 215  | 186           |
| <i>Tverdal</i>                            |  |               |
| 35–49 år ved start.Oppfølgin inntil 17 år | 385  | 497           |
| <i>Krüger</i>                             |  |               |
| 20–70 år                                  | 186 (145–226)                                      | 304 (229–380) |
| 70 år                                     | 131 (118–145)                                      | 161 (147–176) |
| 20 år                                     | 139 (128–152)                                      | 170 (156–185) |

Ingen primærforebygging er i dag mulig, men det foregår klinisk utprøving av midler for sekundær forebygging hos individer med tidlige tegn til sykdom. Tertiærforebygging er å forebygge alvorlige komplikasjoner, og kan oppnås ved å holde det gjennomsnittlige blodsukker under visse grenser<sup>14</sup>.

### Behandling

Type-1 diabetes mellitus behandles uten unntak med insulin gitt med sprøyte, insulinpenn eller pumpe. I Norge bruker de fleste type 1 diabetikere insulinpenn i et såkalt mange-injeksjons-regime og tar 3–5 injeksjoner per dag. Insulinpumpe innebærer en pumpe med et insulin-lager som bæres på krop-

pen og som avgir insulin etter et forhåndsinnstilt program. Dette er en krevende behandlingsform som brukes av et fåtall.

I behandlingen er selv-monitorering av blodsukker, individualisert insulinregime og fysisk aktivitet hjørnesteiner. Personer med type 1 diabetes anbefales norsk «normalkost» med noen få unntak og restriksjoner. Moderne diabetesbehandling bygger på mestring av egen sykdom og stor grad av ansvar for egen behandling under veiledning av lege og/eller et flerfaglig diabetes-team.

Det er vist en klar sammenheng mellom gjennomsnittlig blodsukker og risiko for diabetiske senkomplikasjoner i form av øye- og nyre-skader<sup>4</sup>. Det er derfor fastsatt visse behandlingsmål i forhold til HbA1c, en blodprøve som avspeiler gjennomsnittets blodsukker<sup>5</sup>.

### *Utfordringer*

1. Omsette kunnskap til praksis. Bedre kunnskap om egen sykdom og bedre egen mestring, gir lavere gjennomsnittlig blodsukker og bedre prognose.
2. Alvorlige sykdomskomplikasjoner kan forebygges gjennom tilstrebing av bestemte behandlingsmål
3. Mange pasienter når aldri disse behandlingsmål på grunn av manglende kunnskap og/eller manglende evne hos pasient og/eller lege.
4. Spiseforstyrrelser kan være et underdiagnostisert og underbehandlet problem.

### *Litteratur*

1. American Diabetes Association. Direct and indirect costs of diabetes in the United States in 1992. 1993; Alexandria, VA. American Diabetes Association.
2. Bojestig M, Arnqvist HJ, Hermansson G, Karlberg BE, Ludvigsson J. Declining incidence of nephropathy in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1994; 330: 15–18.
3. Dahlquist G, Blom LG, Persson LÅ, Sandström A, Wall S. Dietary factors and the risk of developing insulin dependent diabetes in childhood. *Br Med J* 1990; 300: 1302–1306.
4. DCCT Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977–986.
5. Hanssen KF, Dahl-Jørgensen K, Brinchmann-Hansen O. Blodsukkeret betyr alt! *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 2890–2891
6. Jervell J, Moe N, Halse J, Magnus P, Bakketeig L. Resultatet av svangerskap hos diabetikere – utviklingen i Norge fra 1967 til 1990. *Norsk Epidemiologi* 1994; 5–9.
7. Joner G. Insidens og prevalens av type-1 diabetes mellitus i Norge. *Norsk Epidemiologi* 1994; 5–9.
8. Joner G. Ikke-genetiske årsaksforhold ved type-1 diabetes mellitus. *Norsk Epidemiologi* 1994; 15–22.
9. Joner G. (red) Diabetes i Norge. Epidemiologiske data. 1995; Oslo: Norges Diabetesforbund. Kvalitetsutvikling i diabetesomsorgen.
10. Joner G, Brinchmann-Hansen O, Torres CG, Hanssen KF. A nationwide cross-sectional study on retinopathy and microalbuminuria in young Norwegian type 1 diabetes patients. *Diabetologia* 1992; 35: 1049–1054.

11. Marcus MD, Wing RR.(red.) Eating disorders and diabetes. Diabetes Spectrum 1998; 3: 361–399.
12. McNair P. Bone mineral metabolism in human type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. Dan Med Bull 1988; 35: 109–121.
13. Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, Devenyi RG, Daneman D. Disordered eating behaviour and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1997; 336: 1849–1854.
14. WHO Study Group. Prevention of Diabetes Mellitus. 1994; Geneva: WHO. WHO Technical Report Series 844.

### 7.3 Type 2 diabetes

#### **Kristian Midthjell, Samfunnsmedisinsk forskningscenter, Folkehelse,**

Verdal. Diabetes mellitus (sukkersyke) er en tilstand karakterisert av økt mengde av glukose (sukker) i blodet og av forstyrrelser i omsetningen av karbohydrater, fett og proteiner med absolutt eller relativ mangel på utskillelse av eller effekt av insulin (WHO 94). Diabetes er en kronisk, nesten alltid livslang tilstand. Type 2 diabetes (tidligere kalt ikke-insulin-avhengig diabetes eller «aldersdiabetes») skyldes i utgangspunktet nedsatt virkning av insulin (insulinresistens). Etter hvert vil også mange type 2-diabetikere utvikle en insulinmangel. Type 2 diabetes kan deles i flere undergrupper (Claudi 95). Den vanligste formen i Norge ses som del av et såkalt metabolsk risikosyndrom, karakterisert av økt insulinresistens, overvekt (spesielt med sentral fettfordeling), høyt blodtrykk og endringer i fettstoffer i blodet.

#### **Hvor vanlig er type 2 diabetes?**

##### *Insidens og prevalens*

Prevalensen av type 2 diabetes uttrykker forekomsten, det vil si andelen av befolkningen som har sykdommen på et bestemt tidspunkt. Prevalensen varierer betydelig mellom forskjellige land og befolkningsgrupper. I aldersgruppen 30–64 år er det ingen som har diabetes blant melanesiere på landsbygda i Papua Ny Guinea, mens nær og over 50% har sykdommen blant innbyggerne i Nauru i stillehavet og blant Pima-indianerne i USA. Norske undersøkelser av prevalens blant voksne skiller stort sett ikke mellom type 1 og type 2. Siden 80 % av all diabetes hos voksne er type 2, er likevel undersøkelser av total diabetesprevalens hos voksne et bra estimat av type 2 diabetes.

**Tabell 8.6:** Relativ overdødelighet (SMR – standard mortality ratio) blant diabetikere i forhold til totalbefolkningen i 1951–61 (Westlund 69) og i Nord-Trøndelag 1984–90 (Krüger 94). Konfidensintervall angitt for 1984–90.

|             | Infarkt | Hjerneslag   | All kreft | Alle årsaker |              |         |              |         |
|-------------|---------|--------------|-----------|--------------|--------------|---------|--------------|---------|
|             | 1951–60 | 1984–90      | 1951–60   | 1984–90      | 1951–60      | 1984–90 | 1951–60      | 1984–90 |
| <b>MENN</b> |         |              |           |              |              |         |              |         |
| 20–69 år    | 4,3     | 2,7(1,9–3,6) | 3,5       | 1,9(0,2–3,6) | 0,8(0,3–1,3) | 4,0     | 1,9(1,5–2,3) |         |
| > 70 år     | 2,4     | 1,7(1,4–2,0) | 2,3       | 1,6(1,2–2,0) | 0,9(0,7–1,2) | 2,3     | 1,3(1,3–1,5) |         |

**Tabell 8.6:** Relativ overdødelighet (SMR – standard mortality ratio) blant diabetikere i forhold til totalbefolkningen i 1951–61 (Westlund 69) og i Nord-Trøndelag 1984–90 (Krüger 94). Konfidensintervall angitt for 1984–90.

|                | Infarkt | Hjerneslag   | All kreft | Alle årsaker |         |              |         |              |
|----------------|---------|--------------|-----------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|
|                | 1951–60 | 1984–90      | 1951–60   | 1984–90      | 1951–60 | 1984–90      | 1951–60 | 1984–90      |
| <b>KVINNER</b> |         |              |           |              |         |              |         |              |
| 20–69 år       | 8,6     | 5,8(3,5–8,1) | 4,9       | 3,5(0,7–6,4) |         | 1,2(0,5–1,6) | 3,0     | 3,0(2,3–3,8) |
| > 70 år        | 2,8     | 2,5(2,1–2,9) | 2,8       | 1,7(1,4–2,1) |         | 1,5(1,1–1,9) | 1,6     | 1,6(1,5–1,8) |

Det er få gode undersøkelser av insidens (nye tilfeller per år) av type 2 diabetes. Insidensen for aldersgruppen over 60 år var i Oslo i 1925–55 høyere hos kvinner enn hos menn (Westlund 66). For begge kjønn falt insidensen drastisk under 2. verdenskrig. I 1956 var prevalensen av kjent diabetes i totalbefolkningen i Bergen litt høyere blant menn enn kvinner; henholdsvis 0,75 og 0,67 % (Jorde 62). Prevalensen av det man da kalte latent diabetes var også litt høyere hos menn; 1,23 mot 1,15 %.

I Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 1984–86 (HUNT 1) (Midthjell 95) var prevalensen (blant 76 850 undersøkte) av kjent diabetes hos alle over 20 år 2,6 % hos menn og 3,2 % hos kvinner. Det vil si en økning på 3–4 ganger i forhold til tilsvarende aldersgruppe i Bergen 30 år tidligere, mer hos kvinner enn hos menn. Prevalensen var høyere blant menn enn kvinner opp til 50–60 år, mens den var betydelig høyere hos kvinner i de øvre aldersgruppene. Kjønnfordelingen var lik forekomst av overvekt (BMI  $\geq 27,0$ ). At flere menn enn kvinner under 50 år har diabetes bekreftes også av andre undersøkelser utført av Statens Helseundersøkelser (Bjartveit 79, SHUS 88, SHUS 89, SHUS 97, Tverdal 96), og gjelder også for insidens av type 1 (Joner 91).

I en kommune i Sverige (Andersson 91) var det ingen kjønnsforskjell i totalprevalens av diabetes i tidsrommet 1972–1987. Prevalensen var også der økende. Insidensen økte for menn 25–54 år, mens den gikk ned for yngre kvinner. I Finland økte prevalensen for menn jevnt i samme periode, mens den hos kvinner økte til rundt 1980, hvoretter den avtok noe både for aldersgruppen 30–64 og > 65 år (Laakso 91). Som i Norge var prevalensen høyere hos menn i den yngste aldersgruppen, mens den var betydelig høyere hos kvinner i den eldste. Kjønnforskjellen i prevalens var avtakende.

### Tidstrender

Foreløpige data foreligger fra den nye helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (data innsamlet 1995–97) (HUNT 2). Kjønnforskjellen som var til stede i 1984–86 var da nær utlignet, slik at den totale prevalensen var tilnærmet lik for de to kjønn (omtrent 3,2 %). Det var en økning i prevalens på 30 % for kvinner 20–50 år og 70 % for 20–60 år gamle menn. Det er sannsynlig at dette skyldes flere unge type 2-diabetikere. Nord-Trøndelagstallene tyder sammen med tall på type 1 diabetes på at det er omtrent 105.000 diagnostiserte diabetikere i Norge. Et minimumstall på antall uoppdagede diabetikere er 20.000 (Midthjell 95), slik at det totalt er mer enn 125.000 diabetikere i Norge.



### **Hvor farlig er type 2 diabetes?**

Type 2-diabetikere har hatt en betydelig oversykelighet og en overdødelighet av hjerte-karsykdommer i forhold til normalbefolkningen (Westlund 69). Kvinner har en større relativ sykkelighet og dødelighet, slik at kvinnelige diabetikere mister mye av det kjønnsmessige fortrinn ikke-diabetiske kvinner har overfor mennene med hensyn til dødelighet. Dette skyldes ikke bare forskjeller i de andre risikofaktorene mellom kvinner og menn (Barrett-Connor 91). Tabell 8.6 viser relativ overdødelighet hos diabetikere. Nord-Trøndelagsundersøkelsen (Krüger 94) viste at overdødeligheten er betydelig lavere nå enn for 30 år siden. Kjønnsforskjellen i overdødelighet er også blitt mindre.

Type 2-diabetikere er også utsatt for de spesielle diabetes-senkomplikasjonene (med skade av øyne, nyrer og føtter). Her kan problemene komme til å øke. Nord-Trøndelagsundersøkelsen tyder på at gjennomsnittsalderen på diabetikerne går ned, slik at flere vil leve lenger med type 2 diabetes. Selv om dette ikke er godt undersøkt, er det ikke holdepunkter for spesielle kjønnsforskjeller i forekomst av disse komplikasjonene.

### **Risikofaktorer**

Betydningen av de enkelte årsaksfaktorene kan variere etter undertype av type 2 diabetes. I folkehelseperspektiv dominerer i vår del av verden den formen som er assosiert med det metabolske risikosyndrom. Årsakene til at type 2 diabetes bryter ut kan være mange. En rekke risikofaktorer går igjen. De fleste av disse bekreftes i Nord-Trøndelagsundersøkelsen:

#### *Arv*

Om en av to eneggede tvillinger får type 2 diabetes, får nesten alltid også den andre det. I Nord-Trøndelag i 1984–86 hadde over 40 % av 80–89 år gamle diabetikere søsken med diabetes, mot 16–17 % hos ikke-diabetikere i samme alder.

#### *Høyt blodtrykk og hjertekarsykdommer*

Disse sykdommene kan opptre forut for type 2 diabetes, eller de kan opptre som komplikasjoner til diabetes. I Nord-Trøndelag (1984–86) hadde 50% av nyoppdagede diabetikere høyt blodtrykk. Til sammenlikning hadde 46% av kjente diabetikere og vel 20% av ikke-diabetikere i aldersgruppen 70–79 år høyt blodtrykk.

#### *Fysisk inaktivitet, fedme og «mannlig» fettfordeling, underernæring i fosterliv og de første leveår*

Fedme er kjent å samvariere med nyoppdaget type 2 diabetes. Hos nyoppdagede kvinner med diabetes i HUNT 1 hadde over 55 % kroppsmasseindeks (BMI) over 30 mot vel 40% av de kjente diabetikerne og knapt 20% av ikke-diabetikere i samme alder. I aldersgruppen 50–59 var gjennomsnittlig BMI 33 for nyoppdagede kvinner mot 29 for menn, og 29 hos kjente diabetiske kvinner mot 26 hos kjente diabetiske menn, i forhold til henholdsvis 27 og 26 hos ikke-diabetikere. En typisk «kvinnelig» fettfordeling rundt hoftene gir mindre risiko for diabetes enn en fettfordeling rundt magen og i bukula. Flere studier har vist en sammenheng mellom lav fødselsvekt og risiko for at fedme fører

til diabetes i høy alder. Man forventer en betydelig «epidemi» av type 2 diabetes i den tredje verden når flere går over til en «vestlig» livsstil (Zimmet 95, O'Rahilly 97). En tilsvarende urovekkende utvikling ses hos asiatiske innvandrere i Norge.

### **Utvikling i risikofaktorer over tid, forebyggingspotensiale**

Westlunds undersøkelse (Westlund 66) viste at det oppsto langt færre nye tilfeller av type 2 diabetes i Norge under siste krig. Det er nærliggende å tro at dette hadde noe med kosthold og fysisk aktivitet å gjøre. I Finnmark var BMI dominerende risikofaktor for diabetes hos menn, mens man hos kvinner fant sterkere effekt av metabolske risikofaktorer som lavt HDL-kolesterol, og også av kroppshøyde (Njølstad 98). Den mest iøynefallende forandringen i forekomst av risikofaktorer de siste årene, er en betydelig økning i BMI eller andelen av befolkningen som havner i kategorien fedme (BMI over 30). I Nord-Trøndelag økte i gjennomsnitt kvinner 3,3kg i vekt og menn 4,0kg fra 1984–86 til 1995–97. Andelen med BMI over 30 økte fra 13 % til over 18 % hos kvinner og fra 7 % til 14 % hos menn. Den sterkeste økningen fant man i aldersgruppene 20–39 hos menn (over 140 %) og 20–29 hos kvinner (nesten 190%). Undersøkelser av norske 40-åringer tyder på at økningen hos kvinner har kommet spesielt de siste årene, mens det hos menn har vært en mer jevn stigning (Tverdal 96).

Den sterke økningen i menn med fedme faller sammen i tid med at forekomsten av diabetes har økt mest hos menn. Helsepolitisk er det grunn til å sette et utropstegn ved dette. Risikoen for diabetes øker betydelig med alderen. Mens knapt 0,5 % har diabetes under 30 år, er det 10 % av alle over 70. Det er bekymringsfullt hva som kan skje med diabetesprevalensen hvis de overvektige 20–50-åringene tar med seg sin overvekt inn i høyere alder. Siden type 2 diabetes øker dramatisk med økende alder (Midthjell 95), vil aldersutviklingen i befolkningen alene gjøre at antall diabetikere vil stige betydelig i årene framover. Særlig vil dette gjelde kvinner, som dominerer de eldste aldersgruppene.

### **Behandling, rehabilitering**

Behandlingsprinsippene ved diabetes er de samme for kvinner og menn (Claudi 95): 1. Opplæring, egenomsorg, 2. Kostbehandling, 3. Mosjon, 4. Medikamenter (tabletter og insulininjeksjoner). Egenomsorg er sentralt ved en kronisk sykdom som diabetes. Med et større spekter av tablett- og insulin typer og økte muligheter for å kontrollere blodsukker selv, kan en diabetiker langt på vei selv kontrollere sin sykdom. I HUNT 2 utførte over 60 % av diabetikerne egenkontroll av blodsukker, mot omtrent 15% 11 år tidligere. HUNT 1 viste at litt flere menn enn kvinner utførte egenkontroll av urin eller blod, litt flere menn enn kvinner hadde vært på kurs og var medlemmer av Norges Diabetesforbund. Menn holdt i litt større grad sin diabetes skjult, flere kvinner gikk til kontroll i allmennpraksis, flere menn til spesialist. En del av disse forskjellene kan skyldes at menn i større grad har type 1 diabetes. Langt flere diabetiske kvinner enn menn brukte blodtryksmedisin.

### **Noen sentrale konklusjoner og forslag til tiltak**

1. Type 2 diabetes kan i stor grad primærforebygges. Det er en sammen-

heng mellom type 2 diabetes og hjerte-karsykdommer gjennom det felles risikosyndromet. Dette betyr at en økning i type 2 diabetes kan bety en negativ utvikling i prevalens av hjerte-karsykdommer framover (Øgar 97). Som massestrategi er det både for kvinner og menn viktig at det politisk arbeides for et sunnere kosthold og mer fysisk aktivitet. Det moderne samfunns delvis ukritiske tendens til mer fast-food, mer mettet og mindre umettet fett, mer sukker og mindre brød, og til å ukritisk betrakte alle teknologiske endringer som reduserer fysisk aktivitet som et framskritt, må aktivt motvirkes. Behovet for å lette vilkårene for fysisk aktivitet, både i skole, arbeid og fritid, bør stå sentralt framover. Nye virkemidler må tas i bruk for å påvirke holdninger og forebyggende ramme-strategier; for eksempel ved utdanning av opinionsdannere med helsepedagogisk bakgrunn.

2. Siden mange diabetikere har komplikasjoner alt når diagnosen blir stilt (Claudi 98), er det viktig å stille diagnosen tidlig. Individrettede tiltak som å drive aktiv leting etter uoppdagede diabetikere («case-finding») er viktig. Dette kan gjøres ved at det for eksempel ved legekonsultasjoner tas blodsukkerprøve på risikoindivider; personer med nedsatt glukosetoleranse, sterkt overvektige, pasienter med hjerte/karsykdom, de med sterk familiær forekomst av type 2 diabetes, kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes og innvandrere fra områder med andre livsvilkår.
3. Det bør satses aktivt på økt forskning innenfor kartlegging og overvåking av risikofaktorer, hvordan risikofaktorer påvirker insidens og sykdomsforløp, ulike behandlingsstrategier, atferdspåvirkning, oppsporingsstrategier, utvikling av opplæringsmetodikk som lar seg gjennomføre i den virkeligheten der diabetesbehandling drives, strategier for effektiv tertiærprofylakse, det vil si forebygging av og begrensnig av komplikasjoner.

### *Litteratur*

Andersson DKG, Svärdsudd R, Tibblin G. Prevalence and incidence of diabetes mellitus in a Swedish community 1972–1987. *Diabetic Med* 1991; 8: 428–34.

Barrett-Connor EL, Cohn BA, Wingard DL, Edelstein SL. Why is diabetes mellitus a stronger risk factor for fatal ischemic heart disease in women than in men? *JAMA* 1991; 265: 627–31.

Bjartveit K, Foss OP, Gjervig T. The cardiovascular disease study in Norwegian counties. Results from the first screening. *Acta Med Scand* 1979 (Suppl. nr 634).

Claudi T, Midthjell K, Furuseth K, Hanssen, KF, Hestvold P-I, Øgar P. NSAM's handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis. Oslo: Norsk Selskap for Allmennmedisin, Norges Diabetesforbund, Statens Helsetilsyn, Folkehelsa, Den norske lægeförening 1995.

Claudi T, Midthjell K, Holmen J, Fougner K, Krüger Ø, Wiseth R. Cardiovascular disease and risk factors in persons with type 2 diabetes diagnosed in a large population screening. The Nord-Trøndelag Diabetes Study, Norway. (Manuskript 1998).

Joner G, Søvik O. The incidence of type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus 15–29 years in Norway 1978–1982. *Diabetologia* 1991; 34: 271–74.

Jorde R. The diabetes survey in Bergen, Norway, 1956. An epidemiologic survey and a study of blood sugar values related to sex, age and weight. Ber-

gen/Oslo: Universitetsforlaget, årbok for Universitetet i Bergen 1961, no. 1, 1962.

Krüger Ø, Midthjell K, Holmen J, Tverdal Aa. Dødelighet blant diabetikere i Nord-Trøndelag 1984–90 i relasjon til forventet dødelighet. *Norsk Epidemiologi* 1994; 4: 57–62.

Laakso M, Reunanen A, Klaukka T, Aromaa A, Maatela J, Pyörälä K. Changes in the prevalence and incidence of diabetes mellitus in Finnish adults, 1970–1987. *Am J Epidemiol* 1991; 133: 850–.

Midthjell K, Bjørndal A, Holmen J, Krüger Ø, Bjartveit K. Prevalence of known and previously unknown diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in an adult Norwegian population. Indications of an increasing diabetes prevalence. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13: 229–235.

National Health Screening Service. The cardiovascular disease study in Norwegian counties. Results from the second screening. Oslo: Statens helseundersøkelser, 1988.

National Health Screening Service. The cardiovascular disease survey in Nord-Trøndelag 1989. Oslo: Statens helseundersøkelser, (udatert).

Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Sex differences in risk factors for clinical diabetes mellitus in a general population: A 12-year follow-up of the Finnmark Study. *Am J Epidemiol* 1998; 147: 49–58.

O’Rahilly S. Non-insulin dependent diabetes mellitus: the gathering storm. *BMJ* 1997; 314: 955–9.

Statens helseundersøkelser. Helseundersøkelsene i Østfold 1985 og 1988 og i Aust-Agder 1986 og 1989. Oslo: Statens helseundersøkelser, 1997.

Tverdal Aa. Høyde, vekt og kroppsmasseindeks for menn og kvinner i alderen 40–42 år. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 2152–6.

Westlund K. Incidence of diabetes mellitus in Oslo, Norway, 1925 to 1954. *Brit J Prev Soc Med* 1966; 20: 105–16.

Westlund K. Mortality of diabetics. Oslo: Universitetsforlaget, Livsfor- sikringsselskapenes institutt for medisinsk statistikk ved sykehusene i Oslo, rapport nr. 13, 1969.

WHO Study Group. Prevention of diabetes mellitus. Geneva: WHO, WHO Technical Report Series no. 844, 1994.

Zimmet P, McCarty D. The NIDDM epidemic: Global estimates and projections – a look into the crystal ball. *IDF Bulletin* 1995 (no. 3); 40: 8–16.

Øgar P (red). Forebygging og behandling av type 2-diabetes. Konsensuskonferanse. Oslo: Komiteen for medisinsk teknologivurdering, Norges Forskningsråd, Rapport nr. 11, 1997.

## **8 Tarmsykdommer**

---

### **Morten H. Vatn, Medisinsk avdeling A, Rikshospitalet.**

Ulcerøs colitt, Crohn’s sykdom, magesår, irritabel tarm, matvareintoleranse og ukarakteristiske mageplager representerer prinsipielt forskjellige kategorier av mage-tarmsykdommer. De to førstnevnte er kroniske betennelser, det vil si organiske lidelser, mens de tre sistnevnte hovedsakelig representerer funksjonelle plager der det i utgangspunktet er viktig å utelukke organisk lidelse. Magesår i magesekken eller tolvfingertarmen er sykdommer som delvis skyldes en bakteriell infeksjon (*Helicobacter pylori*), men som også har sammenheng med andre endogene og eksogene årsaksfaktorer.

På denne bakgrunn er det naturlig å omtale de ovennevnte sykdommene som tre adskilte grupper.

## 8.1 Ulcerøs colitt og Crohn's sykdom

### *Sykdomsbeskrivelse*

Dette er kroniske betennelsesaktige tarmsykdommer som forekommer i tykktarmen alene (ulcerøs colitt), i tynntarmen alene (Chron's sykdom) eller både i tynn- og tykktarm (Chron's sykdom). Enkelte ganger kan Chron's sykdom også forekomme i øvre del av mage-tarmkanalen, i munnhulen og på leppene.

Ulcerøs colitt viser som regel en jevn utbredelse av betennelse i de overfladiske deler av slimhinnen, hos ca 1/3 av pasientene bare i endetarmen (proctitt), hos en annen 1/3 i nedre halvdel av tykktarmen, og hos den siste 1/3 i hele tykktarmen.

Chron's sykdom viser mer flekkvise og segmentale forandringer, til dels overfladiske men også med betennelsesreaksjon gjennom hele tarmveggen, og forekommer hos halvparten av pasientene bare i tykktarmen, hos i tynntarm og tykktarm, og hos bare i tynntarmen.

Begge sykdommene forekomme sammen med bindevevsreaksjoner i ledd og øyne og har slektskap med revmatiske tilstander og bindevevssykdommer (immunopatier).

### *Sykdomshyppighet*

Forekomsten av sykdommene har vært økende i etterkrigstiden så vel i Norge som i mange andre land. Norge er blant landene i verden med høyest forekomst av begge sykdommene, med en samlet incidens på omkring 20 per 100 000 individer, omtrent 8–900 nye tilfeller i året, fordelt på omtrent 550 tilfeller med ulcerøs colitt og oppimot 300 med Chron's sykdom.

Begge sykdommene kan oppstå allerede i barndommen, men de fleste nye tilfeller av ulcerøs colitt sees fra 25–35-års alder (1) og av Chron's sykdom fra 15–25-års alder (2). Nyere forskning i Norge bekrefter at ulcerøs colitt forekommer hyppigere blant menn enn kvinner, med en kjønnsratio på omkring 1.5 både for venstresidig og generell tykktarmsbetennelse, mens det omvendte er tilfelle for ulcerøs colitt i endetarmen med en ratio på 0.73. Det siste er av spesiell betydning fordi betennelse med affeksjon av endetarmen i mange tilfeller er spesielt vanskelig å behandle. Chron's sykdom forekommer litt hyppigere blant kvinner så vel i yngre som i høyere alder, med en ratio på 0.95 mellom menn og kvinner.

De norske resultatene synes også å gi en forklaring på forskjellig forekomst mellom kjønnene idet antall nye tilfeller av ulcerøs colitt synes å avta for kvinner etter fylte 50 år mens den for menn viser en svak økning sammenlignet med de forutgående tiår.

Den geografiske fordeling i Norge, viser en høyere forekomst både av ulcerøs colitt og Chron's sykdom i områder med lav befolkningstetthet, i motsetning til enkelte studier fra andre land. Styrken i de norske undersøkelsene ligger i at man i større grad har nådd ut til allmennpraktikere for diagnostikk tidlig i sykdomsforløpet. Således viste Aust-Agder den høyeste forekomsten på Østlandet, klart høyere enn Oslo, og Sogn og Fjordane den høyeste forekomsten på Vestlandet, klart høyere enn Bergen. I Nord Norge viste tallene en jevnere fordeling, men her har man generelt en jevnere befolkningstetthet.

### *Hvor farlig er sykdommene?*

Sykdommene varierer i betydelig grad i aggressivitet fra individ til individ. Selv om de ikke har høy dødelighet har de betydelige helsemessige konsekvenser. Dette følger av at de opptrer forholdsvis tidlig i livet. Behandlingen inkluderer store kirurgiske inngrep, også fjernelse av tykktarmen ved ulcerøs colitt. Risikoen for kreft øker anslagsvis med 1% per år fra 10 år etter sykdomsdebut for ulcerøs colitt. Dette gjelder muligens også for Chron's sykdom. Denne risikoen gjelder først og fremst individer med utbredt sykdom i tykktarmen.

Nyere erfaringer viser at livskvaliteten er noe redusert for personer som har disse sykdommene. Dette gjelder særlig for omtrent 10% av pasientene med Chron's sykdom som må ha nærmest løpende kontakt med helsevesenet. Ett år etter diagnosen var 16% av de norske Chron's sykdom pasientene operert imot 4% av pasientene med ulcerøs colitt. Generelt forventes en konstant operasjonsrate inklusivt reoperasjoner i løpet av de første 10 årene med en noe avtagende operasjonshyppighet deretter for Chron's sykdom, men med en noe økende frekvens for ulcerøs colitt på grunn av kreftrisikoen. Tilbakefallsfrekvensen per år for de som bruker medisinsk behandling er blant norske pasienter omtrent 50% det første året.

Det er ikke vist noen sikker kjønnsforskjell hva angår tilbakefallsfrekvens, operasjonsrisiko eller mortalitet.

### *Hva er årsaken til sykdommene?*

Årsaken til ulcerøs colitt og Chron's sykdom synes å kunne forklares utfra en interaksjon mellom genetiske og miljømessige faktorer. Selv om detaljert kunnskap om sykdomsutviklingen mangler, synes det brakt på det rene at de som har sykdommene mangler evne til å nedregulere tarmens normale betennelsesreaksjoner. Oppstart av sykdommene kan sannsynligvis skje som følge av forskjellige enkeltfaktorer, genetisk disposisjon, virusinfeksjoner i spedbarnsalder, moderne hygiene, bruk av p-piller og spesielle smertestillende preparater, samt røyking. Sistnevnte faktor synes å virke i forskjellige retninger for Chron's sykdom og ulcerøs colitt. Røyking anses å være risikofaktor ved Chron's sykdom mens røyking ser ut til å virke beskyttende for ulcerøs colitt. Forklaringen synes å ligge i forskjellig påvirkning av nikotin på det immunapparatet, vegetative nervesystem og tarmens blodsirkulasjon ved de to tilstandene.

### *Behandling og rehabilitering.*

Alle pasienter med nyoppdaget ulcerøs colitt og Chron's sykdom får tilbud om medisiner, alt avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad og utbredelse. Medisinene kan være i form av tabletter, klyster, stikkpiller, sprøyter eller intravenøs infusjon. De mest aktive preparatene hemmer immunapparatet og gir bivirkninger i mildere og høyere doser, mens vedlikeholdspreparatene som har en mer begrenset effekt på betennelsesprosessen har mindre bivirkninger. Vedlikeholdsbehandling og de fleste tilfeller av tilbakefall kan behandles poliklinisk eller utenfor sykehus, men pasientene lever i stadig risiko for tilbakefall, bivirkninger av medikamenter og komplikasjoner til sykdommen. For en liten gruppe av pasientene virker behandlingen nesten ikke. De klarer ikke å være i arbeidslivet på grunn av en invalidiserende sykdom, eller må ty til stadige sykemeldinger. Fisteldannelser, beinskjørhet og

ernæringsforstyrrelser representerer de ytterste konsekvensene av spesielt Chron's sykdom og er de viktigste årsakene til uførhet hos disse pasientene.

## 8.2 Funksjonelle tarmlager

(Irritabel tarm, matvareintoleranse og ukarakteristiske mageplager). Felles for disse lidelsene er fravær av påvisbar organisk sykdom, men symptomene er helt eller delvis invalidiserende for pasienten. Felles er også en overhyppighet blant kvinner, for irritabel tarm på omkring 2, for matvareintoleranse på omkring 8 og for ukarakteristiske mageplager på omkring 2,5.

### *Sykdomsbeskrivelse*

Irritabel tarm er karakterisert ved uregelmessig avføring, luftmerter, smertelindring ved avføring, ufullstendig tømning og eventuell slimtilblending. Vekslingen mellom diare og obstipasjon varierer, og hos en liten del foreligger vesentlig bare diare uten påviselig årsak. Internasjonale legegrupper har med års mellomrom gjort anstrengelser for å bedre kriteriene og komme frem til objektive kriterier for tilstanden. Men tilstanden er stadig vanskelig å skille fra andre tarmsykdommer.

Matvareintoleranse er en av tilstandene med tarmlager som likner på irritabel tarm, men hvor pasientene ofte utpeker matsorter som utløsende for symptomene. I tillegg har denne tilstanden ofte symptomer og plager fra andre organsystemer. Dette bidrar til at tilstanden kan forveksles med andre tilstander som allergi, fibromyalgi og psykosomatiske årsaker.

Ukarakteristiske mageplager er tilstander der symptomene i motsetning til matvareintoleranse, helt er basert på mage-tarmlager av enhver karakter, men uten påvisbar årsak. Denne tilstanden er hovedsakelig karakterisert ved uforklarte smerter eller andre enkeltsymptomer som ikke dekkes av andre definerte tilstander. En del av disse plagene kan ha organiske årsaker som tilstander etter operasjoner, holdningsforstyrrelser eller nevromuskulære plager og ryggplager. Hos andre kan de funksjonelle symptomene til forveksling likne manifeste tarmsykdommer.

### *Hvor vanlige er sykdommene?*

Forekomst av Irritabel tarm varierer fra 5–25% i forskjellige befolkninger (3). Bare 20–30 % av disse blir pasienter ved å søke hjelp for sine plager hos lege og bare noen få prosent blir henvist videre til spesialist. Objektivt påvisbar matvareintoleranse forekommer i noen få prosent av befolkningen mens en langt høyere andel rapporterer reaksjoner på mat i spørreskjemaundersøkelser blant antatt friske. Kun et fåtall av individer med matvareintoleranse oppsøker lege for sine plager hvorav et flertall henvises til spesialist på grunn av til dels mangelfulle kunnskaper om denne tilstanden blant primærleger (4).

Personer med ukarakteristiske mageplager utgjør i likhet med personer med de andre tilstandene, en heterogen gruppe individer med mageplager. Men gruppen med ukarakteristiske mageplager er mindre enn de øvrige, anslagsvis noen få prosent av alle pasienter med mageplager (5). Mens de to førstnevnte gruppene for en stor del representerer grupper som etter primærutredning i det vesentlige kan håndteres av primærhelsetjenesten eller ved selvhjelp, vil et flertall av pasienter med ukarakteristiske mageplager gå fra lege til lege eller bli henvist oppover i helsesystemet som «second opinion»

–pasienter. Mange av disse pasientene blir behandlet kirurgisk med usikker gevinst. Anslagsvis 3–400 slike pasienter blir i Norge henvist årlig fra et sykehus til et annet.

### *Hvor farlige er sykdommene?*

Irritabel tarm, matvareintoleranse og ukarakteristiske mageplager er alle kroniske sykdommer. Langtidsoppfølging har ikke med sikkerhet fastslått økt dødelighet for noen av kategoriene, men alle pasientene må anses som en hardt belastet gruppe som fungerer dårlig i samfunnslivet. I tillegg må man regne med betydelige mørketall av individer som ikke presenterer seg for helsevesenet. Enten de befinner seg i det skjulte, er registrert som pasienter eller har avsluttet behandlingen, representerer gruppen en del av befolkningen med kronisk belastning i behov av et bredt tilbud av medisinsk og psykososial støtte.

Fordi gruppene er heterogene vil det ofte være vanskelig å stille riktig diagnose og dermed gi riktig behandling. Undersøkelser har også vist at det ofte er en tendens til å underkjenne kroniske eller alvorlige diagnoser under utvikling noe som gjør at utredningen ofte blir forlenget og problematisert av redsel for en slik underkjennelse.

### *Hva er årsaken til sykdommene?*

Også ved disse tilstandene må man regne med at det foreligger en genetisk og en miljømessig disposisjon. Spesielt har irritabel tarm og matvareintoleranse vist tendens til familiær opphopning. Dette kan både tyde på arvelighet og tillært atferd, spisevaner, stressbelastning eller andre ytre påvirkninger.

Som rene forklaringsmodeller har man forsøkt å benytte forskjellige definisjoner på «funksjonelle plager».

En modell har gått ut på å forklare tarmreaksjoner utfra automatiske lokale reaksjoner basert på autonome reflekser, en annen utfra immunologiske eller kjemiske avvik og en tredje på basis av ubalanse mellom faktorene av betydning for reguleringsmekanismene, i form av hypersensitivitet, patologiske reaksjoner, manglende «feed-back»-mekanismer eller blokkeringer. Psykosomatiske forhold kan representere delforklaringer, men kan også oppstå sekundært i forløpet.

### *Behandling og rehabilitering*

Behandlingen bør i utgangspunktet individualiseres for alle funksjonelle mage-tarmplager. Irritabel tarm kan behandles både med medikamenter og endret kosthold, men i mange tilfeller viser det seg at valg av behandling kan være vanskelig og at tilstanden viser seg å være vanskeligere å behandle enn man i utgangspunktet hadde ventet. Dette har sammenheng med at man forventer å kunne kurere en tilstand som denne, utfra enkle endringer av livsstil eller kosttilskudd som fiber. På grunn av en betydelig heterogenitet hva angår årsaksforholdene må behandlingen ofte justeres og modifiseres på individuelt grunnlag, og ofte må behandlingstilbudet være sammensatt av flere elementer. Ett av disse kan være kostendring eller tilskudd, et annet tarmpreparater og et tredje psykofarmaka. Ofte må man også vurdere endring av livsstil.



Målet for behandling av matvareintoleranse er eliminasjon av den substansen som forårsaker symptomer. I de fleste tilfeller klarer den enkelte det på egen hånd og blir ikke pasient i helsevesenet. Andre har behov for hjelp av lege eller ernæringsfysiolog i jakten på den substansen man ikke tåler. De som har størst problemer må kanskje eliminere en rekke substanser. For å finne de aktive stoffene må man prøve og feile med dietten, eventuelt gjennomgå et eller flere provokasjonsforsøk fulgt av oppfølging med eliminasjonsdiæt.

For pasienter med ukarakteristiske mageplager vurderes ofte pasientene for medikamentell behandling, eventuelt i form av smertebehandling med medikamenter eller blokade av nerver. Til det siste kreves ofte vurdering av smerteklinikker som finnes på en rekke sykehus. Andre tilfeller må følges opp med kombinasjonsbehandling som kan bestå av symptomatisk behandling, eventuelt psykofarmaka eller i nye operasjoner. Hos en ikke neglisjerbar gruppe er det også indikasjon for psykoterapeutisk oppfølging.

### 8.3 Magesår

Sår på tolvfingertarmen eller i magesekken er tilstander som har vært velkjent gjennom generasjoner.

#### *Hvor vanlig er sykdommen?*

Anslagsvis 10 % av alle voksne personer i Norge vil få magesår en eller annen gang i livet og tidligere var det en betydelig tendens til tilbakefall av sykdommen. Nå som det er påvist en sammenheng med bakteriell infeksjon i slimhinnen hos disponerte (*Helicobacter Pylori*), har denne tilbakefallstendensen blitt redusert til et minimum (6). Likevel er magesår fortsatt et problem selv om forekomsten kanskje har gått noe ned totalt sett.

Tilstandene er omtrent likelig fordelt mellom kjønnene.

#### *Hvor farlig er sykdommen?*

Inntil det ble aktuelt å behandle magesår med antibiotika hadde man ingen midler til å påvirke sykdommens forløp utenom ved kirurgisk behandling. Ubehandlet er både sår på tolvfingertarmen og i magesekken-kronisk tilbakevendende tilstander med tendens til komplikasjoner som blødninger, perforasjon og strikturer. Disse komplikasjonene er ikke uten dødsrisiko, spesielt hos eldre. Komplikasjonene har hatt en tendens til å angripe de delene av befolkningen med minst tilgang til helsetjenester. Individuer med et høyt forbruk av medikamenter mot revmatisme eller smerter løper en høyere risiko for sår på tolvfingertarmen og magesekken, og også for komplikasjonene til disse tilstandene.

#### *Hva er årsaken til sykdommen?*

Tidligere gjaldt regelen «ingen syre, intet sår» som den viktigste forklaringsmodellen for magesår. Selv om dette også gjelder i dag, anses nå sammenhengen med slimhinnebakterien «*Helicobacter pylori*» som like vesentlig. I tillegg regnes genetiske disposisjoner som viktige og det har lenge vært kjent at individer med blodgruppe A har en spesiell disposisjon for sykdommen. Sammenhengen med stress er mest åpenbar for «stressulcus» som er en akutt form for magesår som utvikles under massiv stressbelastning som større kirurgiske

inngrep og respiratorbehandling og lignende. Selv om vanlig stress regnes som mindre betydningsfull som forklaring kan man ikke se bort ifra en betydning for grad av symptomer, ja endog for behandlingsresultatet. Stress og andre psykiske reaksjoner anses å være av større betydning for den viktige differentialdiagnosen «non ulcer dyspepsi» (NUD) der symptomene ofte ligner på de man har ved magesår uten at sår påvises (7). Denne tilstanden er fire ganger så hyppig som magesår og har mindre sammenheng med syre og *Helicobacter pylori*. Årsaken anses å være mer heterogen, i likhet med Irritabel tarm, men med en forholdsvis lik fordeling mellom kjønnene.

Enkelte har foreslått å forebygge magesår ved å fjerne «*Helicobacter pylori*», da over 90 % av alle med sår på tolvfingertarmen og over 80 % av alle med sår i magesekken har denne bakterien. Dette ville også kunne virke forebyggende mot kreft i magesekken. Likevel har det reist seg sterke innvendinger mot dette, delvis på grunn av risiko for bivirkninger av behandlingen (bakterieresistens) og risiko for negative utslag av behandlingen.

I forebyggelse av non-ulcusdyspepsi er såvel symptomatisk behandling som psykososiale og sosioøkonomiske aspekter av betydning. Både personlige og arbeidsmiljømessige tiltak kan virke forebyggende mot denne tilstanden.

#### *Behandling og rehabilitering.*

Ved påvisning av magesår og samtidig «*Helicobacter pylori*» er 7–10 dagers antibiotikabehandling i kombinasjon med syrehemmer det aktuelle behandlingstilbudet. Der dette ikke er effektivt må sammensetningen av medikamentene endres. De fleste vil bli friske etter den første kuren. Av de som ikke har effekt av første kur, vil de aller fleste respondere på den andre kuren. Kun noen få prosent vil få et senere tilbakefall. Dette er i markert kontrast til regelen om tilbakefall hos de fleste ved behandling mot syre alene. Bare pasienter som er avhengig av sårforebyggende medikamenter, vesentlig pasienter med kroniske sykdommer, eller har økt disposisjon av andre grunner, vil være avhengig av årelang oppfølging. Likevel er fortsatt magesår med komplikasjoner en trussel mot helse for individer i høy alder, selv blant dem uten tidligere økt disposisjon for sykdommen.

#### *Utfordringer*

1. Det mangler kunnskap om årsaken til kronisk inflammatorisk tarmsykdom, betydningen av prognostiske faktorer og effektiv behandling som kan endre sykdommens naturlige forløp.
2. Den norske innsatsen nasjonalt og internasjonalt bør styrkes i dette arbeidet.
3. Forebyggende arbeide bør innrettes mot psykososial mistilpassning og psykosomatiske belastning i arbeidsmiljø i den hensikt å redusere funksjonelle mage-tarmplager som rammer store deler av den yrkesaktive befolkningen, især kvinner.
4. Planene om opprettelse av stillinger for utredning av matvareintoleranse ved region- og sentralsykehus bør få sentral støtte for å møte den økende forekomst av de forskjellige former for ernæringsmessig mistilpassning i samfunnet.
5. Fremtidig behandlingsstrategi for magesår bør bygge på en felles landsomfattende strategi tilpasset miljømessige hensyn og individuell risiko

for sykdom og komplikasjoner.

### Litteratur

1. Moum B, Vatn MH, Ekbom A et al. Incidence of ulcerative colitis and indeterminate colitis in four counties of Southeastern Norway, 1990–93. A prospective population-based study. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 362–66.
2. Moum B, Vatn MH, Ekbom A et al. Incidence of Crohn's disease in four counties in Southeastern Norway, 1990–93. A prospective population-based study. *Scand J Gastroenterol*. 1996; 31: 355–61.
3. Talley NJ, Zinzmeister AR, Melton LJ. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors and health care utilization. *Am J Epidemiol*. 1995; 142: 76–83.
4. Vatn MH, Grimstad I, Thorsen L et al. Adverse reaction to food: assessment by double-blind placebo controlled challenge and clinical, psychosomatic and immunological analysis. *Digestion* 1995; 56: 421–8.
5. Vatn MH, Mogstad TE, Gjone E. A prospective study of patients with uncharacteristic abdominal disorders. *Scand J Gastroent* 1985; 20: 407–14.
6. Vatn MH, Gulvog I, Berstad A et al. Skal ulcus-behandling rettes mot *Helicobacter Pylori*? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991,111,219.
7. Vatn MH, Aursnes I, Aadland E et al. Non-ulcus dyspepsi. Klassifikasjon og grenseoppgang mot organisk sykdom. *Tidsskr NorLægeforen* 1989; 109: 2024–5.

## 9 Lungelidelser og allergi

---

### 9.1 Astma

*Wenche Nystad, Statens institutt for folkehelse.*

Astma er betegnelsen på en gruppe sykdommer som er blant de hyppigste sykdommer i Norge (1). Nyere befolkningsstudier viser også at antall personer som rapporterer at de har astma øker (2–7). Det betyr at astma i fremtiden vil være hyppigere blant norske kvinner enn tidligere. I den forbindelse er det blant annet viktig å kjenne til hvordan astmaen kan virke på graviditeten, betydningen av morens astma på fosteret, fødselens forløp og barnets tilstand før og etter fødselen. I tillegg kan det være vesentlig å være bevisst at enkelte kvinner kan ha økende astmaplager premenstruelt. Unge kvinner med astma kan også ha en rekke spørsmål som knytter seg til astma og seksuell aktivitet samt bruk av prevensjon.

#### **Hva er astma?**

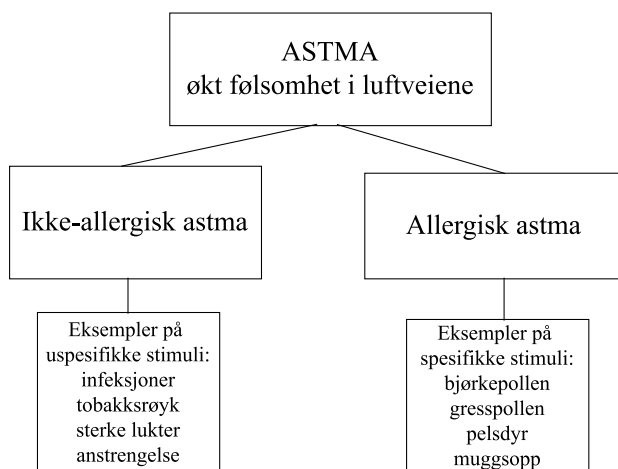
Astma er en klinisk diagnose som baserer seg på informasjon om gjentatte episoder av hoste og/eller pusteproblemer i form av tetthet, pipende eller tung pust. Ytringsformene er mange. Det er gjort flere forsøk på å definere diagnosen nærmere. Siden 1959 har alle definisjonene vektlagt at det som kjenner seg ut som astma er en utbredt og variabel forsnevring av luftveiene (luftveisobstruksjon) (8–10). I astmaens natur ligger denne variabiliteten. Det vil også si at den enkelte pasient kan ha gode og dårlige perioder, og at sykdommen kan arte seg forskjellig fra pasient til pasient.

I dag regnes astma som en betennelsessykdom i luftveiene (10). Hos følsomme individer forårsaker den utbredte betennelsen luftveissyptomer som

er assosiert med variabel forsnevring av luftveiene. Denne betennelsen fører til økt følsomhet i luftveiene (økt bronkial reaktivitet) overfor en rekke stimuli. Figur 8.31 beskriver hvordan astma forenklet kan deles i allergisk og ikke-allergisk astma.

Uspesifikke stimuli som kan gi symptomer hos de fleste astmatikere, såvel allergiske som ikke-allergiske, er anstrengelse, kulde, tobakksrøyk, infeksjoner, sterke lukter, m.m. Med uspesifikk menes her stimuli som leder til obstruksjon gjennom ikke-allergiske mekanismer. For pasienter med allergisk astma fremkalles obstruksjonen også gjennom spesifikke stimuli som for eksempel bjørkepollen, gresspollen, pelsdyr, muggsopp m.m. Med spesifikk menes her stimuli som leder til obstruksjon gjennom allergiske mekanismer.

Å stille diagnosen astma kan være enkelt ved et akutt anfall eller en typisk sykehistorie. Når forekomsten av astma skal undersøkes i befolkningsstudier, må man ty til enkle operasjonelle definisjoner.



Figur 8.31 En beskrivelse av hvordan astma kan deles i allergisk og ikke-allergisk astma.

### Hvordan måle astma?

Flere operasjonelle definisjoner på astma kan benyttes. Det er vanlig å spørre om omfanget av forskjellige typer pusteproblemer (11,12). Andre kriterier basert på allergitest, lungefunksjonsmåling og målinger av følsomheten i luftveiene benyttes også (11,12). Det er imidlertid flere problemer som knytter seg til slike definisjoner av astma. For det første finnes det ingen spesifikk definisjon av sykdommen som klart avgrenser den fra andre lignende luftveissykdommer. For det andre har synet på og bevisstheten omkring astma endret seg over tid. Folks bevissthet omkring egne og andres symptomer vil også være påvirket av den oppmerksomhet sykdommen generelt har i samfunnet.

**Tabell 8.7:** Befolkningsstudier av obstruktiv lungesykdom hos barn og voksne i Norge 1951–1994.

| Sted            | Årstall | Antall | Alder (år) | Diagnose                            | Forekomst (%)                     | Metode                      |
|-----------------|---------|--------|------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Bergen          | 1951–53 | 5032   | 7          | Bronkial astma                      | 1,8                               | Klin u.s.                   |
| Oslo            | 1972    | 17384  | 16–69      | Astma                               | 3,1                               | Spørreskjema                |
| Oslo            | 1973–74 | 1268   | 16–69      | Bronkial astma<br>KOLS <sup>1</sup> | 1,4 <sup>2</sup> 4,1 <sup>2</sup> | Klin. u.s.med<br>spirometri |
| Oslo            | 1981    | 1679   | 7–15       | Bronkial astma                      | 3,6                               | Spørreskjema                |
| Hordaland       | 1985    | 4469   | 15–70      | Astma                               | 3,5                               | Spørreskjema                |
| Bergen          | 1987–88 | 1275   | 18–73      | Bronkial astma<br>KOLS <sup>1</sup> | 2,4 <sup>2</sup> 5,4 <sup>2</sup> | Klin u.s.med<br>spirometri  |
| Oslo            | 1993    | 3817   | 7–12       | Astma                               | 8,0                               | Spørreskjema                |
| Oslo            | 1994    | 2188   | 6–16       | Astma                               | 9,4                               | Spørreskjema                |
| Odda            | 1994    | 788    | 6–16       | Astma                               | 5,4                               | Spørreskjema                |
| Øvre Hallingdal | 1994    | 1045   | 6–16       | Astma                               | 8,5                               | Spørreskjema                |

<sup>1</sup> Kronisk obstruktiv lungesykdom <sup>2</sup> Punktprevalens, mens de andre tallene er livstidsprevalens

### Hva er forekomsten av astma?

Det er en generell oppfatning at forekomsten av astma har økt i senere tid. De vitenskapelige holdepunktene for en slik påstand er imidlertid ikke klare. Teorien om en økning baserer seg i stor grad på gjentatte spørreskjemaundersøkelser (2–7). Slike undersøkelser kan imidlertid være heftet med metodiske svakheter som kan påvirke resultatet (13). Det er et stort behov for flere gjentatte standardiserte studier som inkluderer objektive mål som samvarierer med astma og astmalignende plager, før vi med større sikkerhet kan angi hvor stor en eventuell økning har vært.

Selv om forekomsten av astma kan være påvirket av diagnostiske kriterier og folks bevissthet omkring sykdommen, er det viktig å understreke at astma er en hyppig sykdom.

I Norge er det gjennomført flere befolkningsundersøkelser av astma. En spørreskjemaundersøkelse i Hordaland i 1985 blant omtrent 5000 personer i alderen 18–70 år, viste at forekomsten av astma var 2% (14). Hos eldre mennesker er forekomsten av astma relativt lav, mens forekomsten av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er høyere (15). En annen norsk undersøkelse blant tvillinger i alderen 18–25 år, rapporterte en forekomst av astma på 5% blant kvinner og 6% blant menn (16). Andre studier har vist at astmarelaterte symptomer opptrer hos 6–11% av befolkningen i alderen 20–44 år (17).

I studier blant barn og ungdom (6–16 år) i perioden 1994–95 oppga omtrent 9% i Oslo, 5% i Odda og 8% i øvre Hallingdal i 1994/95 at de noen gang hadde hatt astma (18, 19). Spørsmålet «Har du astma?» gir en lavere forekomst (Oslo 5%) (20,21). Hvis astma defineres i form av symptomer, blir forekomsten høyere. Forekomsten av pusteproblemer i løpet av de siste 12

måneder var i de samme studiene i overkant av 10 % (19,20). Dette viser hvor vanskelig det er å beskrive forekomsten av astma, utvikling over tid og regionale forskjeller. Tabell 8.7 gir en oversikt over noen norske befolkningsstudier av astma og KOLS hos barn og voksne i Norge i perioden 1951–1994. Sammenlignbare norske studier blant barn og ungdom har påvist små regionale forskjeller (19,20).

### **Dødelighet**

Astma er relativt sjeldent en direkte årsak til død. For personer under 35 år er det under 10 dødsfall per år.

### **Er det kjønnsforskjeller i forekomsten av astma?**

Omtrent dobbelt så mange gutter som jenter har diagnosen astma i barnealder (22). Etter puberteten utjevnes denne forskjellen med en tendens til at kvinner noe hyppigere enn menn får diagnosen astma (23). Forekomsten av astma er altså relativt likt fordelt blant yngre menn og kvinner i Norge (16), og med økende alder er plagene hyppigere blant kvinner. Det betyr at astma er en av de hyppigste kroniske tilstander blant kvinner i fertil alder. Årsaken til kjønnsforskjeller i forekomst og forløp av sykdommen er ikke kjent. Ulikheter i hormonell status kan være en forklaring.

### **Risikofaktorer**

Til tross for omfattende forskning, er årsaken til astma fremdeles uklar. I senere tid, har det vært en økende oppmerksomhet mot at den første delen av livet har grunnleggende betydning for utvikling av astma og allergi hos barn. Det er imidlertid helt klart at astma også har en arvelig komponent.

### *Arv*

Studier har vist at i familier hvor en eller begge foreldre har astma, er det en økt risiko for astma hos barna (24,25). Det foreligger også en hypotese om at effekten av mor er større enn effekten av far. Dette kan også skyldes en prenatal påvirkning (26).

### *Allergener*

En rekke studier har vist at det er en samvariasjon mellom overfølsomhetsreaksjoner (allergisk sensibilisering) og astma (27,28). Allergener fra husstøvmidd og pelsdyr kan fremkalle sykdom hos disponerte personer. Studier som har påvist slike sammenhenger er imidlertid beheftet med en viss usikkerhet. Flere av studiene er utført i høyrisikogrupper hvor det foreligger en sterk arvelig komponent for å utvikle sykdommen. I tillegg er det vanskelig i disse studiene å vise at den mulige årsaken kommer før sykdommen. De definisjonene av astma som er anvendt kan også omfatte en hel gruppe astmalignende plager slik at man ikke sikkert kan si at det er astma man har undersøkt (29). Derfor bør slike studier tolkes med forsiktighet.

### *Tobakksrøyk*

Røyking kan være en av de viktigste risikofaktorer for astma. Gravide kvinner som røyker, har en økt risiko for å få barn med lavere fødselsvekt, redusert lungefunksjon og symptomer på astma (30). Flere studier har også vist at passiv røyking øker risikoen for astmasymptomer blant barn (31). Dette er også vist i norske studier (32,33).

### *Infeksjoner i tidlig barnealder*

En hypotese er at infeksjoner i tidlig barnealder kan redusere risikoen for astma og allergi hos barn. Bakgrunnen for denne teorien er en studie som viste at desto flere søsken barnet hadde jo mindre risiko for høysnue (34). Siden antall eldre søsken hadde en større effekt enn yngre søsken, foreslo forskerne at barn med eldre søsken fikk flere infeksjoner, og dette kunne beskytte mot allergi (34). Hypotesen bygger på at infeksjoner bidrar til utvikling av type T1 hjelpeceller og ikke til T2 hjelpeceller (35,36). T2 lymfocytene bidrar til utviklingen av allergisk sensibilisering. Flere studier som viser en sammenheng mellom antall søsken og utvikling av allergi styrker hypotesen (37–40). Det er imidlertid ikke gjennomført noen oppfølgingsstudier som har vist at luftveisinfeksjoner reduserer risikoen for astma. På den annen side er det vist at virusinfeksjoner er den hyppigste årsak til astmatiske plager blant små barn (41).

### *Kosthold*

Studier som viser en sammenheng mellom spesifikke kostholds faktorer og astma er foreløpig sparsomme. Amming kan muligens ha en gunstig forebyggende effekt på utvikling av astma og allergi (42). Det er holdepunkter for at et høyt inntak av antioksydanter (for eksempel vitamin C, umettede fettsyrer) også kan ha en forebyggende effekt (42). Det er et stort behov for forskning på dette området. Denne forskningen er spesielt viktig for å skaffe kunnskap som kan danne basis for rådgivning av blant annet gravide.

### *Luftforurensning*

Det er en almen bekymring for at det er en klar sammenheng mellom luftforurensning og utviklingen av astma. Det vitenskapelige grunnlaget for at det er en slik sammenheng er imidlertid svak (43). Det er ikke påvist at komponenter i utendørsluften forårsaker astma (43). Studier i Norden og andre europeiske land viser også at det å være bosatt i byen sammenlignet med på landet ikke klart øker risikoen for astma (44–48). Slike studier er også gjennomført i Norge (19,49,50). Det er imidlertid vist at luftforurensning kan gi økte plager blant personer som allerede er syke (43).

### *Andre faktorer*

Fuktige hus/fuktskader har vist seg å gi en økt risiko for utvikling av astma og allergi (51).

### **Astma og graviditet**

Vi vet ikke hvor stor andel av norske gravide kvinner som har astma. Tidligere utenlandske studier tyder på at minst 1% har astma (52). Forhold omkring kombinasjonen astma og graviditet bør derfor belyses nærmere. Gravide med astma bør i prinsippet betraktes som en høyrisikogruppe (53). Generelt bør mye tid vies til informasjon om astma og graviditet, og utløsende faktorer som luftveisinfeksjoner, allergener og luftveisirritanter. Informasjon om medikamentell behandling er spesielt viktig.

#### *Effekt av graviditet på astma*

Hvordan den enkelte pasients astma utvikler seg i graviditeten er uforutsigbar. Resultater fra flere studier viser at ca 1/3 av kvinnene blir bedre, godt og vel 1/3 holder seg uendret, mens noe under 1/3 blir verre i løpet av graviditeten (53,54). Sannsynligheten for forverring er særlig stor mellom uke 20 og 36 (54). Årsaken til dette er lite kjent. Det er imidlertid hevdet at de som blir dårligere når de blir gravide, ofte har hatt en dårlig kontrollert astma på forhånd. Vi mangler kunnskap om samvariasjonen mellom graviditet, astma og medikamentell behandling under svangerskapet.

#### *Effekt av astma på graviditet*

Det er hevdet at preeklampsi, prematuritet og perinatal mortalitet forekommer hyppigere hos astmatikere enn andre (55). Dette gjelder først og fremst kvinner med en ubehandlet astma (53). I undersøkelser av velkontrollerte astmapasienter, sammenlignet med en kontrollgruppe, finnes det ingen forskjell med hensyn til barnets fødselsvekt eller Apgarpoeng (56). Det kan derfor synes som om en undermedisinert og dårlig kontrollert pasient, representerer en større risiko for fosteret enn en med medikamentelt velregulert astma. På dette området er også kunnskapen mangelfull.

### **Astma, menstruasjon og seksuell aktivitet**

Det er antydning at det kan være en samvariasjon mellom hormonell status og astma. Enkelte kvinner med astma vil oppleve at sykdommen varierer med menstruasjonssyklus (57,58), mens andre kun opplever astma som et premenstruelt syndrom (58). For noen vil dette arte seg som økte plager med økt forbruk av medikamenter premenstruelt eller under menstruasjonen. Når det gjelder hvordan sykdommen kan påvirkes av menopausen vil det også her være individuelle forskjeller. Noen vil bli bedre, mens andre opplever at sykdommen forverres. Årsakene til slike individuelle forskjeller og eventuelle sammenhenger mellom astma og menstruasjonssyklus er lite kjent.

Bruk av p-piller kan også påvirke astmaen (57,58), og blant annet for enkelte stabilisere lungefunksjonen (58). En annen prevensjonsform som kan skape problemer for astmatikere er bruken av kondom. Mange astmatikere er allergiske og noen kan reagere på latex. Det utvikles nå nye typer kondomer som reduserer risikoen for slike reaksjoner.

Fysiske anstrengelser kan, hos disponerte personer, utløse bronkial obstruksjon. Forekomsten av anstrengelsesutløst bronkial obstruksjon (EIB) varierer fra 60–90 % blant pasienter med astma (59). Basert på studier blant barn/ungdom kan forekomsten være rundt 10% i den generelle befolkning (2,60). Økt fysisk aktivitet fører til økt pustefrekvens. Økt pustefrekvens gir



økt væske og varmetap fra luftveiene. Det er væske og varmetapet fra luftveiene som er utløser EIB (61). Den samme effekten kan også oppnås ved hyperventilering. I den forbindelse er det sannsynlig at seksuell aktivitet kan føre til EIB. Dette er lite belyst.

### **Forebyggende tiltak**

Når det gjelder primærforebyggende tiltak fremstår røyking og fuktskader som de best dokumenterte risikofaktorer for utvikling av astma og allergi. I tillegg kan amming ha en viktig primærforebyggende effekt.

### **Konklusjon**

Vår kunnskap om endring i astmaforekomst er mangelfull. Årsaken til astma er heller ikke kjent. Svangerskapet og den første perioden av livet synes å være viktig med hensyn til senere utvikling av astma og allergi. Det er et stort behov for videre forskning på området. Her vil langtidsstudier blant gravide og en videre oppfølging av deres barn kunne gi oss verdifull kunnskap. I tillegg vet vi lite om årsaken til kjønnsforskjeller i forekomst og det naturlige forløp av sykdommen. Sammenhengen astma og medikamenteffekt i ulike faser som puberteten, menstruasjonssyklus, graviditet og menopause er lite kjent.

### **Litteratur**

1. Aas K. Heterogeneity of Bronchial Asthma. Sub-populations – or Different Stages of the Disease. *Allergy* 1981; 36: 3–14.
2. Burr ML, Butland BK, King S, Vaughan-Williams E. Changes in asthma prevalence: two surveys 15 years apart. *Archives of Disease in Childhood* 1989; 64: 1452–6.
3. Shaw R, Crane J, O'Donnell T, Porteus L, Coleman E. Increasing asthma prevalence in a rural New Zealand adolescent population: 1975–89. *Archives of Disease in Childhood* 1990; 65: 1319–23.
4. Mitchell EA, Asher A. Prevalence, severity and medical management of asthma in European school children in 1985 and 1991. *J Paediatr Child Health* 1994; 30: 398–402.
5. Peat J, van den Berg R, Green W, F., Mellis C, Leeder S, Woolcock A. Changing prevalence of asthma in Australian children. *BMJ* 1994; 308: 1591–6.
6. Anderson HR, Butland BK, Strachan D P. Trends in prevalence and severity of childhood asthma. *BMJ* 1994; 308: 1600–4.
7. Rimpelæ AH, Savonius B, Rimpelæ MK, Haahtela T. Asthma and Allergic Rhinitis among Finnish Adolescents in 1977–1991. *Scand J Soc 19Med* 1995; 23: 60–5.
8. Ciba Guest Symposium. Terminology, definitions and classifications of chronic pulmonary emphysema and related conditions. *Thorax* 1959; 14: 286–99.
9. American Thoracic Society. Definitions and classifications of chronic bronchitis, asthma and pulmonary emphysema. *Am Rev Respir Dis* 1962; 85: 762–8.
10. Sheffer A, Bousquet J, Busse W, Clark T, Dahl R, Evans D, Fabbri L, Hargreave F, Holgate S. International Consensus Report on Diagnosis and

- Treatment of Asthma. *Eur Respir J* 1992; 5: 601–41.
11. Burney P, Laitinen L, Perdrizet S, Huckauf H, Tattersfield A, Chinn S, Poisson N, Heeren A, Britton J, Jones T. Validity and repeatability of the IUATLD (1984). Bronchial symptoms questionnaire: an international comparison. *Eur Respir J* 1989; 2: 940–5.
  12. Asher M, Keil U, Anderson H, Beasley R, Crane J, Martinez F, Mitchell E, Pearce N, Sibbald B, Stewart AW, et al. International study of asthma and allergies in childhood (ISAAC): rationale and methods. *Eur Respir J* 1995; 8: 483–91.
  13. Magnus P, Jaakkola J. Secular trend in the occurrence of asthma among children and young adults: critical appraisal of repeated cross sectional surveys. *BMJ* 1997; 314: 1795–9.
  14. Bakke P, Baste V, Hanoa R, Gulsvik A. Prevalence of obstructive lung disease in a general population: relation to occupational title and exposure to some airborne agents. *Thorax* 1991; 46: 863–70.
  15. Gulsvik A, Bakke P, Hummerfelt S, et al. Obstruktive lungesykdommer hos voksne – forekomst og årsaksfaktorer. *Norsk epidemiologi* 1993; 3: 8–11.
  16. Harris J, Magnus P, Samuelson S, Tambs K. No Evidence for Effects of Family Environment on Asthma. A Retrospective Study of Norwegian Twins. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156: 43–49.
  17. Janson C, Gislason D, Iversen M, Omenaas E, Normann E, Plascke P. Astmasymtom ock astmalakemedel i fyra nordiske lander. *Nord Med* 1996; 11: 147–50.
  18. Skjønsberg O, Clench-As J, Leeggaard J, Skarpaas I, Giæver P, Bartonova A, Moseng J. Prevalence of bronchial asthma in school children in Oslo, Norway. *Allergy* 1995; 50: 806–10.
  19. Nystad W, Magnus P, Røksund O, Svidal B, Hetlevik Ø. The prevalence of respiratory symptoms and asthma among school children in three different areas of Norway. *Pediatric Allergy and Immunology* 1997; 8: 35–40.
  20. Nystad W, Søyseth V, Magnus P. The prevalence of asthma among school children in Norway in 1985–94. *The Journal of the Norwegian Medical Association* 1997; 5: 644–7.
  21. Nystad W, Magnus P, Gulsvik A, Skarpaas I, Carlsen K. Changing prevalence of asthma in school children. Evidence for diagnostic changes in asthma in two surveys 13 years apart. *Eur Respir J* 1997; 10: 1046–51.
  22. Aas K. Aas K, editors. *Allergiske barn*. Oslo: J.W.Cappelen Forlag A/S; 1969; Astma. p. 99–127.
  23. Dodge R, Burrows B. The prevalence and incidence of asthma-like symptoms in a general population sample. *Am Rev Respir Dis* 1980; 122: 557–75.
  24. Sherman C, Tosteson T, Tager I, Speizer F, Weiss S. Early childhood predictors of asthma. *Am J Epidemiol* 1990; 132: 83–95.
  25. Sibbald B, Horn M, Gregg I. A family study of the genetic basis of asthma and wheezy bronchitis. *Arch Dis Child* 1980; 55: 354–7.
  26. Warner J, Jones A, Miles E, Colwell B, Warner J. Prenatal origins of asthma and allergy. The rising trends in asthma (Ciba Foundation Symposium 206), Wiley, Chichester 1997; 220–32.
  27. Platts-Mills T, Ward G, et al. Epidemiology of the relationship between exposure to indoor allergen and asthma. *Int Arch Allergy Appl Immunol* 1991; 94: 339–45.
  28. Sears M, Herbison G, Holdaway M. The relative risks of sensitivity to grass pollen, house dust mite and cat dander in the development of child-

- hood asthma. *Clin Exp Allergy* 1989; 19: 419–29.
29. Anto J, Soriano J, Sunyer J. Proportion of asthma attributable to sensitization to aeroallergens. *Eur Respir rev* 1998; 8: 159–60.
  30. Haug K. Smoking among pregnant women: epidemiology and health consequences. *Norsk epidemiologi* 1995; 5: 155–60.
  31. *Respiratory Health Effects of Passiv Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. Washington DC: U.S. Environmental Protection Agency: EPA/600/6–90/006F; 1992.
  32. Søyseth V. Bronchial responsiveness in workers and children exposed to pollutants from an aluminium smelter. *Norsk epidemiologi* 1995; suppl 1
  33. Nafstad P, Kongerud J, Botten G, Hagen JA, Jaakkola J. The role of passiv smoking in the development of bronchial obstruction during the first 2 years of life. *Epidemiology* 1997; 8: 293–7.
  34. Strachan DP. Hay fever, hygiene and household size. *BMJ* 1989; 299: 1259–60.
  35. Holt PG, Sly PD. Allergic respiratory disease: strategic targets for primary prevention during childhood. *Thorax* 1997; 52: 1–4.
  36. Cookson WOCM, Moffatt MF. Asthma: An epidemic in the Absence of Infection? *Science* 1997; 275: 41–2.
  37. Jarvis D, Chinn S, Luczynska C, Burney P. The association of family size with atopy and atopic disease. *Clinical and Experimental Allergy* 1997; 27: 240–5.
  38. Strachan DP, Taylor EM, Carpenter RG. Family structure, neonatal infection, and hay fever in adolescence. *Arch Dis Child* 1996; 74: 422–6.
  39. Strachan DP, Harkins LS, Golding J. Sibship size and self-reported inhalant allergy among adult women. *Clinical and Experimental Allergy* 1997; 27: 151–5.
  40. Strachan DP, Harkins LS, Johnston IDA, Anderson HR. Childhood antecedents of allergic sensitization in young British adults. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99: 6–12.
  41. Sigurs N, Bjarnason R, Sigurbergsson F, Kjellman B, Björkstén B. Asthma and Immunoglobulin E Antibodies After respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis: A Prospective Cohort Study With Matched Controls. *Pediatrics* 1997; 95(4): 500–5.
  42. Weiss S. Diet a risk factor for asthma. The rising trends in asthma (Ciba Foundation Symposium 206). Wiley Chichester; 1997; 244–57.
  43. Wardlaw AJ. The role of air pollution in asthma. *Clinical and Experimental Allergy* 1993; 23: 81–96.
  44. Austin JB, Russel G, Adam MG, Makintosh D, Kelsey S, Peck DF. Prevalence of asthma and wheeze in the Highlands of Scotland. *Archives of Disease in Childhood* 1994; 71: 211–6.
  45. Bråbäck L, Breborowicz A, Dreborg S, Knutsson A, Pieklik H, Björkstén B. Atopic sensitization and respiratory symptoms among Polish and Swedish school children. *Clinical and Experimental Allergy* 1994; 24: 826–35.
  46. Pershagen G, Rylander E, Norberg S, Eriksson M, Nordvall SL. Air pollution involving nitrogen dioxide exposure and wheezing bronchitis in children. *Int J Epidemiol* 1995; 24: 1147–53.
  47. Strachan D, Anderson H, Limbs E, O'Neill A, Wells N. A national survey of asthma prevalence, severity, and treatment in Great Britain. *Arch Dis Child* 1994; 70: 174–8.
  48. Forsberg B, Pekkanen J, Clench-Aas J, Mårtenson M, Stjernberg N, Bartonova A, Timonen K, Skerfving S. Childhood Asthma in Four Regions in

- Scandinavia: Risk Factors and Avoidance Effects. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 610–9.
49. Clench-Aas J, Bartonova A, Skjensberg O, Leegaard J, Hagen L, Giæver P, Moseng J, Roemer W. Air pollution and respiratory health of children: the PEACE study in Oslo, Norway. *Eur Respir J* 1998; 8: 36–43.
  50. Steen-Johnsen J, Bolle R, Holt J, Benan K, Magnus P. Impact of pollution and place of residence on atopic diseases among schoolchildren in Telemark county, Norway. *Pediatr Allergy Immunol* 1995; 6: 192–5.
  51. Brunekref B, Dockery D, et al. Home dampness and respiratory morbidity in children. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: 1363–7.
  52. Di Marco A. Asthma in the pregnant patient: a review. *Ann Allergy* 1989; 151: 927–9.
  53. Skarpaas I. Asthma and pregnancy. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 663–5.
  54. Schatz M, Harden K, Forsythe A, Chilingar L, Hoffman C, Sperling W. The course of asthma during pregnancy, post partum, and with successive pregnancies: a prospective analysis. *J Allergy Clin Immunol* 1988; 81: 509–17.
  55. Haas J, McCormick M. Hospital use and health status of women during the 5 years following the birth of a premature, low-birthweight infant. *Am J Public Health* 1997; 87: 1151–5.
  56. Barsky H. Asthma and pregnancy. *Postgrad Med J* 1991; 89: 125–32.
  57. Juniper E, Kline P, Roberts R, Hargreave F, Daniel E. Airway responsiveness to methacholine during the natural menstrual cycle and the effect of oral contraceptives. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135: 1039–42.
  58. Tan K, McFarlane L, Lipworth B. Modulation of airway reactivity and peak flow variability in asthmatics receiving the oral contraceptive pill. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 1273–7.
  59. Mc Fadden EJ, Gilbert I. Exercise-induced asthma. *N Engl J Med* 1994; (330): 1362–7.
  60. Vall O, Sancho N, Sunyer J, Anto J, Busquets R. Prevalence of asthma-related symptoms and bronchial responsiveness to exercise in children 13–14 yrs in Barcelona, Spain. *Eur Respir J* 1996; 9: 2094–8.
  61. Freed A. Models and mechanisms of exercise-induced asthma. *Eur Respir J* 1995; 8: 1770–85.

## 9.2 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

*Per Magnus, Statens institutt for folkehelse, Seksjon for epidemiologi.*

### **Hva er sykdommen?**

Kronisk obstruktiv lungesykdom eller kronisk luftstrømsobstruksjon brukes i Norge som et samlebegrep for emfysem (utblåste lunger) med obstruksjon og kronisk obstruktiv bronkitt, men inkluderer også pasienter med anfallsvis åndenød (astma) når lungefunksjonen er unormal også utenom astmaanfallene. Obstruksjon betyr hindring. I denne sammenheng betyr obstruksjon øket motstand for luftstrømmingen i lungene. Ved kronisk bronkitt har det gjennom lang tid vært betennelsesforandringer i slimhinnene i luftrørene. En vanlig definisjon på kronisk bronkitt er daglige plager med hoste og oppspytt i 3 måneder eller mer per år i løpet av de to siste årene. Ved emfysem er lungevevet varig skadet på en slik måte at elastisiteten er helt eller delvis borte.

Det er vanlig å bruke lungefunksjonsmålinger for å stille diagnosen kronisk obstruktiv lungesykdom. Lungeleger, indremedisinere og allmennpraktikere har litt ulike krav til diagnosen. Mange pasienter med KOLS seiler under diagnosen astma. I befolkningsundersøkelser av voksne er det mange som slår sammen diagnosene KOLS og astma til betegnelsen obstruktive lungelidelser, for å få et sikrere grunnlag for sammenligninger mellom geografiske områder.

Det typiske forløp er en gradvis forverring med tungpust som nedsetter evnen til arbeid og fysisk aktivitet, og som til slutt gir plager med tungpust også i hvile. Pasientene plages av langvarige hosteepisoder og av oppspytt, særlig om morgenen. Ved tilleggsinfeksjoner i lungene blir pasientene dårligere. Når evnen til å puste luft raskt ut kommer under 0,75 liter per minutt er prognosen dårlig. 30 % av slike pasienter dør i løpet av et år.

### **Hvor vanlig er sykdommen?**

Sykdommen forekommer oftest hos personer over 40 år. For astma og kronisk bronkitt hos voksne er det gjennomført en befolkningsundersøkelse av et representativt utvalg personer mellom 18 og 70 år i Hordaland i 1987–88 (1). Forekomsten av sykdom ble beregnet ved hjelp av symptomer rapportert på et spørreskjema og ved grundige undersøkelser av underutvalg. Det ble ikke funnet noen forskjeller i forekomsten av KOLS mellom by (Bergen) og land. Det var 5,2 % av kvinnene og 5,6 % av mennene som hadde KOLS i denne undersøkelsen. I tabell 8.8 vises utviklingen av dødeligheten av KOLS i Norge for menn og kvinner i perioden 1969–93, basert på tall fra Dødsårsaksregisteret. Vi ser at KOLS er en sjelden dødsårsak før 60-årsalder. Det som er viktig er likevel *utviklingen* i dødeligheten for personer under 60 år. Vi ser at det er en klart økende dødelighet for kvinner, mens det i de siste to periodene er lavere tall for menn enn tidligere. Kjønnratioen endrer seg mot 1, det vil si at dødeligheten nå er like høy for kvinner som for menn. Den samme endringen ser vi i alle aldersgruppene.

**Tabell 8.8:** Aldersspesifikk mortalitet av KOLS per 100.000 personår for menn og kvinner i Norge etter periode.

|                   | 1969–73 | 1974–78 | 1979–83 | 1984–88 | 1989–93 |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| MennAlder50–54    | 9.07    | 9.11    | 13.46   | 8.17    | 7.25    |
| 55–59             | 23.59   | 21.39   | 23.60   | 21.22   | 17.73   |
| 60–64             | 42.22   | 44.62   | 55.59   | 48.77   | 49.13   |
| 65–69             | 74.65   | 76.25   | 91.63   | 83.89   | 97.65   |
| 70–74             | 131.39  | 127.19  | 153.78  | 174.88  | 182.00  |
| KvinnerAlder50–54 | 5.10    | 4.79    | 9.88    | 8.63    | 7.31    |
| 55–59             | 7.99    | 10.41   | 12.32   | 15.53   | 15.67   |
| 60–64             | 11.62   | 14.77   | 19.16   | 25.99   | 36.30   |
| 65–69             | 26.77   | 23.82   | 29.52   | 43.36   | 54.69   |
| 70–74             | 40.38   | 31.71   | 45.05   | 62.24   | 69.36   |
| KjønnratioAlder   |         |         |         |         |         |
| 50–54             | 1.78    | 1.90    | 1.36    | 0.95    | 0.99    |

**Tabell 8.8:** Aldersspesifikk mortalitet av KOLS per 100.000 personår for menn og kvinner i Norge etter periode.

|       | 1969–73 | 1974–78 | 1979–83 | 1984–88 | 1989–93 |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 55–59 | 2.95    | 2.05    | 1.92    | 1.37    | 1.13    |
| 60–64 | 3.63    | 3.02    | 2.90    | 1.88    | 1.35    |
| 65–69 | 2.79    | 3.20    | 3.10    | 1.93    | 1.79    |
| 70–74 | 3.25    | 4.01    | 3.41    | 2.81    | 2.62    |

### Risikofaktorer

Røyking er den dominerende årsaksfaktor for KOLS i Norge. Det tar mange år før en røyker utvikler KOLS. Fra befolkningsundersøkelser vet vi at kvinner hele tiden har røkt mindre enn menn i Norge, men at vi de siste tiårene har opplevd et fall i andelen av menn som røyker, og først en stigning i andelen kvinner som røyker, med en avflating til et nivå som er nokså likt nivået for menn. Det er naturlig å tenke seg at økningen i dødelighet av KOLS hos kvinner som vi ser fra 1970–80 tallet og fremover er en konsekvens av dette. Det er bekymringsfullt at kvinnene allerede er oppe på samme dødelighet som menn, tatt i betraktning den lange tiden det tar å utvikle sykdommen. Dette kan tyde på at kvinner tåler røyking dårligere, kanskje fordi lungevolumet i utgangspunktet er mindre hos kvinner. En av de faktorer som best forklarer variasjon i lungefunksjon er kroppshøyde, slik at høye personer har større lungefunksjon enn lave personer. Lungefunksjonen og dermed risikoen for KOLS kan også påvirkes av støv- og gasspåvirkninger i yrkeslivet.

### Forløp og behandling

Det er et normalt fall i lungefunksjonen med alder. Personer med KOLS har også dette fallet, samt at deres utvikling kan gå fortere hvis de fortsetter å røyke og hvis de har stadige infeksjoner. Hvis pasientene ikke dør av annen sykdom vil lungesvikten føre til en langsom og pinefull kvelning. Mange vil også utvikle hjertesvikt som følge av den dårlige lungefunksjonen. Denne prosessen kan ikke reverseres med medikamenter. I sluttfasen vil mange pasienter måtte bruke oksygenbehandling mer eller mindre kontinuerlig. Pasienter med anfallsvis åndenød kan ha glede av astmamedikamenter.

### Utfordringer

Å få kvinner til å la være å begynne å røyke er den viktigste utfordring i det forebyggende arbeid.

### Referanser

1. Bakke PS, Baste V, Hanoa R, Gulsvik A. Prevalence of obstructive lung diseases in a general population: relation to occupational title and exposure to some airborne agents. *Thorax* 1991; 46: 863–70.

## 10 Hudsykdommer

---

### 10.1 Hudsykdommer

#### **Anne O. Olsen. Hudavdelingen, Ullevål sykehus.**

Av de fem «store» sykdomsgruppene er det utbredelsen av hudsykdommer som har endret seg mest de siste årene (1). Helse- og levekårsundersøkelsene i regi av Statistisk sentralbyrå viser at andelen av befolkningen med hudsykdommer har økt fra 6 % til 11 % i perioden 1975–1991. Forekomsten av hudsykdommer blant yngre kvinner har vist en nesten tredobling og er omtrent dobbelt så hyppig som hos menn i samme alder (2). Flere av de hyppigst forekommende hudsykdommene er kroniske og det er til dels stor variasjon i alvorlighetsgrad innen hver sykdomskategori. De mest plagede pasientene kan ha betydelig redusert funksjonsevne og livskvalitet og har behov for relativt store ressurser og ytelser fra helse- og trygdevesen.

Hudsykdommer behandles i hovedsak poliklinisk og utgjør derfor kun en liten andel av innleggelser i sykehus. Pasienter utskrevet fra hudavdelinger i 1994 hadde i gjennomsnitt vært innlagt i vel 10 dager, mens gjennomsnittlig antall liggedager blant alle sykehuspasienter var 6,8 dager (3).

I en kunnskapsoversikt om kvinners helse i Norge er det viktig å peke på ulike kjønns-spesifikke aspekter ved hudsykdommer:

- Det ser ut til at visse hudsykdommer forekommer hyppigere hos kvinner enn hos menn og at dette delvis kan forklares av (biologiske) kjønnsforskjeller (eks.: bindevevssykdommer),
- Utviklingen i befolkningens alderssammensetning med stadig flere eldre hvor kvinneandelen er høy, medfører økt forekomst av visse hudsykdommer (eks. kroniske sår og hudkreft).
- Både i yrkessammenheng og gjennom arbeid i hjemmet utsetter kvinner i større grad enn menn huden for miljøpåvirkning som kan ha betydning for sykdomsutvikling (eks. kontakteksem/håndeksem).
- De ulike faser i kvinners livssyklus byr på ulike medisinske utfordringer også når det gjelder lidelser i huden. I behandling av alvorlige kroniske hudsykdommer vil det hos kvinnelige pasienter oppstå spesielle problemstillinger i forhold til svangerskap og fødsel (eks. bruk av immunhemmende medikamenter og cellegift).
- Hud og hår er viktig for vår identitet og selvbilde og spiller en viktig rolle i kommunikasjonen med andre. Frisk og vakker hud er et viktig kriterium for ungdom og skjønnhet i dagens samfunn. Det er mulig at dette har større betydning for kvinner enn for menn (eks. kviser og hårtap).
- Huden er også et viktig seksuelt organ hvilket innebærer at uttalt eller alvorlig hudsykdom kan føre til betydelig grad av funksjonshemming.

#### **Ulike hudsykdommer – forekomst og årsaker**

Hudsykdommenes forekomst og endringer i utbredelse over tid er dårlig kartlagt i Norge. Årsaksforholdene er ofte heller ikke tilstrekkelig kjent. Det har i liten grad vært fokusert på de kjønns-spesifikke aspekters relevans i forebygging og behandling. Mangel på slik kunnskap kan tenkes å ha hatt konsekvenser for prioriteringer og ressursbruk i helsevesenet.

Denne oversikten kan ikke og er heller ikke ment å være komplett, men forsøker å belyse de viktigste/mest vanlige problemstillinger når det gjelder hudsykdommer og kan illustrere relevante kjønnsaspekter:

### *Føflekk-kreft og annen hudkreft*

Føflekk-kreft (malignt melanom) har vært mye omtalt både på grunn av sin alvorlige karakter, men også fordi den rammer relativt unge mennesker. Tidligere var malignt melanom hyppigere hos kvinner, men kjønnsforskjellen er nå i ferd med å jevne seg ut. Uheldige solingsvaner, spesielt solforbrenninger, anses å være viktigste årsak. Insidensen av malignt melanom har økt kraftig de seneste tiår, utgjør nå 5% av all kreft og er den femte hyppigste kreftform blant norske kvinner (4). Det forventes fortsatt økning i insidens av malignt melanom, og forekomsten blant norske kvinner ser ut til å nærme seg verdenstoppen (Australia) etter år 2000 (5). Selv om prognosen for pasienter med malignt melanom er bedret, har det vært en økning i antall dødsfall (6). Andre typer av hudkreft er også i stor grad et resultat av solens skadelige effekter på huden, men for disse er prognosen relativt god. De oppstår oftest blant eldre og forekommer noe hyppigere hos menn enn hos kvinner. Disse kreftformer hadde den kraftigste økning i insidens (+ 40% blant kvinner) i perioden fra 1985-89 til 1990-94 (4). Det er en betydelig geografisk variasjon for alle typer hudkreft med høyest forekomst i de sørligste fylker (4).

### *Legg- og fotsår*

Legg- og fotsår kan ha forskjellige årsaker. Velkjente risikofaktorer er svikt i blodsirkulasjon og væskeansamling som følge av dårlig fungerende blodårer eller hjerte/kar sykdom. Sukkersyke gir også økt risiko for kroniske sår. Legg- og fotsår rammer hovedsakelig de eldre. Det er ikke gjort studier på forekomst i Norge, men tall fra Sverige viser at omtrent 1% av personer over 80 år har legg- og fotsår (7). Kvinneandelen i denne pasientgruppen er høy og vil øke ytterligere med eldrebølgen. Kroniske legg- og fotsår fører ofte til betydelig og langvarig sykkelighet.

### *Eksemmer:*

- *Atopisk eksem (barneeksem)* tilhører samme sykdomsgruppe som astma og høysnue og er arvelig betinget. Denne form for eksem vedvarer sjelden (hos omtrent 10%) opp i voksen alder, men den atopiske disposisjonen medfører ofte andre hudproblemer (eks tørr, kløende hud) og gir økt risiko for visse andre hudlidelser blant annet kontakteksem/håndeksem. Årsaksforhold og ytre faktors rolle i utviklingen og forløpet av sykdommen er ikke tilstrekkelig kartlagt og er til dels et kontroversielt tema. Forekomsten av atopisk eksem blant barn er økende.
- Ulike former for *kontakteksem*, spesielt kronisk håndeksem, er svært vanlig hos kvinner. Kontakteksemer representerer den største gruppen av yrkessykdommer og er spesielt knyttet til flere av de såkalte «kvinneyrker» (eks. frisørfaget, pleie- og omsorgsykker, rengjøringsbransjen). Stående slitasje på huden skader den viktige hudbarrieren og øker risikoen for utvikling av allergi overfor visse stoffer som kommer i berøring med huden (*kontaktallergi*). Allergi mot flere vanlig forekommende stoffer, spesielt nikkell og lateks/gummitilsetningsstoffer ser ut til å være økende og vil sannsynligvis føre til økt forekomst av kontakteksemer/håndeksem. Tall på forekomst av kontakteksem blant norske kvinner finnes ikke, men en norsk studie blant kvinnelige frisører og lærere rapporterte henholdsvis 42% og 23% av de spurte at de en eller annen gang hadde hatt eksem på hender/underarmer (8).



### *Psoriasis*

Psoriasis er en kronisk hudsykdom som rammer om lag 2–4 % av befolkningen. Det ser ikke ut til å være forskjeller mellom kjønnene når det gjelder forekomst, men sykdommen debuterer tidligere hos kvinner enn hos menn. Kunnskapen om årsakene er mangelfulle. Psoriasis er arvelig betinget, men miljøfaktorer ser ut til å spille en viktig rolle for utviklingen og forløpet av sykdommen. Vel 5 % av pasientene utvikler en form for leddgikt (psoriasis arthritt) som medfører til dels høy sykkelighet. Sykdommen kan hos noen kvinner forverres under svangerskap eller i forbindelse med amming samtidig som de systemiske behandlingsalternativene ofte er uaktuelle på grunn av faren for påvirkning av fosteret/barnet.

### *Bindevevssykdommer*

Bindevevssykdommer (kollagenoser) tilhører gruppen av autoimmune sykdommer, det vil si at kroppens eget immunforsvar angriper bindevevet. Årsakssammenhengene er i stor grad ukjente. Sikre tall på forekomst foreligger ikke, men dette er relativt sjeldne sykdommer. De er imidlertid oftest kroniske og medfører høy sykkelighet. De fleste kollagenoser forekommer hyppigere hos kvinner enn hos menn.

### **Forebygging**

Når det gjelder malignt melanom antas det å være et stort forebyggingspotensial i å påvirke befolkningens solingsvaner. Tiltak for å begrense de skadelige effekter av solariumbruk er også viktig i det primærforebyggende arbeidet mot hudkreft (9). Formidling av kunnskap om symptomer og «faresignaler» er viktig i sekundærforebyggingen og kan trolig bedre prognosen. Man må imidlertid unngå at overdreven frykt for slik sykdom medfører at det utvikles en form for «vill-screening» som fører til uhensiktsmessig ressursbruk innen spesialisthelsetjenesten.

Faren for kroniske fot- og leggsår kan til dels reduseres med tiltak som vektreduksjon og røykestopp. Forebygging av og riktig oppfølging ved åreknuter og blodpropp er viktig. Det er mange plager og resurser spart ved å iverksette optimal behandling på et tidlig tidspunkt. Ved å formidle korrekt og effektiv behandling, kan primærhelsetjenesten og hjemmesykepleien bidra i dette arbeidet.

Yrkesrelaterte hudsykdommer medfører ofte gjentatte/langvarige sykemeldinger, behov for omskolering eller i verste fall uførhet. Kvinner med en «atopisk disposisjon» har økt risiko for å utvikle kontakteksem, og god yrkesveiledning for ungdom med slik risiko er ett eksempel på primærforebyggende tiltak. Viktig primær- og sekundærforebyggende arbeid kan gjøres på arbeidsplassene for å minske eksponeringen for og bruken av allergi/eksemfremkallende stoffer (eks. lateks/gummi i helsesektoren og i gummiindustrien).

### **Behandling**

Det er underskudd på spesialister i hudsykdommer i Norge, og dette gir stor geografisk variasjon i tilbudet til pasientene. Tilbud om for eksempel lysbehandling blir også skjevt på grunn av sentralisering av slike tjenester. I regi av Sosial- og helsedepartementet finnes det et tilbud om behandlingsreiser til

Syden for eksem- og psoriasis-pasienter. Pasienter med kroniske hudsykdommer har ofte store personlige utgifter til behandling og rehabilitering. Behandlingen er dessuten ofte langvarig og tidkrevende.

Stadig flere er villige til å bruke penger på forbedring og forskjøvning av huden. Plastikk-kirurgi utgjør bare en del av det tilbud som møter oss som potensielle forbrukere. Innen kosmetisk dermatologi sees også en rivende utvikling, og det tilbys stadig flere, mer avanserte (og ofte svært kostbare) behandlinger. Kvinner er en viktig målgruppe. Det oppstår et dilemma hvis etterspørselen etter slike tjenester blir retningsgivende for prioriteringer og tilbud.

### *Utfordringer*

Hudsykdommenes epidemiologi har til nå i liten grad vært utforsket. Det har heller ikke vært tilstrekkelig fokusert på hudsykdommenes innvirkning på helse og livskvalitet. Mangel på slik kunnskap kan tenkes å ha konsekvenser for prioriteringer i helsevesenet med den følge at visse pasientgrupper med til dels plagsomme og alvorlige kroniske sykdommer ikke får tildelt de nødvendige resurser.

Det er nødvendig å utrede kjønsspesifikke aspekter ved de ulike sykdommer for å kunne forebygge og behandle på best mulig måte.

### *Litteratur*

1. Barstad A, Utviklingen i helsetilstanden. Bedre helse for eldre. Samfunns-speilet, Statistisk sentralbyrå 1992; 2, 20–27.
2. Øverås S, Helseårboka 1995. Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge. Statistisk sentralbyrå, Oslo-Kongsvinger 1995.
3. Pasientstatistikk 1994. Statistisk sentralbyrå, Oslo-Kongsvinger 1996.
4. Cancer in Norway 1994. The Cancer Registry of Norway, Oslo 1997.
5. Engeland A, Haldorsen T, Tretli S, Hakulinen T, Hørte LG, Luostarinen T, *et al.* Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010. A collaborative study of the five Nordic Cancer Registries. *APMIS suppl.* 1993; 38: 1–124.
6. Engeland A, Haldorsen T, Tretli S, Hakulinen T, Hørte LG, Luostarinen T, *et al.* Prediction of cancer mortality in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010. A collaborative study of the five Nordic Cancer Registries. *APMIS suppl.* 1993; 49: 1–163.
7. Lindholm C, Bjellerup M, Christensen OB and Zederfeldt B. A demographic survey of leg and foot ulcer patients in a defined population. *Acta Derm Venereol* 1992; 72: 227–230.
8. Holm J-Ø, An Epidemiological Study of Hand Eczema. Doktoravhandling, Inst. for Allmenntmedisin og Samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 1998 (basert på supplement 187 i *Acta Derm Venereol* 1994).
9. Norges offentlige utredninger, Omsorg og kunnskap. Norsk Kreftplan. NOU 1997:20.

## 11 Infeksjoner

---

### 11.1 Akutt ukomplisert blærekatarr hos ellers friske kvinner

#### **Anders Bærheim, Seksjon for allmenntidrett, Universitetet i Bergen.**

Blærekatarr er en bakteriell, overflattisk slimhinneinfeksjon i urinblæren. Urinveisinfeksjon er fellesbetegnelse for alle infeksjoner i urinveiene, både blærekatarr og nyrebekkenbetennelse. Ved alle typer urinveisinfeksjon kommer bakteriene fra kvinnens egen tarm og skyldes ikke smitte overført fra andre.

Blærekatarr forekommer nesten utelukkende (100:1) hos kvinner. Ukomplisert akutt blærekatarr defineres som akutt nedre urinveisinfeksjon hos ellers friske, ikke-gravide voksne kvinner. Det er den hyppigste formen for urinveisinfeksjon i befolkningen. Opp til 20 % av alle voksne kvinner rapporterer én eller flere episoder med symptomer på blærekatarr i løpet av et år. En tredjedel av disse, det vil si omtrent 6 % av hele den kvinnelige delen av den befolkningen, har mer enn 3 blærekatarr per år.

Bare vel halvparten søker lege for plagene sine, og legesøkningen synker enda noe med økende alder. Likevel er diagnosen en av de aller hyppigst stilte i allmennpraksis, og representerer 1 – 2 % av alle konsultasjoner på et vanlig legekontor. I Norge tilsvarer dette 300 000 konsultasjoner årlig. Ukomplisert akutt blærekatarr er vel 10 ganger hyppigere som kontaktårsak og forekommer nær 20 ganger hyppigere i befolkningen, enn alle andre urinveisinfeksjoner til sammen.

#### **Blærekatarr – plagsomt men ufarlig**

Ukomplisert akutt blærekatarr er en plagsom, men ufarlig sykdom. Allmennpraktikeren vil ha praktisk nytte av å betrakte ukomplisert akutt blærekatarr hos en ellers frisk kvinne atskilt fra alle andre typer urinveisinfeksjoner, fordi diagnostikk og behandling er enkel, og fordi selv hyppig gjentatte blærekatarr ikke leder til komplikasjoner. Oppdages komplikasjoner i etterforløpet var mest sannsynlig diagnosen ukomplisert blærekatarr feil i utgangspunktet.

Diagnosen blærekatarr baserer seg i det vesentligste på kvinnens symptomer, og urinprøven er eventuelt et differensialdiagnostisk hjelpemiddel (1). Ved typiske symptomer på blærekatarr har kvinnen med størst sannsynlighet nettopp det, selv om urinprøven ikke slår ut på puss, blod eller bakterier. Behandlingen som består av vanlige antibiotika mot tarmbakterier skal være kort, fra én enkelt dose til 3 dager. Lengre behandling gir ikke større effekt, men gir mer bivirkninger og fører til at kvinnens tarmbakterier lettere utvikler resistens (motstandskraft) mot vanlig brukte antibiotika.

Kvinner med hyppige blærekatarr kan trenge forebyggende behandling. Forebyggende råd og enkle tiltak bør så langt som mulig foretrekkes fremfor lengre tids forebyggende behandling med antibiotika (2), ikke minst for å unngå videre bakteriell resistensutvikling.

#### *Kvinnens opplevelse av å ha (gjentatt) blærekatarr*

Det kan være vondt å ha blærekatarr. Mange har det så intenst smertefullt at de er blant våre mest behandlingssøkende pasienter på legevakt. Andre har svakere plager og prøver å kurere seg med rikelig drikke eller andre kjerrin-gråd.

En eller to blærekatarrer i livsløpet kan de fleste leve med, men blir det flere ganger årlig vil det begynne å prege dagliglivet. Hver sykdomsepisode er ikke bare smertefull. Mange kvinner føler seg rastløse og har konsentrasjonsvansker, noen lekker urin, andre føler seg kvalme og utilpass. Blir blærekatarrerne hyppige gjør mange nesten hva som helst for å unngå dem. De fleste vet at samleie kan gi blærekatarr, og mange får vansker med seksuallivet, eller gjør uønskede forandringer med det for å unngå sykdom. Andre unngår friluftssaktiviteter som svømming for ikke å fryse. Ofte er medsøstre til liten avlastning, det gir ikke sosial status mellom kvinner å snakke om blærekatarrerne sine.

Mange føler de er i en fortvilet situasjon der de ikke orker flere antibiotikakurer, samtidig som de ikke ser noen alternativer. Mens de har blærekatarrerne gående skårer de høyt på psykologiske spørreskjemaer (3). De plages av sykdommen, og de føler seg mistrodd av leger som ikke alltid finner positive urinfunn når de kommer for sin blærekatarr. En del opplever seg anklaget for å psyke seg til. De psykologiske skårene normaliserer seg imidlertid når kvinnen blir kvitt blærekatarrerne sine (3).

### ***Eksisterende kunnskap om årsaker er mangelfull***

Kunnskapen på området er rudimentær. Vi har en del epidemiologisk kunnskap om sammenhenger mellom en del livsstilsfaktorer og sjansen for hyppig blærekatarr (2), og vi vet litt om bakteriers individuelle evne til å forårsake urinveisinfeksjon. Men vi har begrenset kunnskap som praktisk kan anvendes av legen i møte med kvinnen med hyppig blærekatarr, og som kan forklare hvorfor akkurat hun er plaget slik hun er.

### ***Kvinnens møte med helsevesenet***

Mens de aller fleste får ordinær time til samtale og undersøkelse hos sin lege når det feiler dem noe, har vi en tradisjon i Norge for at kvinner med blærekatarr bare leverer urinprøve på forkontoret. Ofte er det slik at om urinprøven slår ut får de en resept i hånden på antibiotika, slår den ikke ut får de beskjed om at de ikke er syke likevel og må gå med uforrettet sak.

Slik får denne pasientgruppen liten tilgang til utdypende og rådgivende samtale om sitt problem, og den jevne allmennpraktikeren får tilsvarende liten erfaring med de spesielle problemene denne gruppen kvinner har. De sykehusbaserte spesialistene finner lite selv ved avanserte undersøkelser på de få blærekatarrplagete kvinnene de får henvist. I slik situasjonen er, er det rimelig bra dokumentert at pasientsentrert metode (4) med utdypning av pasientens problem kan anvendes med gunstig resultat.

### ***Økonomiske overveielser***

Akutt, ukomplisert blærekatarr er ikke noe problem for dem som ikke har det. Heller ikke økonomisk. Behandlingen er billig og betales av pasienten, og den er vanligvis så effektiv at det blir få eller ingen fraværsdager på egenmelding eller sykemelding.

Sykdommen er medisinsk sett ufarlig og leder ikke til noen sykelige følgetilstander som kunne belaste trykkesvesenet eller sosialvesenet. Enkelte kvinner vil bli satt på noen måneders forebyggende behandling med antibi-

otika, men dette er forholdsvis sjelden, og kostnadene per kvinneår utgjør småbeløp.

### *Utfordringer*

Kvinner med hyppig blærekatarr blir ofte en pariakaste. De synes ikke, hverken for medsøstre, helsevesenet eller bevilgende myndigheter. Disse kvinnene må møtes på samme måte av helsevesenet, det vil si allmennpraktikeren, som andre syke. Det synes på tide å starte utviklingen av pasientsentrerte handlingsprogram, basert på det beste i EBM (5) koplet til pasientsentrert metode. Blærekatarr kan egne seg som modell.

Vi savner stadig den mest elementære kunnskap om årsaken til at så mange kvinner lider av hyppig blærekatarr når andre ikke gjør det. Det er behov for mer forskning på området.

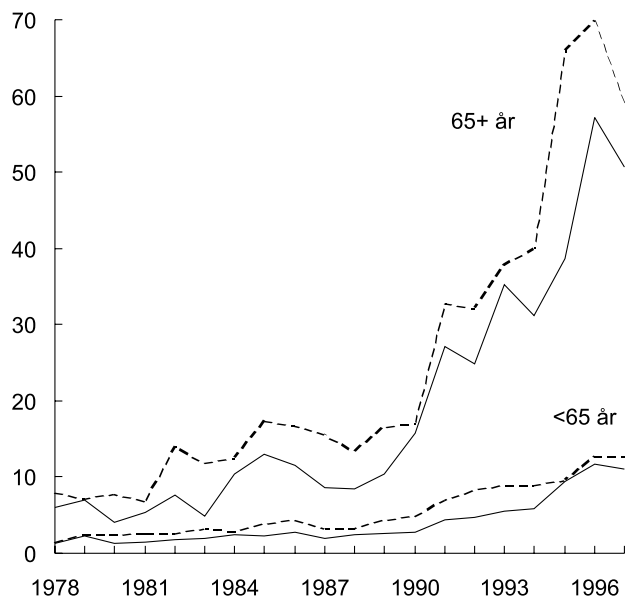
### *Litteratur*

1. Bærheim A, Hunskår S. Nyere synspunkt på ukomplisert akutt cystitt i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1304–7
2. Bærheim A, Hunskår S. Profylakse ved hyppig cystitt hos ellers friske kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 841–3.
3. Sumners D, Kelsey M, Chait I. Psychological aspects of lower urinary tract infections in women. BMJ 1992; 304: 17–9.
4. Sentrale begreper: Konsultasjonen som møte mellom to eksperter, pasientens agenda. Stuart M *et al.* (eds) Patient-Centered Medicine. SAGE, Thousand Oaks 1995.
5. Sentralt begrep: EBM starter og ender med enkeltpasienten. Sackett DL *et al.* Evidence-based medicine. Churchill Livingstone, London 1997.

## **11.2 Pneumokokksykdom**

### ***Preben Aavitsland, Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin, Statens institutt for folkehelse.***

Pneumokokkene er bakterier som forårsaker en rekke ulike infeksjoner med ulike grader av alvorlighet (1). Pneumokokker vinner innpass gjennom luftveiene. De lokaliserte infeksjonene i bihule og mellomøre er oftest ufarlige. De er imidlertid så hyppige, særlig hos barn, at de utgjør et betydelig folkehelseproblem. De alvorlige pneumokokkinfeksjonene er lungebetennelse, blodforgiftning og hjernehinnebetennelse. De to siste tilstandene kalles systemiske fordi bakteriene invaderer blodbanen og sprer seg i hele kroppen.

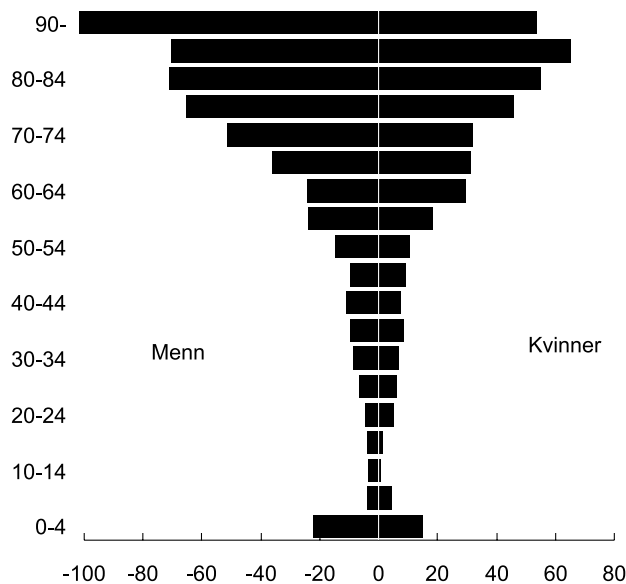


Figur 8.32 Insidens (per 100 000 personer per år) av pneumokokksykdom blant menn (stiplet) og kvinner under 65 år og 65 år og eldre i Norge i perioden 1978–97.

Kilde: Opplysninger fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelse.

Pneumokokkene antas å forårsake 20–50% av alle tilfeller av lungebetennelse (1,6). De siste 15 årene er det internasjonalt sett en svært foruroligende antibiotikaresistensutvikling hos pneumokokkene, særlig mot penicillin. Denne utviklingen har foreløpig ikke nådd Norge.

I dette kapitlet drøftes de alvorlige pneumokokkinfeksjonene, ofte kalt pneumokokksykdom.



Figur 8.33 Insidens (per 100 000 personer per år) av pneumokokksykdom blant menn og kvinner i femårs-aldersgrupper i Norge i perioden 1993–97.

Kilde: Opplysninger fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelse.

### Forekomst

Til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Folkehelse meldes fra de medisinske mikrobiologiske laboratoriene tilfeller av pneumokokksykdom der bakterien isoleres fra blod, spinalvæske eller annet vanligvis sterilt sted i kroppen. Melding av et tilfelle forutsetter derfor at pasienten har oppsøkt lege, at legen har tatt nødvendig prøver (krever vanligvis sykehusinnlegging) og at laboratoriet har klart å finne bakterien.

Mange pasienter med lungebetennelse blir behandlet uten sykehusinnlegging og slik prøvetaking. Trolig er det også mange eldre pasienter, kanskje særlig blant sykehjems pasienter, som dør av lungebetennelsen uten at det er gjort forsøk på diagnostikk og behandling. MSIS registrerer derfor bare et utvalg av pasientene med pneumokokksykdom. Data fra MSIS egner seg derfor best til å studere forskjeller mellom kjønn og aldersgrupper og endringer over tid.

Insidensen av pneumokokksykdom målt med MSIS har økt de siste 20 årene (figur 8.32). I 1997 ble det meldt 18,5 tilfeller per 100 000 innbyggere mot bare 1,5 20 år tidligere. Økningen har vært særlig stor fra 1990 blant eldre.

I 1997 ble det meldt 816 tilfeller av pneumokokksykdom. Av dem var 46% blant personer som hadde fylt 65 år. Denne aldersgruppa utgjør bare 16% av befolkningen og har 4,6 ganger så høy forekomst som resten av befolkningen. Økningen starter i begynnelsen av 60-årsalderen, og risikoen øker etterhvert som man eldes (figur 8.33).

Det er små kjønnsforskjeller i insidensen av pneumokokksykdom (figurene 8.32 og 8.33). Ettersom kvinner er tallmessig overlegne i høyere aldersgrupper, utgjør også kvinnene over 50 % av pasientene i denne gruppa.

### **Dødelighet**

Dødeligheten av pneumokokksykdom er vanskelig å anslå. Lungebetennelser er en vanlig dødsårsak i høy alder, både alene og sammen med kroniske sykdommer, som kreft og hjertesykdom. Bakterien som forårsaket lungebetennelsen blir imidlertid sjelden påvist.

En oppfølging i 1992–93 av nær 500 tilfeller fortløpende meldt til MSIS viste at 17 % døde under pneumokokksykdommen 8.9 I mange tilfeller var det vanskelig å avgjøre om pneumokokksykdommen var den direkte dødsårsaken, eller om den bare bidrog til dødsfallet.

Risikoen for å dø av sykdommen var høyest blant kvinner over 65 år, hele 29 % 8.9 Denne undersøkelsen viste at pneumokokksykdom iallfall fører til dødsfall hos nær en av tusen kvinner over 65 år hvert år. Sykdommen har over ti ganger så høy dødelighet hos dem over 65 år sammenliknet med de yngre.

### **Årsaker**

Pneumokokker kan ofte finnes i luftveiene uten å gi sykdom. Vi forstår ikke godt nok hvorfor bakterien noen ganger gir lokalisert sykdom i luftveiene, andre ganger går inn i blodbanen og gir blodforgiftning eller ikke gir noen sykdom i det hele tatt (1,4). Ettersom pneumokokksykdom er hyppigere hos personer med svekket infeksjonsforsvar, er det klart at faktorer hos den enkelte har stor betydning for hvem som blir syke. Blant de kjente faktorene er høy alder, kronisk sykdom i hjerte, lunger eller lever og manglende miltfunksjon (1,3). I tillegg kommer trolig genetiske egenskaper. Sannsynligvis er det også egenskaper ved bakteriene som avgjør om det utvikles alvorlig sykdom eller ikke.

**Tabell 8.9:** Dødelighet av pneumokokksykdom i 1992–93. Letalitet er andel døde blant de syke. Mortalitet er antall dødsfall per 100 000 personer i gruppa. Opplysninger fra oppfølgingsundersøkelse i Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelsen.

| Gruppe         | Tilfeller | Dødsfall | Letalitet | Mortalitet |
|----------------|-----------|----------|-----------|------------|
| Alle <65 år    | 233       | 23       | 10 %      | 0,6        |
| Menn 65+ år    | 98        | 19       | 19 %      | 6,6        |
| Kvinner 65+ år | 130       | 38       | 29 %      | 9,3        |
| Alle           | 461       | 80       | 17 %      | 1,9        |

Vi har ingen god forklaring på den bekymringsfulle økningen av pneumokokksykdom blant eldre de siste årene (fig 8.31). En delforklaring er nok at legene oftere nå enn før tar blodprøver for å finne bakterien i blodet til pasienter med lungebetennelse. Dermed blir flere tilfeller diagnostisert og meldt mens de før kanskje ble behandlet uten skikkelig diagnose.



### **Forebygging og behandling**

I Norge er penicillin fortsatt en meget god behandling for pneumokokksykdom. Behandlingen kan svikte dersom den ikke settes i gang tidlig nok.

Lungebetennelse er en hyppig komplikasjon til influensa, særlig blant eldre. Influensavaksinering av risikogrupperne hvert år er derfor et forebyggende tiltak både mot influensa og lungebetennelser.

Vaksine mot pneumokokksykdom gir 50–80% beskyttelse mot de alvorligste formene for pneumokokksykdom (2–5). Beskyttelsen mot mildere lungebetennelser er foreløpig usikker (3–5).

Vaksinen er i dag anbefalt av Folkehelsen til personer som er fylt 65 år og til yngre personer med visse kroniske sykdommer, blant annet hjertesykdom, lungesykdom, manglende miltfunksjon og HIV-infeksjon (6). Folketrygden refunderer vaksinen bare for personer i de to siste gruppene.

Økonomiske analyser fra utlandet finner at et program for pneumokokkvaksinering av eldre, vil være en lønnsom investering for samfunnet (7). Likevel er det behov for bedre vaksiner med bedre og mer langvarig beskyttelse mot alle alvorlige former for pneumokokksykdom.

### *Utfordringer*

Ettersom pneumokokksykdom rammer særlig eldre, og kvinner utgjør de fleste eldre, vil mange kvinner kunne nyte godt av arbeidet med å kontrollere pneumokokksykdom. På tre områder bør det satses videre mot denne folkesykdommen:

### *Forskning*

Epidemiologisk og mikrobiologisk forskning kan bidra til å finne årsakene til økningen i sykdomsforekomst blant eldre de siste årene. Epidemiologiske studier som identifiserer risikofaktorer for sykdommen kan bidra til at vi finner ut hvorfor noen rammes av sykdommen og andre unngår den.

### *Overvåking*

Løpende overvåking av pneumokokkenes følsomhet for penicillin er nødvendig. Dette bør inngå i et norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens. Formålet er å oppdage så tidlig som mulig om pneumokokker i Norge skulle bli resistente mot penicillin.

### *Et eldrevaksinasjonsprogram*

Det er under 10% av landets eldre som noen gang er vaksinert mot pneumokokksykdom. Dette kan skyldes at tilbudet foreløpig har vært lite markedsført og at primærhelsetjenesten ikke har oppfattet det som et prioritert tiltak ettersom vaksinen ikke er gratis.

Pneumokokker er en viktig dødsårsak hos gamle. Den er også en viktig årsak til at velfungerende gamle mennesker kan få en fysisk knekk som blir vanskelig å komme over, og som kan gjøre dem pleietrengende.

Norge bør derfor vurdere å innføre et eldrevaksinasjonsprogram som kan sikre høy vaksinasjonsdekning blant eldre. Pneumokokkvaksinen gis i én dose én gang. Beskyttelsen varer da antakelig ut livet. Vaksinen, som gjerne kalles pensjonistvaksinen, kan gis til alle som fyller 65 år.

*Litteratur*

1. Baltimore RS, Shapiro ED. Pneumococcal infections. I: Evans AS, Brachman PS, red. Bacterial infections of humans. Epidemiology and control. 2. utg. New York: Plenum Medical Book Company, 1991: 525–46.
2. Butler JC, Breiman RF, Campbell JF, Lipman HB, Broome CV, Facklam RR. Pneumococcal polysaccharide vaccine efficacy: an evaluation of current recommendations. JAMA 1993; 270: 1826–31.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumococcal polysaccharide vaccine. MMWR 1997; 46(RR-8): 1–24.
4. Fedson DS, Musher DM. Pneumococcal vaccine. I. Plotkin SA, Mortimer EA Jr, red. Vaccines. 2. utg. Philadelphia: Saunders, 1994: 517–64.
5. Fine MJ, Smith MA, Carson CA, Meffe F, Sankey SS, Weissfeld LA, Detsky AS, Kapoor WN. Efficacy of pneumococcal vaccination in adults. A meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med 1994; 154: 266–77.
6. Høiby EA, Aaberge IS, Frøholm LO, Hareide B, Lystad A, Nøkleby H. Utvidet bruk av pneumokokkvaksine i Norge. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1996.
7. Sisk JE, Moskowitz AJ, Whang W, Lin JD, Fedson DS, McBean AM, Plouffe JF, Cetron MS, Butler JC. Cost-effectiveness of vaccination against pneumococcal bacteremia among elderly people. JAMA 1997; 278: 1333–9.

**11.3 Seksuelt overførte sykdommer*****Finn Egil Skjeldestad, Kvinneklinikken, Det medisinske fakultet og Seksjon for epidemiologisk forskning, UNIMED, SINTEF, Trondheim.***

Med seksuelt overførte sykdommer (SOS) defineres i denne sammenhengen klamydia, gonore, herpes simplex virus (genitalis), human papilloma virus (HPV) og syfilis. Sett i en global sammenheng er den epidemiologiske situasjonen for SOS beroligende i Norge. Både gonore og syfilis er nærmest utryddet og situasjonen for klamydiainfeksjoner er under kontroll.

Vår epidemiologiske kunnskap om SOS i Norge formidles gjennom Meldingsystem for smittsomme sykdommer (MSIS)-rapportene. Laboratoriene melder summarisk nye diagnostiserte tilfeller på ukesbasis til Folkehelse som publiserer MSIS-rapportene. Norge har ingen nasjonal overvåkning av symptomer som er forårsaket av seksuelt overførte mikrober. I bekjempelsen av gonore melder laboratoriene i tillegg til summariske data, kliniske opplysninger i anonymisert form.

Tidlig påvisning av seksuelt overførte mikrober er viktig for å forebygge akutte infeksjoner som det finnes behandling for, samtidig som det reduserer risikoen for alvorlige komplikasjoner. Videre kan mange av de seksuelt overførte mikroberne overføres fra gravide kvinner til foster eller det nyfødte barnet. Dette avspeiles ved at gravide kvinner fortsatt testes med Wassermanns prøve (syfilis) og at nyfødte barn ble lapis dryppet fram til 1983 (gonore). Tidlig påvisning og behandling er også viktig med tanke på å redusere smittespredningen ved aktiv smitteoppsporing.

Kvinner kommer i langt større grad til legekontroller enn menn. Kvinner blir i langt større grad rutinetestet for seksuelt overførte sykdommer ved legekontroller. De fleste prevensjonsmetodene formidlet av helsevesenet er for kvinner. Videre har kvinner en biologisk særstilling i forbindelse med svangerskaps- og fødselsprosessen. For å bekjempe livmorhalskreft har kvinner i mange år tatt prøver fra livmorhalsen for å oppdage forstadier til eller

kreft i tidlige stadier. Alle disse situasjonene har ført til at kvinner i langt større grad enn menn har blitt testet for seksuelt overførte sykdommer og at fokus i for stor grad har blitt rettet mot kvinnene i forhold til deres smittekilder, mennene! Helsevesenet (legene) har i pakt av sin unnfalende smittesporingsstrategi latt det være opp til kvinner å ta ansvaret for smittesporing og generell forebygging av SOS.

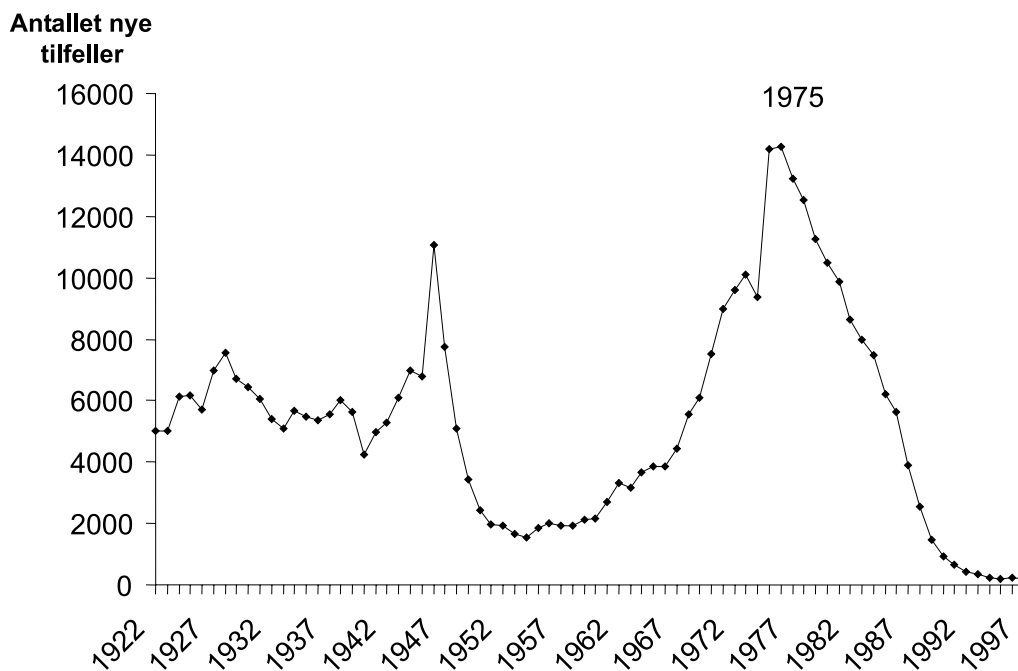
### **Syfilis**

Syfilis er nærmest utryddet i Norge. I 1997 ble det meldt 11 tilfeller, i 1996 syv tilfeller av syfilis på landsbasis. Kun to tilfeller av syfilis var kvinner i 1997 (1). De aller fleste som smittes pådrar seg smitten i utlandet. Symptomer i form av væskende sår i skjeden eller på penis fører til diagnostikk og behandling. Antibiotikabehandling over uker er effektiv i bekjempelsen av syfilis.

### **Gonore**

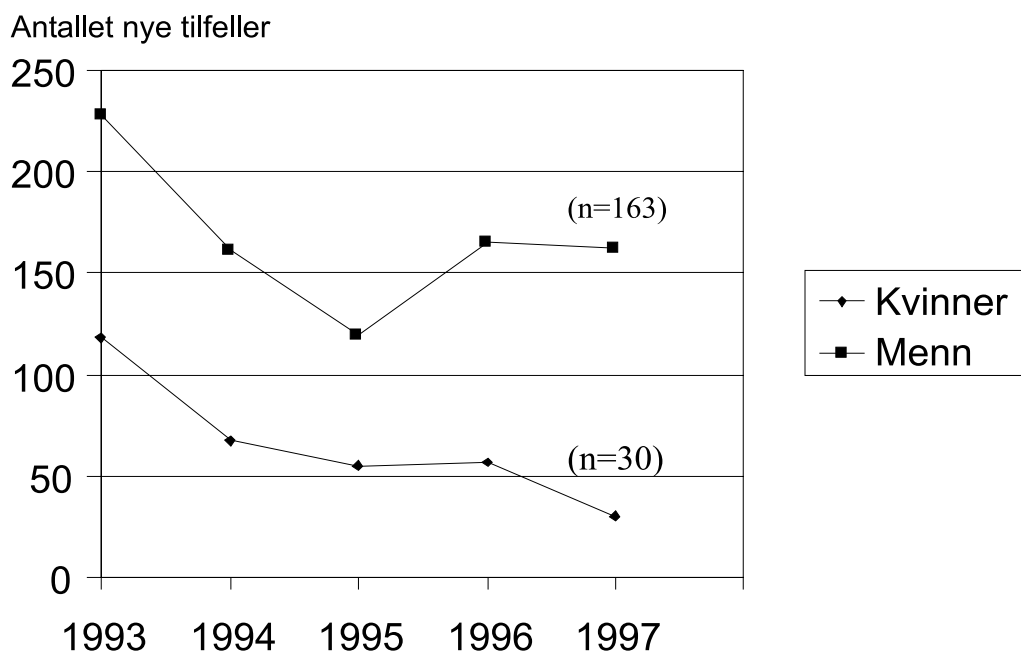
Gonoreinfeksjonene er redusert til et minimum i Norge (figur 8.34). Mens det på midten av 1970-tallet ble diagnostisert over 15 000 nye tilfeller på årsbasis, har det de siste årene vært omtrent 200 nye tilfeller, flest blant menn (8 0%). I 1997 ble det diagnostisert omtrent 30 tilfeller blant kvinner, hvorav 4 var utenlandske statsborgere (1) (figur 8.35). De aller fleste oppdages på grunn av symptomer. De vanligste symptomene blant kvinner er utflodspilger. Den mest fryktede komplikasjon til gonore hos kvinner er betennelse i livmoren og egglederne. Innleggelse i sykehus for alvorlig livmorbetennelse og/eller egglederbetennelse er sjeldne forekommende hendelser.

Ukomplisert gonore behandles i Norge med standard engangsdose av ciprofloxacin eller ofloxacin. Rutineprøver for gonore anbefales ikke lenger. I stedet anbefales grundig smittesporing rundt ethvert diagnostisert tilfelle. Alle smittekontaktene bør oppspores, diagnostiseres og behandles.



Figur 8.34 Gonore i Norge 1922–97

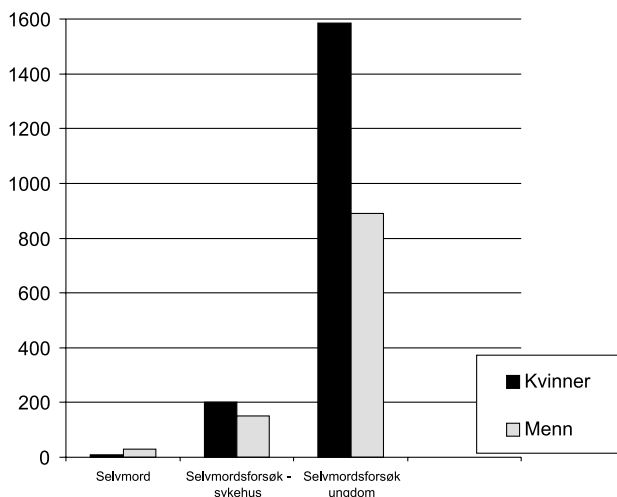
I et samfunnsperspektiv er det viktig å redusere antallet unødvendige gonoreprøver. Det er spesielt kvinnediskriminerende at leger tar prøver for gonore ved rutinekontroll uten å ha en klinisk begrunnelse. Det er uetisk å ta gonore eller andre SOS-prøver uten at prøvepersonen blir informert om at prøver taes.



Figur 8.35 Nye tilfeller av gonore 1993–97 etter kjønn

### **Klamydia**

Klamydiadiagnostikk ble etablert i Norge i løpet av 1980-årene. *Klamydia trachomatis* er den hyppigst forekommende seksuelt overførte mikrobe i den vestlige verden. Forekomsten er hyppigst rundt 18–22 års alder. Nær 10 000 ny tilfeller ble diagnostisert i 1997 (1) (figur 8.36). Det er vanskelig å bruke laboratoriedata for klamydia for å si noe om den epidemiologiske utviklingen. For å kunne bruke laboratoriedata i et tidsperspektiv må vi ha mer detaljerte data enn hva laboratoriene har i dag. Vi må vite hvem som testes, hvorfor de testes og om de har vært testet tidligere.



Figur 8.36 Nye tilfeller av *Chlamydia trachomatis* 1993–97 etter kjønn

Klamydiainfeksjonene har et mangeartet forløp, fra å være helt uten symptomer til å gi uttalte symptomer i underslivet og nedsatt allmenntilstand. Nær 3/4 av alle klamydiadiagnostiserte tilfeller i Norge på slutten av 1980-tallet var nærmest symptomfrie (2). Komplikasjoner til klamydiainfeksjonene er mer alvorlige for kvinner enn menn. Mange kvinner som opplever komplikasjoner som svangerskap utenfor livmoren og/eller infertilitet vet ikke om at har hatt klamydiainfeksjon eller fått behandling for slik infeksjon (3–5). Nyere forskning viser at komplikasjonforekomsten etter en gjennomgått klamydiainfeksjon ikke nedsetter fruktbarheten. Det er først og fremst gjentatte klamydia infeksjoner eller meget alvorlige infeksjoner med uttalte symptomer som fører til nedsatt fertilitet (6).

Klamydiadiagnostikken er et komplisert anliggende. Det finnes flere uavhengige metoder for å påvise klamydier. Det er viktig at legen som tar prøvene vet hvilken metode laboratoriet bruker for påvisning av agens. Resultatene er avhengig av forekomsten. Desto lavere forekomsten er i befolkningen, jo mer usikre blir både de positive og de negative prøveresultatene.

Rutinetesting for klamydia blant asymptomatiske kvinner bør forbeholdes de unge aldersgruppene (7). Personer over 25 år bør kun testes ved kliniske indikasjoner. Aktiv smittesporing er viktig. Skal man klare å bekjempe klamydia-epidemien på samme måte som ved gonore i 1970-årene er aktiv smittesporing det beste våpenet (8, 9).

Azithromycin, engangsdose, er den nyeste behandlingen mot milde klamydiainfeksjoner. Tetacykliner over 7–10 dagers varighet er også fortsatt effektive i behandlingen.

*Human papilloma virus (HPV)* infeksjoner regnes også som seksuelt overførte. I dag er det identifisert omtrent 80 forskjellige typer av dette viruset. Noen av disse virustypene gir kjønnsvorter. Kjønnsvortene går oftest spontant tilbake, men noen velger å behandle vortene med pensling av kjemiske stoffer eller kirurgisk behandling med laserstråle, «fryse-metoder» eller kniv.

Noen undergrupper av HPV kan gi celleforandringer i livmorhalsen. De aller fleste som utvikler forstadier til livmorhalskreft har gjennomgått en eller flere HPV infeksjoner i livmorhalsen. I kreftceller fra kvinner med livmorhalskreft påvises HPV i nærmest 100 % av tilfellene.

HPV-infeksjoner er vanlig utbredt i ung alder. Vi har ikke norske studier som viser noe om varigheten av HPV-infeksjoner i ulike aldersgrupper. En gjennomsnittsinfeksjon varer 6–8 måneder (10). Infeksjonene helbredes oftest spontant hos de aller fleste. Hos noen få utvikles mer kroniske infeksjoner og det er blant disse kvinnene at man med celleprøver senere i livet påviser celleforandringer som gir grunnlag for behandling.

HPV-diagnostikk bør utføres med virologiske metoder. Morfologiske metoder har for dårlig følsomhet. HPV diagnostikk gjøres kun ved et få tall norske mikrobiologiske laboratorier. Rutineprøver for å påvise HPV-infeksjon er uaktuell politikk i Norge som har et godt organisert screeningprogram mot livmorhalskreft. Norske kvinner, 25 til 69 år, har siden 1995 blitt invitert til å ta en celleprøve fra livmorhalsen hvert tredje år (11).

### *Litteratur*

1. Aavitsland P, Nilsen Ø. Seksuelt overførte sykdommer 1997. MSIS-rapport 1998; 6.
2. Halvorsen LE, Skjeldestad FE, Nordbø SA, Løge I. Hvilke kvinner bør rutineundersøkes for Chlamydia trachomatis i allmennpraksis? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2080–1
3. Skjeldestad FE, Moen M, Brobak H, Tingulstad S, Dalen A. Chlamydia trachomatis og extrauterine svangerskap. Ein kausal samanheng. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 2424–6.
4. During Vv, Skjeldestad FE, SørDAL T, Kahn J, Dalen A. Chlamydia trachomatis hos infertile kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 2427–9.
5. Dalaker K, Lunde O, Moen M, Ånestad G. Infertilitet og chlamydiainfeksjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 2703–5.
6. Hillis SD, Nakashima A, Amsterdam L et al. The impact of a comprehensive chlamydia prevention program in Wisconsin. Fam Plann Perspect 1995; 27: 108–11.
7. Aavitsland P, Lystad A. Indikasjoner for testing for seksuelt overførte infeksjoner med Chlamydia trachomatis. Tidsskr Nor Lægefor 1995; 115: 3141–4.
8. Salvesen KÅ, Skjeldestad FE. Smitteoppsporing ved genitale chlamydia infeksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1215–7.
9. Cowan FM, French R, Johnson AM. The role of effectiveness of partner notification in STD control: a review. Genitourin Med 1996; 72: 247–52.
10. Ho GYF, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. New Engl J Med 1998; 338: 423–8.
11. Bjørge T, Thoresen SØ, Gunnjorud AB. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Nå starter invitasjonene av kvinner på landsbasis. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 815–6.

## 12 Nevrologiske sykdommer

---

### 12.1 Hodepine

**Anne M Wolland., Seksjon for klinisk nevrofysiologi, Nevrologisk avdeling, Ullevål Sykehus.**

#### ***Migrene og spenningshodepine***

Hodesmerter er en av de vanligste plager i befolkningen. Nesten alle har hatt hodepine. Mange er betydelig plaget, kvinner mer enn menn. Undersøkelser viser at 2–5 % av alle konsultasjoner hos allmennpraktikere dreier seg om hodepine (1). De vanligste hodepineformene er migrene og spenningshodepine (tensjonshodepine).

#### *Migrene med og uten aura*

Kriteriene for såvel migrene som for spenningshodepine er fastlagt av The International Headache Society (2). Migrene kjennetegnes av den typiske anfallsvise hodepinen, pulserende og gjerne halvsidig, ledsaget av kvalme, brekninger, lysskyhet og som forverres ved fysisk aktivitet. 10–20 % har migrene med aura, hvor aura (fenomener som uttrykker starten på anfall) er enten av visuell, sensorisk eller motorisk art. Flertallet har migrene uten aura. Anfallshyppighet og intensitet av anfallet varierer. I behandlingssammenheng var det i mange år lite nytt før det første triptan-medikamentet kom. En liten del av migrenepasientene har uvanlige migreneformer.

#### *Spenningshodepine*

Spenningshodepine er pressende eller trykkende og er lokalisert til hele hodet. Det er den kroniske formen, som varer mer enn 15 dager per måned, som er mest plagsom. I de senere år er man blitt oppmerksom på at personer som har «transformed migraine» utgjør en stor andel av gruppen med kronisk hodepine. Disse personene har hatt migrene initialt, men har etterhvert, av forskjellige årsaker, fått kronisk hodepine (3).

#### **Forekomst**

Migrene forekommer like ofte uansett rase, kultur, nasjonalitet eller sosial status. Basert på relativt strenge kriterier angis forekomsten i Norge til 5–6% , men enkelte studier viser at opp til 24 % av kvinner og 12% av menn i en vanlig befolkning lider av migrene (4).

Forekomsten hos barn mellom 7 og 15 år er beregnet til omkring 5–7%. Før puberteten er det like mange gutter som jenter som har migrene. Etter puberteten blir jente/kvinne-dominansen klar. Kjønnforskjellen er høyest i middelalder. I 40–45 årsalderen er forholdstallet mellom kvinner og menn 3,3, etter overgangsalderen er forholdstallet 2.

Forekomsten av spenningshodepine varierer sterkt i forskjellige studier, fra 13 % hos kvinner i en norsk undersøkelse, til 88% i en dansk undersøkelse, men etter noe varierende kriterier. Kjønnforskjellen er imidlertid mindre uttalt enn ved migrene. Flere undersøkelser viser relativt konstant ratio kvinner – menn i området 1–2. Studier viser at det er lavere forekomst i eldre aldersgrupper og at det er personer i ung og voksen alder som rammes (5).



### **Genetisk disposisjon og migrene**

Over halvparten av migrenepasientene har andre familiemedlemmer som også har migrene. En genetisk disposisjon må antakelig være tilstede for å få migrene, men en rekke ytre faktorer kan virke anfallsutløsende.

### **Migrene og hormoner**

Kvinnelige hormoner må antas å være en utløsende faktor for migreaneanfall idet migrene påvirkes av menstruasjon, graviditet og overgangsalder. Menstruasjonsperioden er vanskelig for mange kvinner med migrene. Det vanligste, hos rundt 50 %, er anfallsøkning under menstruasjonen. 10% har anfall bare i forbindelse med menstruasjonen og de øvrige 40% har migrene uavhengig av menstruasjonen. P-piller kan forverre tilstanden. En forverring ses hos opp til 80 % av kvinner med menstruasjonsrelatert migrene. Hos enkelte kan migrenen forandre karakter, for eksempel fra migrene uten aura til migrene med aura. I verste fall kan p-piller utløse det første migreaneanfallet. Noen får færre migreaneanfall ved å bruke p-piller. De gjelder helst den gruppen kvinner som har migrene uavhengig av menstruasjonen og spesielt de som har hyppige anfall (6).

### *Migrene og graviditet*

Under graviditet blir de fleste kvinner bedre av sine migreneplager. Det gjelder særlig kvinner med menstruasjonsrelatert migrene og migrene uten aura. Det gjelder helst for 2. og 3. trimester. Imidlertid kommer hodepinen gjerne tilbake etter at kvinnen har født. Ikke-menstruasjonsrelatert migrene og migrene med aura kan forverres under graviditet.

### *Lett økt risiko for hjerneslag*

For yngre kvinner som har migrene med aura, især de som både røyker og bruker p-piller, kan det være en økt risiko for hjerneslag (7).

### *Migrene og overgangsalder*

I årene frem mot overgangsalderen er det ikke uvanlig med en forverring av migrenen, men etter overgangsalderen avtar plagene for de fleste. Imidlertid kan anfall vedvare også opp i 60–70 årsalderen.

Østrogenbehandling i menopausen kan hos noen kvinner bedre migreneplagene, hos noen forverre dem. Det har også forekommet at østrogenbehandling har utløst det første migreaneanfallet. The City og London Migraine Clinic gjorde en undersøkelse blant møtedeltagere i det Britiske Migraneforbundet. 42 % av de spurte kvinnene svarte at hormonbehandling i menopausen hadde forverret migrenen, 27% fikk en bedring og 31 % merket ingen forskjell (8).

### **Årsaker**

Det er fortsatt mye ukjent vedrørende mekanismen for de ulike hodepineformene. Endringer i blodgjennomstrømning er tillagt betydning, især ved migrene. Trolig er det et samspill mellom signalstoffer, nerver og blodkar som forklarer sykdomsbildet (9).

Sammenhengen mellom migrene og kvinnelige hormoner er kompleks. Menstruasjonsrelatert migrene forklares av fallet i østrogennivå før menstruasjonen. Bedringen under svangerskap forklares med stabilt høyt østrogenivå. Østrogen påvirker blant annet 5-HT reseptor-systemet (serotonin) som er involvert i migreneprosessens patofysiologi. Men fortsatt er mye ukjent og hva som setter migreneprosessen igang er ikke kjent.

Spenningshodepine har man antatt skyldes spenninger i kraniets muskulatur, som påvirkes av stress og psykiske faktorer. Imidlertid lar ikke muskelspenninger seg alltid påvise hos personer med tensjonshodepine og heller ikke psykologiske faktorer.

Mange migrenepasienter har spenningshodepine mellom migreaneanfallene og en teori er at migrene og spenningshodepine har samme årsak, bare at alvorlighetsgraden skiller dem.

#### *Psykososiale faktorer ved hodepine*

Miljø- eller psykososiale faktorer kan spille større rolle for kvinner enn menn ved hodepinesykdommer. Dobbeltarbeide, redsel for- eller opplevd overgrep og vold, angst, depresjon, panikktilfeller kan påvirke anfallssituasjonen ved migrene eller forverre spenningshodepinen.

#### *Konsekvenser av migrene*

Migrene er ingen sykdom med dødelig utgang. Det er kanskje derfor migrene har vært underkjent som en byrde og som fører til fravær fra jobb og problemer med å ta vare på sosiale forpliktelser (10). Livskvalitetsundersøkelser tyder på at hodepinepasienter er mer sosialt hemmet og mer smerteplaget enn kontrollgruppene.

Studier viser at kvinner, mer enn menn, samt kvinner med migrene og aura, mer enn migrene uten aura, har større risiko for å få psykiatriske lidelser. Slike problemer gjør at byrden blir enda tyngre for de kvinner som rammes.

Korttidsfravær fra arbeidet på grunn av migrene ble i 1993 beregnet til å koste Norge omtrent 400 mill. kr. per år i sykepenges og produksjonstap (1). I verste fall kan migrene føre til arbeidsløshet, uførhet, en jobb som ikke tilsvarer kompetansenivået eller dårlige skoleprestasjoner. Dette har både personlige og samfunnsmessige konsekvenser.

#### **Oppsøker ikke lege**

Befolkningsundersøkelser viser at mer enn 50% av personer med migrene aldri, eller i svært liten grad, oppsøker lege for sine plager. Det må bety at mange har en migrene de kan hankes med selv, eller de tror det ikke er hjelp å få.

Diagnosen er i mange tilfeller lett å stille når pasienten har de klassiske symptomene. Hos noen er symptomene mindre karakteristiske. Det kan være årsaken til at diagnosen stilles etter mange års sykdom. Migrene er trolig en underdiagnostisert og underbehandlet lidelse.

Hodesmerter av ikke-migrenøs karakter fører enda sjeldnere til legesøking. Kvinner oppsøker lege oftere enn menn og kjønnsbettinget legesøkningssadferd vil i seg selv kunne føre til høye tall for kvinner med hodepineplager i helsevesenet (5).

Spenningshodepine er en lidelse som karakteriseres ved «subjektive symptomer uten objektive funn». Kvinner kan ha problemer med å nå frem med sitt budskap eller det feiltolkes. Det kan være medvirkende årsak til at noen ikke får hjelp og forblir «usynlige» for hjelpeapparatet.

### *Utfordringer*

Hodepine fører til betydelige kostnader for den enkelte og for samfunnet, direkte og indirekte, og en bedre håndtering av denne store pasientgruppen vil gi uttelling for individet og samfunnet.

Det er mange spørsmål som er ubesvart vedrørende migrene, spenningshodepine og kvinner. Hva er årsaken til at kvinner rammes hyppigere av hodepine og hva betyr kvinnelig biologi og kvinners rolle i samfunnet for dette sykdomsbildet?

Er migrene og spenningshodepine variant av samme grunnlidelse og hva er tilgrunnliggende årsak?

Bare videre forskning kan gi svar. Før årsaken er kjent er det ikke lett å forebygge utover det den enkelte hodepinepasient har mulighet til selv.

### *Litteratur*

1. Gjerstad L, Skjeldal OH (red). Nevrologi. Stovner LJ. Hodepine hos voksne. s. 281–90.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 7 (8): 1–96.
3. Mathew NT. Transformed migraine. *Cephalalgia*. 1993; 13 (12): 78–83.
4. Key Aspects in the Management and Treatment of Migraine. *Cephalalgia* 1997; 17 Suppl.
5. Nilsen CV, Lande SA, Malterud K. Er hodepine en kvinnesykdom? *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 9, 1998; 118: 1404–7.
6. MacGregor A. Menstuation, sex hormones and migraine. *Neurol Clin* 1997; 15: 125–41.
7. Stovner LJ. Kvinner, hodepine og hjerneslag. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1998; 118: 1346
8. MacGregor EA, Blau JN. Migraine: An informative method of communication. *Headache*, 1992; 7: 356–9.
9. Moskowitz MA. The neurobiology of vascular head pain. *Ann neurol* 1984; 16: 157–68.
10. Lipton RB, Stewart WF, von Korff M. Burden of migrene: Social costs and therapeutic opportunities. *Neurology* 48, 1997; (suppl 3): 4–9.

## **12.2 Nakkeslengskade**

**Anne Wolland, Seksjon for klinisk nevrofysiologi, Nevrologisk avdeling, Ullevål Sykehus.**

Med nakkesleng eller whiplash menes en plutselig og kraftig bevegelse av nakken når hodet slenges bakover, deretter forover. Uttrykket nakkesleng sier noe om den antatte skademekanismen, – i sin mest klassiske form ved påkjørsel bakfra. Nakkesleng sier ikke noe om graden av skade eller hva slags skade den forulykkede fikk.

Mange skadesituasjoner oppstår i trafikken og derved har skaden forsikringsmessige konsekvenser.

### **Skadene ved nakkesleng**

Nakkeslengskadene ved nakkesleng er sannsynligvis betinget i skade av bløtdelene; muskulatur, ligamenter, sener og kapsler, i varierende grad. Av og til er det også skade på skjelettet, spinalkanen, mellomvirvelskiver, ryggmargen eller nerverøtter/plexus.

### **Forekomst**

Quebec-undersøkelsen viste en årlig insidens (antall nye tilfeller per år) av erstatningsberettigede med nakkeslengskade (compensated whiplash) på 70 per 100 000 innbyggere. Insidens av nakkeslengskade blant kvinner (86 per 100 000) var 1,5 ganger høyere enn blant mannlige (54 per 100 000). Denne differansen var mindre markert i de yngste og eldste aldersgruppene. Høyest insidens for både kvinner og menn var i aldersgruppen 20–24 år (1).

Nakkeslengskade etter trafikkuhell har vært et stigende problem i alle industrialiserte land. Både tilstanden og «omhåndtagelsen» av pasientene, har skapt debatt. I land med liten mediafokusering på nakkeslengskader og dårlige erstatningsmuligheter, synes nakkeslengskade å være et problem i mindre målestokk.

### **Sykdomsforløpet**

Symptomene utvikler seg vanligvis innen 72 timer etter skaden. På bakgrunn av nakkens kliniske tilstand er det laget en inndeling etter alvorlighetsgrad fra 0 til 4. WAD (Whiplash-Associated Disorders) inkluderer en rekke andre symptomer; nedsatt hørsel, svimmelhet, hukommelsesvansker, kjevesmerter og svelgeproblemer (2).

Svært mange nakkeslengskader er lette og heler i løpet av kort tid, vanligvis i løpet av få uker. Men en fullstendig reparasjonsprosess kan ta lenger tid hvis det foreligger nerveskade.

En norsk undersøkelse viste at den skadelidtes psykologiske stressreaksjon i forbindelse med ulykken var den beste indikator på forløpet videre (3).

### **Kroniske plager**

Det er stort sprik i litteraturen om hvor stor andel av personer med nakkeslengskade som har symptomer utover seks måneder, alt fra noen få prosent til nesten halvparten av de undersøkte.

Ved kroniske plager klager pasientene over stivhet, smerter i nakken, hodepine og svimmelhet. Konsentrasjonsvansker, irritabilitet, søvnvansker og symptomer på angst og depresjon kan forekomme. Det kan være symptomer på hjerneorganisk skade, men det kan også være en reaksjon på skaden og dens følger.

Posttraumatiske stresssymptomer kan ramme kvinner som har gjennomgått en ulykke. Det vil si at ulykken gjenoppleves og skaper angst.

Cervikogen hodepine (hodepine som stammer fra nakken) er hyppigst hos kvinner og ofte har disse kvinnene tidligere hatt hode/nakkeskade.

### **Behandling**

Behandlere av nakkeslengskade må være bevisste på ikke å lede pasienten inn i en vedvarende syke- eller offerrolle. Det er viktig å forsikre pasienten om at problemene er forbigående. Hun oppfordres til å fortsette sine vanlige aktiviteter, men med mulighet til å uttrykke følelser og tanker knyttet til ulykken. Sykemelding og behandling med krage av «ukompliserte» tilfeller bør kortes til et minimum.

Fra en konsensuskonferanse i Stockholm i 1995, foreligger kunnskap om årsaksforhold, forebygging og behandling av tilstander utløst av nakkesleng. Rapporten sier at det viktigste målet er å hindre at tilstanden blir kronisk. Passiverende behandling kan medvirke til langvarige plager og det er ikke pasienten, men behandlerne som må ta skylden hvis pasienten på dette grunnlag blir værende i sykerollen (2).

Injeksjonsbehandling, manipulasjonsbehandling, fysioterapi og medikasjon med smertestillende eller antiflagistika kan i spesielle tilfeller være påkrevet. Undersøkelse hos spesialist kan være nødvendig.

### **Subjektive plager, få objektive funn**

Som ved andre lidelser hvor det er subjektive plager og få objektive funn er det mange kvinner som ikke føler seg ivaretatt av helsevesenet. De klager over at deres plager og problemer ikke blir tatt alvorlig og at det kan ta flere år etter skaden før saken er avsluttet, medisinsk og forsikringsmessig.

Uten tvil har kroniske eller langvarige skader med nakkeslengmekanisme betydelige økonomiske, trygdemessige og forsikringsmessige konsekvenser.

Norske leger har forskjellig syn på konsekvensene av nakkeslengskade og dette har gitt seg utslag i stort sprik i vurderingen av medisinsk invaliditet. Det er imidlertid utarbeidet veiledende normer av Rikstrygdeverket (4) og Den norske lægeforening har utarbeidet retningslinjer for vurdering av nakkeskader som den enkelte lege kan støtte seg til i arbeidet med denne pasientgruppen (5). Den norske lægeforening har også opprettet en rådgivende tvistenemnd for nakkeskader (6).

### *Utfordringer*

Personer som har fått nakkeslengskade opplever varierende diagnostisk tilnærming og behandling. Enhetlig diagnostikk, behandling og oppfølging er ønskelig for denne pasientgruppen, til beste for den enkelte pasient, for helsepersonell og for andre som kommer i kontakt med dem.

### *Litteratur*

1. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining «whiplash» and its management. *Spine* 1995; 20 (suppl 8S): 1S-73S.
2. Opjordsmoen S, Bøyesen O, Nestvold K, Bø M, Undsgård G. Internasjonal konsensus om lidelser assosiert med nakkeslengskade. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 17, 1995; 115: 2158–9.
3. Drottning M, Staff PH, Malt UF. Acute emotional response to common whiplash predicts subsequent pain complaints. A prospective study of 107 subjects sustaining whiplash injury. *Nordic Journal of Psychiatry* 1995; 49:

- 293–9.
4. Rikstrygdeverkets veiledende normer for vurdering av varig medisinsk invaliditet ved skader i nakke og rygg, mai 1990. Oslo: Rikstrygdeverket, 1990.
  5. Den norske lægeforenings retningslinjer for vurdering av nakkeskader. Oslo: Den norske lægeforening, 1994.
  6. Opjordsmoen A, Bøyesen O, Nestvold K, Rø M, Unsgård G, Vigen T. Fastsettelse av medisinsk invaliditet som følge av nakkeslengsskade. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 17–21.

### 12.3 Multipel sklerose

**Anne Wolland, Seksjon for klinisk neurofysiologi, Neurologisk avdeling, Ullevål Sykehus.**

Multipel sklerose (MS) er en kronisk infeksjonsliknende, demyeliniserende (beskyttelsen rundt nervecellene forsvinner) sykdom som rammer sentralnervesystemet. MS rammer i ung voksen alder og gjennomsnittsalder ved sykdommensdebut er omtrent 30 år, men kan ramme helt ned i 12–15 års alder, endog yngre. Nesten dobbelt så mange kvinner som menn får sykdommen. I Norge er antallet nye tilfeller per år 3–5 per 100 000 (insidens) og prevalens er 80–100 per 100 000.

#### **Geografisk variasjon**

Forekomsten av sykdommen viser stor geografisk variasjon, men er mest utbredt på den nordlige halvkule og i den kaukasiske rase.

For noen tiår siden mente man at risikoen for å få sykdommen var større på Østlandet og i Trøndelag, men dette har siden jevnet seg ut. I de senere år har det vært en økning i forekomst av sykdommen på Vestlandet (1).

#### **Forskjellige former for multipel sklerose**

Sykdommen kjennetegnes av forbigående eller kroniske, lette eller alvorlige lammelser i armer og ben, ustøhet og synsforstyrrelser. Symptombildet er meget variert og sammensatt, også med allmennsymptomer som tretthet, slapphet og dårlig appetitt.

85–90 % av pasientene har en type MS, kalt relapsing remitting multipel sklerose (RRMS), som kjennetegnes av akutte forverringer (shub) som går helt eller delvis tilbake. Omlag 30–40 % av pasientene med RRMS vil etter omtrent 10 år gå over til en raskere utviklingsfase av sykdommen.

En liten del, 10–15%, av pasientene med MS har primær progressiv multipel sklerose (PPMS), der forløpet av sykdommen forverrer seg gradvis fra starten av.

#### **Patofysiologi**

Årsaken til multipel sklerose er ikke kjent men det er bred enighet om at sykdommen er en autoimmun tilstand hos en genetisk disponert person, formidlet av autoreaktive T celler som initierer den infeksjonsliknende, demyeliniserende prosessen i sentralnervesystemet. Som ved en rekke andre kroniske sykdommer synes det å foreligge et komplekst samspill mellom en arvelig disposisjon og ytre årsaker, «noe» som setter sykdomsprosessen igang.

Symptomene kan forklares av nedsatt ledningsevne i nervebanene på grunn av demyelisering. Dette kan opptre hvor som helst i det sentrale nervesystemet. Impulsoverføringen blokkeres mer eller mindre og fører til kliniske bortfallssymptomer.

### **Multipel sklerose i barnealder**

Livsforløpet og levealder med MS varierer sterkt. Multipel sklerose oppstår i barnealder synes å ha et mindre aggressivt forløp enn hvis sykdommen debuterer i voksen alder (2).

### **Multipel sklerose og graviditet**

Sykdommen påvirker ikke evnen til å få barn. Under graviditet kan symptomene forsvinne eller reduseres, men etter fødselen kan den nybakte mor oppleve en forverring. Det er ikke holdepunkter for at svangerskap og fødsel influerer på prognosen på sikt (3).

### **Multipel sklerose og klimakteriet**

Det er gjort svært få undersøkelser om kvinner med MS og deres plager i eller etter overgangsalderen, om for eksempel østrogenbehandling virker inn på forløpet av MS. Imidlertid er det gjort en undersøkelse ved Kings College Hospital i London av 11 kvinner med MS før overgangsalderen og 19 kvinner i overgangsalderen. 82 % i den første gruppen hadde økte MS-plager før menstruasjonen. 54% i den andre gruppen anga forverring av MS-symptomer etter overgangsalderen. 75 % av de som hadde forsøkt østrogenbehandling rapporterte bedring av MS-symptomene (4). Kvinner i denne aldersgruppen kan ha en vanskelig tid med blant annet uttalt tretthetsfølelse.

### **Diagnose, behandling og oppfølging**

MS-diagnosen baserer seg på sykehistorien og kliniske funn. Magnetotomografi og spinalvæskeundersøkelse er de viktigste undersøkelsene (5).

Det finnes ingen helbredende behandling. Akutte forverringer (schub) behandles med metylprednisolon for å forkorte denne perioden. Interferonbehandling er kommet de senere år og kan være et hjelpemiddel ved MS av typen RRMS ved at sykdomsutviklingen bremses og antall akutte forverringer reduseres.

Kvinner som får MS-diagnosen kan oppleve et psykisk sjokk, mange reagerer med sorg, sinne og benektelse. Denne pasientgruppen har behov for nær legekontakt. Senere kommer behovet for et tverrfaglig team og tjenester fra fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, psykolog. Hun kan ha behov for veiledning av kostholdsekspert, øyelege, nevro-urolog, sexolog og har nytte av problemorientert informasjon og behandling.

### **Prognose**

En norsk undersøkelse viser at lav alder ved sykdommens start, sensoriske symptomer og sykdom av typen RRMS, gir best prognose (6). En stor undersøkelse viste at etter 6–10 år med sykdommen, var omtrent 50% i arbeid, omtrent 50 % var uføre og 1 % døde. Etter 16–20 år var 30% i arbeid, 57% ufore

og 12% døde. Selvmord forekom hyppigere blant MS-pasienter enn i kontrollgruppen.

### *Utfordringer*

Årsaken til multipel sklerose er ikke kjent. Epidemiologiske undersøkelser viser at ytre faktorer er viktig for sykdomsrisiko, men til nå er ingen enkeltfaktor identifisert. Også ved denne sykdommen, hvor flertallet er kvinner, er det ikke klarlagt hvilken rolle kvinnelig biologi har for risiko og sykdomsutvikling.

På det praktiske området har pasienter med MS et stort behov for tverrfaglig oppfølging. Fagfolk og pasientgruppens representanter uttrykker behov for et tverrfaglig ressurs- og rehabiliteringsenter i annenlinje-tjenesten, hvor pasientenes sammensatte og omfattende behov kan kartlegges og behandles. Det er behov for tverrfaglige team til oppsøkende virksomhet. Denne pasientgruppen vil ha nytte av *støttegruppe*, rundt den enkelte familie/enkeltperson.

### *Litteratur*

1. Midgard R, Riise T, Kvale G, Nyland H. Disability and mortality in multiple sclerosis in western Norway. *Acta Neurol Scand.* 1996; 93(5): 307–14,.
2. Cole GF, Stuart CA. A long perspective on childhood multiple sclerosis. *Dev Med Child Neurol.* 1995; 37(8): 661–6,.
3. Stenager E, Stenager EN, Jensen K. Effect of pregnancy on the prognosis for multiple sclerosis. A 5-year follow up investigation. *Acta Neurol Scand* 1994; 90(5): 305-8.
4. Smith R, Studd JW. A pilot study of the effect upon multiple sclerosis of the menopause, hormone replacement therapy and the menstrual cycle. *J R Soc Med* 1992; 85(10): 612–3.
5. Nyland H, Myhr KM. Multipel sklerose. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115(17): 2072–7.
6. Midgard R, Albrektsen G, Riise T, Kvale G, Nyland H. Prognostic factors for survival in multiple sclerosis: a longitudinal, population based study in Møre and Romsdal, Norway. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1995; 58(4): 417–21.

## **13 Mental helse**

---

### **13.1 Psykiske lidelser**

***Inger Sandanger, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.***

#### ***Depresjon, angstlidelser med fobier og somatoforme lidelser***

Disse lidelsene blir ofte kalt «lettere psykiske lidelser» i motsetning til de «tyngre psykiske lidelser» som omfatter tilstander der folk i perioder blir psykotiske (har realitetsbrist, vrangforestillinger eller hallusinasjoner). Selv om de kalles «lettere psykiske lidelser» representerer de halvparten av sykmeldingene på grunn av psykiske lidelser av 14 dagers varighet. Depresjon er hyppigste diagnose. Psykiske lidelser er nest største sykemeldingskategori av mer enn 14 dagers varighet, etter muskel- og skjelettsykdommer (1).



I tillegg til disse tilstandene blir spiseforstyrrelser, tvangslidelser, og misbruk eller avhengighet av alkohol, narkotiske stoffer eller medisiner medregnet til «lettere psykiske lidelser».

#### *Definisjoner:*

Med depresjon mener vi en periode på minst to uker med nedsatt stemningsleie, tristhet, irritabilitet eller interesseløshet som følges av trøtthet, uro, søvnvansker, konsentrasjonsvansker, endret appetitt og andre plager.

Generalisert angst er karakterisert av en periode på minst seks måneder med uro, anspenhet og nervøsitet. Det kan også være andre ledsagende symptomer slik som hjertebank, skjjelving, åndenødsfølelse, svimmelhet, prikking i huden, muskelspenninger med mere.

Panikkangst kjennetegnes ved akutte anfall med intens frykt eller ubehag som kommer plutselig og varer noen minutter og følges av hjertebank, svette, skjjelving, kvalningsfølelser, kvalme, svimmelhet, frykt for å miste kontrollen eller dø, hetetokter, nummenhet og prikking i huden og lignende symptomer.

Fobier er en plutselig frykt i visse situasjoner, eksempelvis slik som på trange eller åpne plasser, når man må snakke i forsamlinger eller frykt for ting som edderkopper eller ormer. Frykten følges av symptomer som ved panikkangst, men forekommer bare i de fobiske situasjonene. Situasjonen, eller det å unngå dem, utløser mye stress.

Somatoforme lidelser er langvarige og forskjellige fysiske symptomer som ikke kan forklares av kroppslig sykdom. Symptomene som volder bekymring og der forsikring om at det ikke er noe alvorlig galt, hjelper ikke.

#### *Forekomst av psykiske lidelser*

Det er ikke lett å gi gode tall for forekomst av psykiske lidelser. Det skyldes blant annet at de undersøkelser som er gjort er gjort med ulike metoder, over ulike tidsrom og i ulike perioder. Forekomsten av psykiske lidelser er avhengig av både hvordan vi klassifiserer dem og hvordan vi måler dem. Den ene av de to vanligste måtene i befolkningsstudier å måle depresjon, angst og somatoforme lidelser på, er å bruke symptomskårer. Alle som har et visst antall symptomer og plager av en viss alvorlighetsgrad får en skåringsverdi som ansees som indikasjon på sannsynlig psykisk lidelse. Den andre måten er diagnostikk, der alle som oppfyller de kategoriske kravene til en diagnose, klassifiseres til denne diagnosen. Disse to metodene finner samme forekomst, men er bare delvis enige om hvilke personer det er. Begge metoder finner i Norge en prevalens på rundt 15%. Det vil si at 15% av den voksne befolkningen har disse plagene på et gitt tidspunkt, ca. 20% av kvinnene og 10% av mennene (2–9). Prevalensen synes å være nokså konstant i Norge siden 50-årene, selv om det er vanskelig å sammenligne de undersøkelsene som er gjort, på grunn av klassifikasjoner og målemetoder. Et anslag for punktprevalens for de enkelte diagnosene fra en ny norsk undersøkelse er depresjon 4% kvinner, 1% menn; panikkklidelse/generalisert angst: 3% kvinner, 1,5% menn; fobi: 11% kvinner, 6% menn, og somatoform lidelse 7% kvinner, 4,5% menn.

30% av befolkningen har i løpet av livet en psykisk lidelse av typen depresjon, angst, fobi eller somatoform lidelse, 40% av kvinnene og 20% av mennene. Omtrent 12% av kvinnene og 5% av mennene har to eller flere av disse diag-

nosene gjennom livet. Lidelsene synes å ha sitt første utbrudd tidligere enn før (10).

Andelen med høy symptomskåre holder seg nokså lik gjennom alle aldersgrupper for kvinner, mens forekomst av spesifikke diagnoser synes å avta med alderen. Mens eldre undersøkelser syntes å finne høyere forekomst av særlig depresjoner blant eldre, er det i senere år de yngre som har denne lidelsen. Det er altså særlig de yngre kvinnene som har diagnoser som depresjon, angst og somatoforme lidelser.

Antall nye tilfeller av disse psykiske plagene per tidsenhet (insidensraten) synes å øke selv om prevalensen endrer seg lite. Dette kan skyldes både økt sykkelighet og mer oppmerksomhet og tidligere erkjennelse av disse sykdommene. Høyere insidens er også en følge av tidligere debut av lidelsene. At prevalensen ikke øker med insidensen kan skyldes tidligere og bedre behandling og at færre utvikler langvarige og kroniske tilstander.

Kvinner har høyere insidensrate enn menn, insidensrateforholdet mellom kvinner og menn er større enn forholdet mellom prevalensene. Dette er i overensstemmelse med at menn har lavere forekomst (kumulativ insidens) enn kvinner, men lenger sykefravær for lettere psykiske lidelser (11). Dette kan skyldes at kvinner blir fortere friske igjen og trolig søker hjelp raskere. De får kanskje også bedre hjelp eller bruker nettverk og støtte bedre.

#### *Comorbiditet, varighet og funksjonsnedsettelse*

Det er spesielt personer med flere lidelser som har langvarige plager med nedsett funksjon i arbeid eller daglige gjøremål. Det kan dreie seg om initiativløshet og konsentrasjonsvansker, eller angst som hindrer en i å gå ut eller gjøre visse oppgaver. Mange har bare en enkelt episode med depresjon, mens andre med større sårbarhet, kan få plager gjentatte ganger. Dette kan skyldes økte belastninger, men er også trolig biologisk utløst. De fleste med disse lidelsene er imidlertid friske eller godt funksjonsdyktige mellom episodene.

#### *Årsaker til disse psykiske lidelsene*

Psykiske lidelser er sammensatte. Det finnes en indre, individuell sårbarhet basert på genetiske forhold. Det finnes også en tilegnet sårbarhet på grunn av uheldige omstendigheter i oppveksten, slik som forsømmelse og overgrep, som rammer utvikling og modning. Til sist finnes det ytre omstendigheter i voksent liv som medvirker til å utløse psykiske lidelser (livsbelastninger). Sosial støtte er funnet i mange studier å virke beskyttende mot utløsning av psykiske lidelser når belastning og/eller sårbarhet foreligger (12–23).

Kvinner og menn er sårbare for forskjellige belastninger både i barndom og som voksne, men begge kjønn er sårbare (24–34). Kvinner rammes for eksempel mer av problemer eller konflikter med ektefelle og barn. De tar også atskillelse fra og konflikter med viktige personer tyngre.

På arbeidsplassen blir kvinner mer fysisk sliten, og føler i mindre grad at de får utnyttet sine evner og bestemme over sitt arbeid enn menn. De synes oftere at det er vanskelig å klage på forhold ved arbeidet.

Kvinner ønsker oftere at de hadde tatt annen utdanning. Når de er misfornøyd med arbeidet oppgir de oftere enn menn at de har problemer med å skifte jobb av hensyn til barna (35).

Slike forhold bidrar til psykiske problemer. Det er også økt psykiatrisk sykkelighet hos mennesker som har somatiske lidelser (36, 37).

### *Behandling*

Behandlingstilbudene kan ha ulikt innhold for ulike pasienter. Det kan være samtaleterapi (psykodynamisk orienterte terapier, kognitive terapier), opplysning og medikamenter. Kvinner ønsker ofte å forstå, få en sammenheng mellom plager og utløsende faktorer. Å øke selvtilliten, bygge et mer positivt selvbylde og oppleve innflytelse over egen situasjon, virker positivt. Vi har ingen gode studier på om kvinner og menn trenger forskjellig type behandling for samme tilstand. Siden kvinner og menn har forskjellig biologi, burde man kunne ta hensyn til dette ved bruk av medikamenter, men så langt har utviklingen foreløpig ikke kommet. Medisinsk hjelp gis først og fremst av allmennpraktiserende leger, ikke av spesialisttjenesten.

### **Schizofrene psykoser**

Disse lidelsene har samme hyppighet hos begge kjønn og representerer de alvorligste psykotiske tilstandene på grunn av sin store tendens til kronifisering, stor selvmordsfare i perioder og stor lidelse hos de pårørende. Typisk er tilbaketrekning, endret oppførsel, merkelig oppførsel, hørsels-syns-hallusinasjoner og fastlåste vrangforestillinger. En behandling bestående av døgn/dagmiljø, samtalebehandling, medikasjon, familiearbeid og støttetiltak i aktivitet og sosialt liv trenges over minst 2–5 år. Rundt 1/4 blir ikke-psykotiske og kan klare et normalt liv. For resten blir grad av funksjonshemming sterkt influert av behandlings-, omsorgs- og sosial støttesituasjonen, blant annet utholdenheten i hjelpeapparatet. Halvparten kan bli godt hjulpet og unngå kronisk institusjonsavhengighet, mens den resterende 1/4 er svært vanskelig å hjelpe tilfredsstillende. Kvinner synes å ha noe bedre prognose enn menn. Dette kan skyldes at de tradisjonelle, kvinnelige, huslige sysler er naturlig å fylle hverdagen med og normaliserer den, mens menn måles mer mot yrkeslivet, som er mer krevende og komplisert. Omtrent 1 % av befolkningen har schizofreni.

### **Manisk-depressiv sinnslidelse, bipolar lidelse**

Denne lidelsen forekommer også like hyppig hos begge kjønn. Den er en lidelse der svære stemningssvingninger med sviktende virkelighetskontakt, er typisk. Personen kan være helt frisk mellom sammenbrudd av kortere eller lengre varighet. Tiden mellom sammenbruddene kan variere. De maniske fasene er kjennetegnet av ukritiskhet, oppstemthet, svær aktivitet og ofte aggressivitet og oppførsel som vedkommende aldri ville tillatt seg som frisk. Stor uro og søvnløshet følger. Behandling kan være vanskelig å få i stand fordi den maniske ofte føler seg frisk. Samme person kan andre ganger utsettes for ekstrem nedstemthet, interesseløshet, søvnforstyrrelser, langsomhet, svære og urealistiske selvbepreidelser og til dels meget alvorlige selvmordstanker. Behandling kan også her være vanskelig å starte fordi den lidende opplever seg å være helt realistisk. Noen har bare depresjoner som kan komme flere ganger, andre har både maniske og depressive episoder. Medikamentell behandling er nesten alltid nødvendig og hjelper godt, samtidig som samtalebehandling, ekteparsamtaler og hjelp til praktiske spørsmål betyr mye. Medikamentet Litium gir ofte god forebyggende virkning. Men er også et godt samarbeid mellom behandler og pasient der personen lærer seg å gjenkjenne tendenser til sammenbrudd og kan samarbeide om behandling og forebyggende skjerming er svært viktig. Poliklinisk kontakt med de samme personer over lang tid er derfor sentral for å forhindre utvikling av nye syk-

domsepisoder. Full tilbakevending til normal funksjon er mulig. Internasjonale undersøkelser antyder at rundt 1 % av befolkningen rammes i løpet av livet.

### ***Spesielt farlige og vanskelige psykiatriske kvinnelige pasienter***

Siden 1985 har omtrent 10 % av sykehusplassene for spesielt farlige og vanskelige psykiatriske pasienter vært belagt av kvinner. Kvinnelig vold takles lettere enn mannlig vold og blir i høyere grad tolerert og i mindre grad offer for restriksjoner. Det synes som det er en høyere terskel for å anbringe kvinner på sikkerhetsavdeling. De farlige og vanskelige kvinnene er i mindre grad psykotiske enn mennene, og mer selvskadende og manipulerende. De er sjeldnere farlig for andre enn seg selv, og har mer selvhat. De er hyppig selv ofre for overgrep og vold. Det er i dag ingen mangel på plasser for denne pasientkategorien.

### ***Spiseforstyrrelser***

Det er foreløpig vanskelig å vurdere epidemiologiske tall for spiseforstyrrelser. Det er imidlertid klart et overveiende kvinneproblem. (Se også eget kapittel om spiseforstyrrelser).

### ***Utfordringer***

Det er behov for fortsatt satsning på åpenhet rundt psykiske plager. Styrking av psykisk helse skjer gjennom gode oppvekstforhold, god sosial støtte, forebygging av belastninger, og hjelp til dem som blir utsatt for ekstreme eller langvarig belastende situasjoner. Miljø på skole og arbeidsplass står sentralt. Det er viktig med tidlig gjenkjenning/erkjennelse av plagene slik at behandling og støtte kommer raskt og tidlig i forløpet, for å korte ned sykdomsperioden og reduserer kronisitet. Siden allmennlegene er så sentrale i hjelpeapparatet til personer med psykiske plager, er det av største viktighet at de kan stille en tidlig diagnose og gi riktig behandling.

Med hensyn til forskning er det behov for befolkningsstudier som følger opp de samme personer over lang tid, og studier som måler nivået av psykiske helseproblemer gjentatte ganger over tid i de samme områder, for å kunne si noe sikkert om utviklingen. Det må fokuseres særskilt på kvinner og menn slik at de analyseres hver for seg, fordi årsaksmodeller synes forskjellige for kjønnene. Dessuten bør behovet for kjønnsspesifikk behandling undersøkes.

### ***Litteratur***

1. Sandanger I, Nygård JF, Brage S, Tellnes G. Forekomst av psykiske problemer og sykmeldinger med psykiatriske diagnoser i befolkningen, kjønnsforskjeller. Oslo: Seksjon for trygdemedisin, 1997.
2. Andersen T. Ill health in two contrasting societies. Tromsø: Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1978.
3. Bremer J. (Chapter IV Neurosis) A social psychiatric investigation of a small community in northern Norway. Acta psychiatrica et neurologica 1951: 62: .
4. Fugelli P. Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst. Oslo: Universitetsforlaget, 1978.
5. Dalgard OS. Bomiljø og psykisk helse. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.

6. Moum T, Falkum E, Tambs K, Vaglum P. Sosiale bakgrunnsfaktorer og psykisk helse. In: Moum T, editor. Helse i Norge. Sykdom, livsstil og bruk av helsetjenester. Oslo: Gyldendal norsk forlag; 1991: 46–62.
7. Sentralbyrå S. Levekårsundersøkelsen 1991 (Survey of level of living 1991). Norges offisielle statistikk C 43. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, 1992.
8. Sørensen T. Mental helse i Nordkyst. (Mental health in Northcoast). Bodø: Nordland Fylkeskommune. Fylkeshelsesjefens kontor, 1987.
9. Sørensen T. Pendling, lokalmiljø og mental helse. En psykiatrisk befolkningsundersøkelse. Doktorgradsarbeid. Oslo: Universitetet i Oslo, 1979.
10. Sandanger I, Nygård JF, Ingebrigtsen G, Sørensen T, OS D. Prevalence incidence and age of onset of psychiatric disorders in Norway. Personal communication 1998:
11. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. Sick-leave due to psychiatric disorder: High incidence among women and longer duration for men. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 740–6.
12. Brugha TS, Bebbington PE, MacCarthy B, Sturt E. Gender, social support and recovery from depressive disorders: A prospective clinical study. *Psychological Medicine* 1990; vol 20(1): 146–156.
13. Brown GW, Harris T. Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock Publications Limited, 1978.
14. Brown D, Gary L, E. Stressful life events, social support networks, and the physical and mental health of urban Black adults. *Journal of Human Stress* 1987; vol 13(4): 165–74.
15. Brown W, G. Life events and affective disorder: replications and limitations. *Psychosomatic Medicine* 1993:
16. Brown W, G, Harris T, O., Hepworth C. Loss, Humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine* 1995:
17. Kendler s, Kessler RC, Neale MC, Haeth AC, Eaves LJ. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 8: 1139–1148.
18. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath A, Eaves LJ. A Twin Study of Recent Life Events and Difficulties. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 789–796.
19. Kendler s, Kessler RC, Neale MC, Haeth AC, Eaves LJ. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 8: 1139–1148.
20. Kendler s, Heath AC, Neale MC, Kessler RC, Eaves LJ, Walters EE et al. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry* 1995:
21. Kendler KS. Social Support: A Genetic-Epidemiologic Analysis. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 1398–1404.
22. Kendler KS. Social support: The genetic epidemiology of psychiatric disorders: A current perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997; 32(1): 5–11.
23. Kendler KS. Major depression and the environment: A psychiatric genetic perspective. *Pharmacopsychiatry* 1998; 31(1): 5–9.
24. Bifulco AT, Brown GW, Harris TO. Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication. *Journal of Affective Disorders* 1987; vol 12: 115–128.
25. Bowlby I. Attachment and loss. London: Hogarth Press, 1969.

26. Greenfield SP, Swartz M, Landerman LR, George LK. Long-term psychosocial effects of childhood exposure to parental drinking. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150(4): 608–613.
27. Harris T, Brown W, Bifulco A. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: A tentative overall model. *Development and Psychopathology* 1990; 2: 311–328.
28. Jenkins R. Sex differences in minor psychiatric morbidity. Monograph supplement 7, *Psychological Medicine*. Cambridge University Press., 1985.
29. Parker DA, Harford TC. Alcohol-related problems, marital disruption and depressive symptoms among adult children of alcohol abusers in the United States. *Journal of Studies on Alcohol* 1988; 49: 306–314.
30. Sandanger I, Ingebrigtsen G, Sørensen T, Dalgard OS. Life strains, social support and social inheritance. The effect on mental distress and psychiatric diagnoses. Oslo: Centre for Social Network and Health, 1995.
31. Tennant C, Bebbington P, Hurry J. Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychological Medicine* 1980; 10: 289–299.
32. Tennant C, Bebbington P, Hurry J. Social experiences in childhood and adult psychiatric morbidity: a multiple regression analysis. *Psychological Medicine* 1982; 12: 321–327.
33. Tennant C. Parental loss in childhood. *General Psychiatry* 1988; vol 45: 1045–1055.
34. Zahner GEP, Murphy JM. Loss in childhood: Anxiety in adulthood. *Comprehensive psychiatry* 1989; vol. 30 no. 6: 553–563.
35. Sandanger I, Nygård JF, Brage S, Hensing G, Tellnes G. Kjønnforskjeller i belastninger i privatliv og arbeid. Belastninger og psykiske helseproblemer. Oslo: Seksjon for trygdemedisin, 1997.
36. Eastwood RM. The relation between physical and mental illness. Toronto: University of Toronto press, 1975.
37. Sandanger I. The composite International Diagnostic Interview for psychiatric diagnoses as an expounding instrument in the Norwegian Community Diagnosis Project: mental health and physical illness. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1993; 3: 137–42.

### 13.2 Postpartum depresjon

***Malin Eberhard Gran, Seksjon for epidemiologi, Statens institutt for folkehelse.***

#### ***Hva er postpartum depresjon?***

Depresjon rammer kvinner hyppigere enn menn. Som et eksempel på denne forskjellen er det funnet at dobbelt så mange kvinner sammenlignet med menn, blir behandlet for depresjon (16). Kjønnforskjellen er også vist å være knyttet til alder. Overvekten av kvinner blant deprimerte er størst mellom 15 og 50 år, den reproduktive alder (6). Det er framsatt ulike mulige forklaringer på denne forskjellen. En av hypotesene er at kvinnes sårbarhet for å bli deprimerte er knyttet til forhold under svangerskap og fødsel (8).

Svangerskap og fødsel representerer en kritisk fase i en kvinnes liv. For de fleste kvinner medfører denne fasen en kilde til fornyelse og vekst, men særlig perioden etter fødselen representerer en risikofase for utvikling av

depresjon (14) og andre psykiske lidelser. Det kliniske bildet ved postpartum depresjon er som ved andre depresjoner og gir seg utslag i redsel for å mislykkes som mor eller å skade barnet, i tillegg til nedstemthet, gledesløshet, tretthet og konsentrasjonsvansker.

### **Ulike psykiske plager knyttet til svangerskap og fødsel**

I litteraturen beskrives særlig tre typer svangerskapsrelaterte psykiske lidelser: «postpartum blues», puerperal psykose og postpartum depresjon. Hver tilstand kan ha glidende overganger til de andre.

#### *Postpartum blues («barseltårer»)*

Dette er en vanlig tilstand som kommer i løpet av de første 3–10 dagene etter fødselen. Tilstanden består i følelsesmessig ustabilitet, gråtetokter, tristhet og noen ganger søvnvansker. Mellom 15–80% av alle kvinner får en slik reaksjon i varierende grad etter fødsel. Dette er forbigående og betraktes som et normalfenomen. Årsaken antas å være hormonell (9,12).

#### *Postpartum psykose*

Er meget sjeldent og forekomsten er omtrent 0,1% eller et sykdomstilfelle per 500 til 2000 fødsler. Tilstanden består i forvirretthet, desorientering og følelsesmessig ustabilitet. En postpartum psykose debuterer vanligvis innen fire uker etter fødselen og har store likheter med en bipolar affektiv lidelse (manisk depressiv lidelse). I en del publikasjoner er det antatt at det handler om en form av denne sykdom (1).

#### *Postpartum depresjon*

I følge epidemiologiske studier fra utlandet rammes omtrent 10–20% av alle barselkvinner (2) av postpartum depresjon. Andelen varierer med hvilket måleinstrument man har brukt. Meget få studier viser under 10% forekomst. De fleste slike depressive episoder debuterer innen 3–4 måneder etter fødselen. For å defineres som postpartum depresjon skal depresjonen ha debutert innen ett år etter fødselen. Det er foreløpig ikke foretatt noen forekomststudie i Norge. Derfor vet vi lite om forekomsten.

### **Hvor farlig er postpartum depresjon?**

Det er studier som tyder på at de depressive symptomene som oppstår etter fødselen kan resultere i langvarige lidelser (12,13). De fleste depresjonene glir over etter de første 3 månedene, men hos noen kan tilstanden bli kronisk. En rekke undersøkelser har vist at barn til deprimerte mødre har en økt risiko for psykiske forstyrrelser under oppvekståren (11). Det er påvist negative effekter på barnets følelsesmessige utvikling og evne til læring. Depresjon hos mor kan også virke inn på forholdet til barna (3). Det er derfor viktig å kunne avdekke risikofaktorer for postpartum depresjon for å komme fram til gode forebyggingsstrategier.

### **Hva er årsaken til postpartum depresjon?**

Det har vært spekulert hvorvidt dette er en egen type depresjon med en annen årsak enn andre depresjoner. Depresjonen utvikler seg i kjølvannet eller uavhengig av «postpartum blues». Årsaksforholdene er sannsynligvis sammensatte og både biologiske og psykososiale forhold spiller trolig en rolle.

Man vet at visse forhold øker risikoen. Kjente risikofaktorer er; tidligere depresjon eller andre psykiske lidelser, under 20 år ved første fødsel, enslig, samt dårlig forhold til ektefellen. Disse risikofaktorer kan ikke forutse alle tilfeller med postpartumdepresjon. Dette innebærer at fravær av psykososiale stressfaktorer ikke utelukker postpartum depresjon (15).

I det siste har det fremkommet at rundt 12 % av alle gravide kvinner har en økning av tyreoida-antistoffer og en del av disse utvikler en hypotyreose postpartum (10). Hypotyreose (lavt stoffskifte) er ofte ledsaget av depresjon.

Man har også spekulert over betydningen av andre hormoner. I England har man prøvd å behandle alvorlige postnatale depresjoner med østrogenplaster, med en viss effekt (5). Hormoner som prolaktin, oxytocin og kortisol har også vært i søkelyset men noen større studier har til dags dato ikke vært foretatt. En interessant ting er at postpartum blues er mer vanlig etter at en kvinne har født en gutt enn en jente. Forklaringen kan ligge i at kvinnens hormonelle balanse varierer litt på grunn av barnets kjønn (12). Genetisk disposisjon til postpartumdepresjon er ikke særlig mye utredet som risikofaktor, men en del studier antyder en økt prevalens i visse familier.

### **Behandling**

Det har mer og mer kommet frem hvor viktig det er å fange opp disse kvinnene og gi dem ekstra støtte og eventuelt, ved behov, behandling. Å ikke være glad etter en fødsel er tabubelagt.

I et flertall kulturer har man spesielle postpartum ritualer. Dette innebærer ofte at moren isoleres med barnet noen dager eller uker og at andre kvinner tar hånd om øvrige oppgaver i husholdningen (7). Nødvendigheten av dette forklares ofte med at kvinnen er uren eller at hun er spesielt sårbar i denne perioden. Uansett hva forklaringen er, så blir hun behandlet med ekstra oppmerksomhet.

Dette å passe på en kvinne som akkurat har født og behandle henne litt skånsomt slik at hun kan konsentrere seg om barnet er noe som det kanskje burde fokuseres mer på i vår kultur. Det er et stort behov for forskning innen dette område. Meget ofte oppdages ikke en postpartum depresjon. Det er av den grunn viktig å øke helsepersonells kunnskap.

Det er mangel på kunnskap om behov og effekt av forskjellige typer behandling. Tradisjonelt har man behandlet postpartum depresjon som andre depresjoner, men psykoterapi og psykososiale intervensjoner har blitt foretrukket. Tilbakeholdenhet anbefales med antidepressiva medisiner med tanke på amming og det blir ofte en risikovurdering med hensyn til hva som kan vinnes og hva som kan tapes med tanke på bivirkninger. Imidlertid ser det ut til at relativt lite går over i morsmelken (17).

### **Utfordringer**

- Bedre kunnskap om årsaker
- Kartlegging av forekomsten i Norge
- Validering av et diagnostisk instrument (eks. Edinburgh-skalaen) (4)



- Bevisstgjøring av helsepersonell
- Evaluering av ulike typer behandling

### *Litteratur*

1. Brockington IF. The clinical picture of depressed form of puerperal psychosis. *J. Affective Disord.* 1988; 15: 29–37.
2. Brokington I. *Motherhood and mental health.* Oxford University Press, Oxford, 1996.
3. Caplan HL, Cogill SR, Alexandra H, Robson KM, Katz R, Kumar R. Maternal depression and the emotional development of the child. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 818–22.
4. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–6.
5. Gregoire AJP, Kumar R, Everitt Henderson AF, Studd JWW. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996; 347: 930–933.
6. Jorm AF. Sex and age differences in depression: a quantitative synthesis of published research. *Aust NZ J Psychiatry* 1987; 21: 46–53.
7. Kit LK, Janet G, Jegasothy R. Incidence of postnatal depression in Malaysian women. *J Obstet Gynaecol Res* 1997 Feb; 23 (1): 85–9.
8. Paykel ES. Depression in women. *Brit. J of Psychiatry* 1991; 158(supplement 10)22–9.
9. Pitt B (1973) Maternity Blues. *Br J Psychiatry* 122, 431–433
10. Pritchard DB, Harris B. Aspects of perinatal psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1996; 169; 552–562.
11. Stein A. et al. The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *Brit J Psychiatry* 1991; 158: 569–570. *The Lancet*, 1988: 569–570.
12. Tonge BJ. Postnatal mood states-antecedents features and consequences. In: Dennerstein L, Freaser I (red). *Hormones and Behavior*-Amsterdam: Excerpta medica, 1986: 336–45.
13. Uddenberg N, Engelsson I. Prognosis of postpartum mental disturbance: a prospective study of primiparous women and their 4–5 years old children. *Acta Psychiatr Scand* 1978; 58: 201–12.
14. Watson JP, Elliot SA, Rugg JA, Brough DI. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 453–62.
15. Webster M.L. et al. Postnatal depression in a community cohort. *Austr and New Zealand J of Psychiatry* 1994; 28, 42–49.
16. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen H-U. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Dis* 1993; 29: 77–84
17. Wisner KL, Perel JM, Findling RL. Antidepressant treatment during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 418–422.

### 13.3 Småbarnsmødres psykiske helse

**Ane Nærde, Seksjon for epidemiologi, Statens institutt for folkehelse.**

#### ***Mental helse blant kvinner***

Både norske og internasjonale undersøkelser rapporterer gjennomgående at *kvinner* har en høyere risiko enn *menn* for å utvikle mentale helseproblemer, spesielt angst og depresjon (Leon et al., 1993; McGrath et al., 1990; Horton, 1995; Helseundersøkelsen 1985; Levekårsundersøkelsen 1983; 1991; 1995; Barstad, 1997; Sandanger, 1993). Med *mentale helseproblemer* menes her (og i det videre) symptomer på angst og depresjon. Selv om kvinners tendens til hyppigere hjelpesøking og mulig overrapportering av symptomer er foreslått som forklaringer på de observerte kjønnsforskjellene i psykisk sykkelighet, antar likevel de fleste at kjønnsforskjellene er reelle (Horton, 1995). Depresjon er den vanligste mentale lidelse blant kvinner (Horton, 1995). I motsetning til tidligere antagelser om at depresjon er særlig vanlig blant kvinner etter overgangs-alderen, viser resultater fra internasjonale undersøkelser at depresjon er mest hyppig i alderen 25–44 år, nettopp i den livsfasen da kvinner føder og oppdrar barn (Clarkson, 1986; Olson & DiBrigida, 1994; Leon et al., 1993; Horton, 1995; Weissman & Olfson, 1995). Liknende tendenser er fremkommet i en del norske undersøkelser som ikke finner økende mentale helseproblemer med høyere alder (Sandanger, 1993; Dalgard, 1980), mens resultater fra andre undersøkelser ikke støtter opp under dette og rapporterer om høyest forekomst i de eldre aldersgruppene (Barstad, 1997; Levekårsundersøkelsen 1995)

#### ***Mental helse blant foreldre***

Omsorg for barn er forbundet med mange gleder. Flere kvinner enn menn mener at *foreldrerollen* er en nødvendig del av et meningsfylt liv (Lips, 1983). Omstillingen til foreldrerollen er gjerne mest uttalt for kvinner fordi de som regel har hovedansvaret for barneomsorgen. Til tross for alle de positive forhold som er forbundet med morsrollen, er en del mødre med småbarn utsatt for mentale helseproblemer. Forskjeller mellom *foreldre* og *ikke-foreldre* med hensyn til angst og depresjon er blitt undersøkt i flere internasjonale studier. Det er vanskelig å sammenligne undersøkelser som er foretatt på tvers av ulike utvalg, og som ikke benytter de samme mål på helse og som fokuserer på ulike prediktorer for helse. Det konkluderes i all hovedsak med at foreldre, og spesielt *mødre*, har høyere nivå av angst og depresjon enn voksne uten barn (McLanahan & Adams, 1987). Forskjellene mellom foreldre og ikke-foreldre når det gjelder omfang av mentale helseproblemer synes totalt sett å være forholdsvis små. Men de ser ut til å ha vært *økende* fra slutten av 1950-årene (McLanahan & Adams, 1987).

#### ***Betydningen av barnas alder***

Barns betydning for foreldres mentale helse antas å være størst når barna er små og å avta ettersom de blir eldre (Pitman et al., 1989; Umberson, 1989). Undersøkelser tyder på at mødre med omsorg for ett eller flere barn i *førskolealder* har større sannsynlighet for å bli deprimerte enn de som har omsorg for *eldre barn* (D'Arcy & Siddique, 1984; Brown et al., 1975; Brown & Harris, 1978; Gove & Gerken, 1977; Moss & Plewis, 1977; Richman, 1976). Vi ser her bort fra postpartumperioden som utgjør et eget forskningsområde.

Når barna er små er de særlig avhengig av sin primære omsorgsgiver. Noen forskere mener at mødrenes forsøk på å imøtekomme barnas behov i denne fasen kan svekke mødrenes fysiske og mentale helsetilstand og øke sårbarheten for å utvikle psykiske plager (Hobbs, 1965, Holmes & Masuda, 1974 og Kitzinger, 1980 som sitert i D'Arcy & Siddique, 1984). I en australsk studie viste det seg at mødre opplevde barnas første leveår som særlig krevende. Den vanligste grunnen mødre oppga til at de følte seg mindre deprimerte ett år senere var at barna var blitt eldre (Small et al., 1994). Andre studier har beskrevet perioden med barn mellom ett og to år som den mest krevende for mødre (Olson & DiBrigida, 1994).

### **Mental helse i Norge**

Det er også enkelte *norske studier* som har undersøkt foreldrestatus og mental helse, selv om det er få som har sett spesielt på småbarnsfasen. I en undersøkelse av 2 000 personer i fire kommuner i Lofoten og en bydel i Oslo (Sandanger, 1993) rapporterte 21% av kvinnene med *barn i alle aldre* at de hadde betydelige mentale plager (målt som symptomer på angst og depresjon), uavhengig av om barna bodde hjemme eller ikke. Tilsvarende andeler blant kvinnene *uten barn* var 11%. Forskjellene var klart mindre blant mennene. En annen studie av omtrent 3 000 kvinner i alderen 20–49 år i Finnmark om betydningen av yrkesaktivitet og foreldrestand for mental helse støtter i noen grad opp under disse hovedfunnene (Søgaard et al., 1994; Søgaard, 1993). I motsetning til dette viser resultater fra Statistisk sentralbyrås Helseundersøkelse 1995 (Barstad, 1997) at gifte kvinner med hjemmeboende barn i gjennomsnitt har bedre mental helse enn gifte kvinner uten hjemmeboende barn, mens hjemmeboende barn ikke synes å bidra til noen forbedring av mental helse blant menn som lever i parforhold.

### *Omfanget varierer*

Omfanget av mentale helseproblemer blant småbarnsmødre varierer mellom ulike studier avhengig av både hvilke mål som benyttes på mental helse, utvalget av befolkningen som undersøkes og hvilke metoder som anvendes (personlig intervju eller selvutfyllingsskjema). Det kan også være grunn til å skille mellom studier av mødre som har barn på ulike alderstrinn. I en internasjonal undersøkelse av mødre med barn mellom 15 og 24 måneder oppga hele 42% at de hadde depressive symptomer (Olson & DiBrigida, 1994). En annen studie av mødre med barn på fire år refererte at 27% av mødre var deprimerte (Williams & Carmichael, 1991). I Finnmarksundersøkelsen (Søgaard et al., 1994; Søgaard, 1993) fant man at 22% av de kvinnene som hadde barn på 10 år eller yngre var deprimerte (som svar på et spørsmål om de hadde følt seg ulykkelige eller nedfor i en lengre periode og minst i 14 dager). Man hadde imidlertid ikke mulighet til å undersøke undergrupper av kvinner med barn på ulike alderstrinn. Levekårsundersøkelsen 1995 viste ingen forskjell med hensyn til omfanget av relativt sterke mentale plager (målt ved tre spørsmål om hjertebank, nervøsitet, angst og rastløshet og følelse av depresjon) mellom foreldre (både mor og far) der yngste barn var fra 0 til 6 år og fra 7 til 19 år. En annen norsk studie av 1 000 mødre med barn på 18 måneder (Mathiesen, 1995) fant at 9% av mødre var plaget av symptomer på angst og depresjon i noen grad (målt ved Hopkins Symptom Checklist-25) (Derogatis et al., 1974) mens 12% var alvorlig plaget med slike symptomer.

### **Årsaksforhold**

Det er i dag stor enighet om at mentale lidelser kan ha flere årsaker (Høstmark Nielsen, 1996). Risikofaktorer som er undersøkt med hensyn til mental helsestatus for småbarnsmødre omhandler hovedsaklig de fra generelle modeller for psykiske lidelser, herunder genetiske, hormonelle, biologiske og psykososiale faktorer. En har undersøkt betydningen av forhold ved mor selv (Teti et al., 1995), ved omgivelsene (D'Arcy & Siddique, 1984; Hall, Parry, 1986) og i noen grad forhold ved barnet (Hahn & Schone, 1996). Blant de psykososiale faktorene er betydningen av stress (både relatert til barna og til livssituasjonen for øvrig) og sosial støtte synliggjort i en del studier (Crnic & Greenberg, 1990; D'Arcy & Siddique, 1984; Mathiesen, 1995). Andre har vært opptatt av forholdet mellom foreldrestatus, yrkesaktivitet og helse (Søgaard et al., 1994; Kandel et al., 1985; Olson & DiBrigida, 1994). I Finnmarksundersøkelsen (Søgaard, 1993; Søgaard et al., 1994) fant man at yrkesaktive kvinner hadde bedre subjektiv helse enn husmødre, uavhengig av om de var småbarnsmødre (omsorg for barn på ti år eller yngre) eller ikke, noe som i hovedsak støttes av andre undersøkelser. Selv om en del studier viser at enslige mødre har mer plager enn andre grupper av mødre (McLanahan & Adams, 1987), har man ikke entydige svar på betydningen av ulike bakgrunnsfaktorer. Mye av forskningen om småbarnsmødre har omhandlet spesielle grupper, eldre førstegangsfødende (Reece, 1993), generelt vanskeligstilte mødre (Oakly et al., 1994), mødre som får uønskede barn (Najman et al., 1991) og mødre med alvorlige mentale lidelser (Oyserman et al., 1994). Vi har ikke tilstrekkelig kunnskap om hvilken betydning det har for mødres mentale helse å ha omsorgen for barn på ulike alderstrinn. Slik kunnskap kan vi få gjennom longitudinelle, befolkningsrettede undersøkelser. Det foreligger pr. i dag en del datamateriale om norske forhold som kan gi nyttige bidrag til dette feltet, i tillegg til den omfattende kohort-undersøkelsen, «Den norske mor og barn undersøkelsen», som er i startfasen.

### **Avslutning**

Mødres mentale helse er viktig både for kvinnene selv og for deres barn. Omfattende forskning viser at det er sammenheng mellom mødres mentale helse og barns utvikling (Williams & Carmaichael, 1991; Webster-Stratton & Hammond, 1988; Rutter, 1990; Cummings & Davies, 1994; Downey & Coyne, 1990; Teti et al., 1995; Weissman et al., 1997). Longitudinelle undersøkelser tyder ennvidere på at mødre som har mentale helseproblemer i løpet av barnets første leveår, har en øket risiko for lignende problemer også gjennom barnets førskolealder (Uddenberg & Engelsson, 1978; Leadbeater et al., 1996; Gross et al., 1995; Kumar & Robson, 1984; Lang et al., 1996). Forebygging av mentale plager blant småbarnsmødre må skje på alle nivåer av det forebyggende arbeidet (primær, sekundær og tertiærforebyggende). Helsestasjonen skal drive forebyggende arbeid rettet mot alle barnefamilier og har en sentral plass i mange barnefamiliers liv. I et utviklingsprosjekt om forebygging av psykososiale problemer i småbarnsfamilier der en med utgangspunkt i sosial nettverksteori vektla primærforebyggende, miljørettet arbeid og beskyttelsesfaktorer, ble det vist hvordan konkrete tiltak i kommunal regi kan bidra til å bedre kontakten mellom småbarnsfamilier som et ledd i forebygging av mentale helseproblemer (Sætre, Mathiesen & Nærde, 1996). En del forebyggende tiltak vil imidlertid omhandle større samfunnspolitiske avgjørelser, slik som bedring av levekår og tilrettelegging av livsbetingelser.

*Litteratur*

Barstad, A. (1997). Psykisk helse, Fortrolighet forebygger? *Samfunnsspeilet*, 2, 22–32.

Brown, G.W., Ní Bhrolcháin, M. & Harris, T.O. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9, 225–54.

Brown, G.H. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Tavistock, London.

Carter, E.A., McGoldrick, M. (Ed.) (1980). *The family life cycle*, N.Y., Garden Press.

Clarkson, S.E. (1986). The mental health of mothers of preschool children: some preliminary data. *New Zealand Medical Journal*, 99, 152–153.

Crnic, K.A. & Greenberg, M.T. (1990). Minor Parenting Stresses with young children. *Child Development*, 61, 1628–1637.

Cummings, E.M. & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *J. Child. Psychol. Psychiatr.*, 35, 73–112.

Dalgard, O.S. (1980). *Bomiljø og psykisk helse*. Oslo, Universitetsforlaget.

D'Arcy, C. & Siddique, C.M. (1984). Social support and mental health among mothers of pre-school and school age children. *Soc Psychiatry*, 19, 155–62.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H. & Covi, L. (1974). The Hopkins symptom checklist (HSCL): A self report inventory. *Behavioral Science*, 19, 1–15.

Downey, G. & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50–76.

Gove, W.R. & Gerken, M. (1977). The effect of children and employment on the mental health of married men and women. *Social Forces*, 56, 66–76.

Gross, D., Conrad, B., Fogg, L. & Garvey, C. (1995). A longitudinal study of maternal depression and preschool children's mental health. *Nursing Research*, 44, 96–101.

Hahn, B. & Schone, B.S. (1996). Maternal psychological distress: The role of children's health. *Women & Health*, 24, 59–75.

Helseundersøkelsen 1985. Statistisk sentralbyrå.

Horton, J.A. (ed) (1995). *The Women's Health Data Book. A profile of women's health in the United States. Second Edition*. The Jacobs Institute of Women's Health. Elsevier.

Høstmark Nielsen, G. (1996). Psykiske lidelser i befolkningen – forekomst, årsaker og forebygging. I Hurlen, P. og Nordhagen, R. *Folkehelse i forandring*. Oslo, Universitetsforlaget/Folkehelse.

Kandel, D.B., Davies, M. & Raveis, V.H. (1985). The stressfulness of daily roles for women: marital, occupational and household roles. *J Health Soc Behav*, 26, 64–78.

Kumar, R. & Robson, K.M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Brit J Psychiat*, 144, 35–47.

Lang, C., Field, T., Pickens, J., Martinez, A., Bendell, D., Yando, R. & Routh, D. (1996). Preschoolers of dysphoric mothers. *J Child Psychol Psychiat*, 37, 221–224.

Leadbeater, B.J., Bishop, S.J. & Raver, C.C. (1996). Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive symptoms and behavior problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32, 280–288.

Leon, A.C., Klerman, G.L. & Wickramaratne, P. (1993). Continuing female predominance in depressive illness. *American Journal of Public Health*, 83 , 754–757.

Levekårsundersøkelsen 1983, 1991 og 1995. Statistisk sentralbyrå.

Lips, H.M. (1983). Attitudes toward childbearing among women and men expecting their first child. *International Journal of Women's Studies*, 6 , 119–129.

Mathiesen, K.S. (1995). Helsestasjonen og de utsatte småbarnsmødrene. I Dalgard, O.S., Døhlie, E. & Ystgaard, M. *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo, Universitetsforlaget.

McGrath, E., Keita, G.P., Strickland, B.R & Rossi, N.F. (Eds.). (1990). *Women and depression. Risk factors and treatment issues*. American Psychological Association.

McLanahan, S. & Adams, J. (1987). Parenthood and psychological well-being. *Ann Rev Immunol*, 5, 237–57.

Moss, P. & Plewis, I. (1977). Mental distress in mothers of pre-school children in Inner London. *Psychol Med* 7, 641–652.

Najman, J.M., Morrison, J., Williams, G., Andersen, M. & Keeping, J.D. (1991). The mental health of women 6 months after they give birth to an unwanted baby: a longitudinal study. *Soc Sci Med*, 32, 241–247.

Oakly, A., Rigby, A.S., Hickey, D. (1994). Women and children last? Class, health and the role of the maternal and child health services. *European Journal of Public Health*, 3, 220–226.

Olson, A.L. & DiBrigida, L.A. (1994). Depressive symptoms and work role satisfaction in mothers of toddlers. *Pediatrics*, 94, 363–367.

Oyserman, D., Mowbray, C.T. & Zemenuck, K. (1994). Resources and support for mothers with severe mental illness. *Health and Social Work*, 19, 132–142.

Parry, G. (1986). Paid employment, life events, social support, and mental health in working-class mothers. *J Health Soc Behav*, 27, 193–208.

Pitman, J.F., Wright, C.A. & Lloyd, S.A. (1989). Predicting parenting difficulty. *Journal of Family Issues*, 19, 267–286.

Reece, M.S. (1993). Social support and the early maternal experience of primiparas over 35. *Maternal-Child Nursing Journal*, 21, 91–98.

Richman, N. (1976). Depression in mothers of preschool children. *J Child Psychol Psychiat*, 17, 75–78.

Rutter, M. (1990). Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Developmental Psychology*, 26, 60–67.

Sandanger, I. Kvinner, det seige kjønn. (1993). I Schei, B., Botten, G., & Sundby, J. (red.) *Kvinnemedisin. adNotam*, Gyldendal.

Small, R., Astbury, J., Brown, S. & Lumley, J. (1994). Depression after childbirth. Does social context matter? *The medical journal of Australia*, 16, 473–477.

Sosial- og helsedepartementet (1996). *Folkehelse rapporten*.

Sætre, R.H., Mathiesen, K.S., Nærde, A. (1996). *Barnefamilien – trivsel og levekår. Helsestasjonens rolle i kommunens forebyggende arbeid for barn*. Oslo, Kommuneforlaget.

Søgaard, A.J. (1993). Er det egentlig sunt å jobbe? I Schei, B., Botten, G., & Sundby, J. (red.) *Kvinnemedisin. adNotam*, Gyldendal.

Søgaard, A.J., Kritz-Silverstein, D., Wingard, D.L. (1994). *Finmark Heart Study: Employment Status and Parenthood as Predictors of Psychological*

Health in Women, 20–49 Years. *International Journal of Epidemiology*, 23, 82–90.

Teti, D.M., Gelfand, D., Messinger, D.S., Isabella, R., (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364–376.

Uddenberg, N. & Englesson, I. (1978). Prognosis of post partum mental disturbance: A prospective study of primiparous women and their 41/2-year-old children. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 58, 201–212.

Umberson, D. & Gove, W.R. (1989). Parenthood and psychological well-being. *Journal of Family Issues*, 10, 440–462.

Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1988). Maternal depression and its relationship to life stress, perception of child behavior problems, parenting behaviors, and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 299–315.

Weissman, M.M. & Olfson, M. (1995). Depression in women: Implications for health care research. *Science*, 269, 799–801.

Weissman, M.W., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D. & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents. 10 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 932–940.

Williams, H. & Carmichael, A. (1991). Depression in mothers and behaviour problems with their preschool children. *J Paediatr Child Health*, 27, 76–82.

### 13.4 Spiseforstyrrelser

***Finn Skårderud, Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri.***

#### ***Innledning***

Spiseforstyrrelser utgjør en betydelig utfordring for vårt helsevesen. Det skyldes flere forhold:

1. En økt synlighet av problemet. Dette avspeiler en reell økt forekomst av spiseforstyrrelser og tilliggende problemer i vår kulturkrets i løpet av de siste femti år (Nasser 1997). Det avspeiler også en medieblest omkring spiseforstyrrelser. En slik medieoppmerksomhet bør kunne oppfattes som en svært positiv åpenhet omkring problemer. Men det er også en oppmerksomhet som til dels dramatiserer, fordreier og som i liten grad bidrar til dypere forståelser av spiseforstyrrelser.
2. Brist på kunnskap og kompetanse i forhold til den økte synligheten. Spiseforstyrrelser forvirrer. Hyppig erfares en «vegring» fra behandleres side. Manglende forståelse av hva spiseforstyrrelser er, og behandleres opplevelse av manglende terapeutisk erfaring, bidrar til at mange ønsker å slippe å forholde seg til slike pasienter.
3. Manglende differensiering i behandlingsapparatet mellom grader og former av lidelsene. Hva kan og bør behandles i førstelinjetjenester; hva bør viderehenvises etc.? Det er grunn til å hevde at vi i Norge i dag erfarer både en underbehandling og overbehandling av spiseforstyrrelser. Svært mange får ikke den hjelpen de trenger. En del av dem som får hjelp, behandles på et høyere organisasjonsnivå i helsevesenet enn strengt tatt nødvendig.
4. Spiseforstyrrelser utfordrer oss i særdeles grad, da de som lidelseskategori er sterkt preget av sosiokulturelle forhold. Lidelsene «sladrer om kul-

turen». Forekomsten av spiseforstyrrelser i vår kulturkrets avspeiler allmenne forhold til kropp og mat. Disse lidelsene spissformulerer på sykelig vis det som er normalkulturen. Med sin sterkt kjønnete karakter – i overveiende grad en «kvinnelidelse» – kan spiseforstyrrelsene fortolkes som utsagn om jenters og kvinners sosialiseringvilkår.

### **Forekomst**

Det er begrenset med norsk forskning på spiseforstyrrelser, men det som finnes av empiriske studier er svært overensstemmende med funn fra Vest-Europa og USA.

Spiseforstyrrelser rammer først og fremst kvinner. En rekke studier er enige om at kjønnsfordelingen er om lag 90% jenter og kvinner og 10% gutter og menn (Gordon 1990). Fordelingen synes å være noenlunde den samme for anoreksi som bulimi. Kjønnsfordelingen er noe annerledes når det gjelder barn i førpuberteten. Bulimi er en sjelden tilstand hos barn, mens prepubertal anoreksi – *early onset anorexia* – er en veldokumentert tilstand. I en engelsk studie var andelen gutter 2,7% (Lask & Bryant-Waugh 1993).

Anoreksi er den tilstanden som tradisjonelt utløser mest omtale og oppmerksomhet, gitt tilstandens til dels dramatiske synlighet. Det er imidlertid viktig å minne om at bulimi og overspisingstilstander er langt hyppigere. Det betyr at de hyppigste tilstandene er de som ikke uten videre er synlige. Pasienter med alvorlige symptomer kan skjule sine plager i mange år. *Dette er et av de største medisinske problemene knyttet til spiseforstyrrelser i dag.*

I mediesammenheng blir det henvisning til at forekomsten av spiseforstyrrelser er «stadig økende». Det er tilfredsstillende dokumentasjon av en betydelig økning i vår kulturkrets, det vil si den vestlige, av spiseforstyrrelser i løpet av de siste femti årene (Lucas et al 1991, Hoek 1993). Det er imidlertid vanskeligere å dokumentere en reell økning av forekomst både for anoreksi og bulimi i løpet av de siste tjue årene (Fombonne 1995, 1996). Selv om forekomsten er noenlunde stabil nå, er det imidlertid rik dokumentasjon for at flere henvender seg til helsevesenet med spiseforstyrrelser.

Med strenge metodiske krav til undersøkelser av forekomst kommer flere internasjonale undersøkelser frem til samlet tall for anoreksi og bulimi i den kvinnelige befolkningen på om lag 2%. Av dette utgjør anoreksi 0,2–0,5%. Om vi for illustrasjonens skyld, ser isolert på gruppen mellom 15 og 25 år, vil vi i Norge forvente å finne mellom 25 000 og 35 000 med anoreksi eller bulimi (Statens ernæringsråd, 1997). Halvparten debuterer med sin spiseforstyrrelse før fylte 18 år.

Tallenes størrelse avhenger av undersøkelsesmetode. Man får høyere tall for forekomst enn ovenfor angitt om man anvender skriftlige spørreskjemaer. Om man supplerer undersøkelsene med kliniske intervjuer i henhold til de diagnostiske kriteriene, vil antall tilfeller synke noe (DSM-IV, 1994). Dette bør fortolkes som en betydelig underskog av subkliniske tilfeller. Eksempelvis: I en norsk undersøkelse med spørreskjema – gjentatt med ett års mellomrom – blant 1193 ungdommer mellom 13 og 18 år i Oslo og Akershus rapporterte første gang 8% av jentene og andre gang 9% et symptomatisk nivå forenlig med spiseforstyrrelser (Lavik, Clausen & Pedersen 1991). I en praktisk medisin bør man således ha en forståelse for at de kliniske diagnosene anoreksi og bulimi er ytterligheter av befolkningens og især den kvinnelige befolkningens betydelige vanskeligheter omkring kropp og selvfølelse.



I en redegjørelse for forekomst bør det påpekes at man diagnostisk er i ferd å definere en tredje spiseforstyrrelse blant unge og voksne. I det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV finnes en underkategori som kalles *Binge Eating Disorder (BED)*. BED kan kort kategoriseres som bulimi uten renselse, det vil si ukontrollert overspisingsatferd uten ritualene for renselse (oppkast, faste, fysisk aktivitet m.m.) Etableringen av en slik ny diagnosegruppe svarer til den kliniske realiteten at mange av dem som har overspisings/overvektproblemer må betraktes som spiseforstyrrete – som psykopatologi på linje med anoreksi og bulimi. BED svarer stort sett til hva selvhjelpsorganisasjoner, selvhjelps litteratur og populærlitteratur benevner som «tvangsspising». Det offisielle norske psykiatriske diagnosesystemet ICD-10 har ennå ikke en slik kategori. Inklusjon av en slik tredje diagnose vil øke de totale tallene for forekomst av spiseforstyrrelser.

Vi finner økte forekomster i miljøer hvor fokus på kroppens estetikk og kroppen som mestring er høy. I Norge har vi originalt forskningsarbeid i Jorunn Sundgot-Borgens studier av idrettsutøvere. En studie av kvinnelige eliteidrettsutøvere viser en forekomst på 20% av klinisk og subklinisk spiseforstyrrelse (Sundgot-Borgen 1994a).

Epidemiologiske studier demonstrerer at spiseforstyrrelser er sterkt knyttet til sosiokulturelle forhold. Forekomsten av spiseforstyrrelser i en gitt befolkning er proporsjonal med forekomsten av slankeatferd i den samme befolkningen (Brownell et al. 1992). Høye forekomster er forbundet med vestlig markedsøkonomi og idealer om tynnheten som skjønnhet og symbol for mestring og selvkontroll. Det er beskrevet økende forekomster i innvandremiljøer, i Øst-Europa og i den tredje verden, nettopp knyttet til utbredelsen av det som noe vagt kan kalles «vestlige verdier» (Nasser 1997). Å slanke seg ved normalvekt øker risikoen for utvikling av spiseforstyrrelser (Brownell et al. 1992).

### **Hvorfor kvinner?**

Finnes det et solid grunnlag for å forklare hvorfor spiseforstyrrelser i så stor grad er blitt en kvinnelidelse? Strengt tatt ikke. Det er begrenset hva biologiske forskjeller mellom kjønnene kan forklare. Men visse forhold vil kunne være bidragende til kvinners utsatthet:

Kvinner er biologisk mer utsatt for vektøkning. Kvinner har om lag det dobbelte av kroppsfett i forhold til menn, og en økning i kroppsfett er forventet å finne sted i forbindelse med omskiftninger i den kvinnelige livssyklusen – som pubertet, svangerskap og menopause. Kvinner har også lavere metabolisme – stoffskifte – enn menn, noe som øker vanskene med å slanke seg. Slanking i seg selv vil ofte redusere stoffskiftet, og dette kan bidra til den velkjente og for mange frustrerende erfaringen av mislykket slanking (Bray 1976, Bennett & Gurin 1982).

Dette er biologiske forhold som representerer mulige risikoforhold *gitt kulturens krav til å skulle være tynn*. En tilfredsstillende forståelse av lidelsenes kjønnete karakter forutsetter at vi inkluderer sosiokulturelle forhold. Vestlig kultur er sterkt preget av kravene til å manipulere kroppens ytre for å symbolisere mestring og suksess. Den slanke kvinnekroppen er ikke bare attraktiv som en realisering av et skjønnhetsideal. Den formidler også «dypere» meninger. I vestlig overflodskultur symboliserer slankhet *selvkontroll* og moralsk styrke (Garner & Garfinkel 1979, Skårderud 1998).

Den norske sosialantropologen Jorun Solheim tematiserer spiseforstyrrelser i forhold til hva hun kaller «den åpne kroppen»; kvinners relative åpenhet og sårbarhet i forhold til menn. Dette er en kroppens åpenhet som kan være dels fysisk – vold, overgrep, incest – men også symbolsk – den kvinnelige kroppen som bærer av tegn og som objekt for andres blikk og fortolkninger. Kroppslige praksiser som slanking og vegringens «nei» fungerer som konkrete og symbolske markeringer av *grenser* (Solheim 1998).

Homofile har blitt fremhevet som en risikogruppe blant menn. Diskusjonen om dette har vært noe delikat; av frykt for å forsterke fordommer om homofile som «femininiserte» menn. Men det ligger ikke noe diskriminerende i å konstatere at subkulturer blant homofile menn har drevet den estetiske tegneleken om kropp, utseende og identitet svært langt mot det feminine. I et gjennomsnitt fra flere undersøkelser finner man om lag 20% homofile blant menn med spiseforstyrrelser.

Uten at det foreløpig finnes tilfredsstillende empirisk grunnlag, spekuleres det i økende forekomst av spiseforstyrrelser hos menn de aller siste år. Det henvises til at også mannekroppen er utsatt for økende krav til skjønnhet. Men selv om det kulturelle presset på den maskuline kroppen for forandring og modellering er økende, vil de estetiske idealene ofte være mer knyttet til endret kroppssammensetning enn reduksjon: sunn og slank, ja, men samtidig V-formet med muskuløs overkropp.

I maskuline miljøer med kjent slankepress – eksempelvis blant jockeyer, skihoppere og vektklasseidretter – er det imidlertid kjent overhyppighet av spiseforstyrrelser.

### **Risikofaktorer**

Årsakene til utvikling av spiseforstyrrelser er meget komplekse, og hva vi kaller *multifaktorielle*. Statistisk kan man isolere mange risikofaktorer. En annen ting er hvordan forskjellige risikofaktorer samhandler med hverandre – risikomekanismer. Én modell for å forklare utvikling av spiseforstyrrelser er å skille mellom tre kategorier risikofaktorer:

#### *Disponerende faktorer*

Eksempelvis:

- genetiske forhold
- personlighet
- tidlig interaksjon med foreldre
- familiære forhold (familiehistorie av psykiatri, rusmisbruk, konflikter, tap)
- traumer (overgrep, incest)
- sosiokulturelle forhold (slankepress, kroppsoptatthet, dårlige måltidsrutiner).

#### *Utløsende faktorer*

Eksempelvis:

- tap og konflikt
- mobbing og erting
- tidlig pubertet
- skader – meget relevant for idrettsutøvere
- endrete livsvilkår, eks. flytting.

### *Vedlikeholdende faktorer*

Eksempelvis:

- Psykiske symptomer på grunn av underernæring
- Psykiske symptomer som følge av fysiologiske konsekvenser av bulimisk overspising og renselse
- Lidelsene utløser familiekonflikter
- Miljøets reaksjoner.

En måte å oppsummere disponerende faktorer på, er å hevde at et psykologisk grunnlag for å utvikle spiseforstyrrelser er *lav selvfølelse* og det som kan kalles lav grad av opplevd *selvkontroll*. For mer enn 90% følger spiseforstyrrelsen i kjølvannet av en *ønsket vektreduksjon*. Den spiseforstyrrede har aktivt søkt en atferd for å fremme sin selvfølelse og en subjektiv erfaring av kontroll. Og i en viss grad kan atferden oppleves som «nyttig». Eksempelvis kan den anorektiske, til tross for anoreksitilstandens psykiske smerte og en livstruende somatisk tilstand, oppleve «mer kontroll». Kontrollen over appetitten kan illusorisk erfares som en kontroll over livet.

Spiseforstyrrelsens «dobbelte kontrollsvikt» er at kulturens allment aksepterte metoder for å fremme sin selvfølelse – som slanking, sunnhet, ytelse – hos den spiseforstyrrede utarter til besettelser og kontrollsvikt. *Den spiseforstyrrede mister kontroll over nettopp den atferden som skulle bidra til mer kontroll.*

I slike onde sirkler ligger det mulige problemer i en terapeutisk prosess. Pasienten ønsker å bli frisk, men er samtidig redd for å gi slipp på en del av den symptomatiske atferden som «tross alt gir henne noe». Symptomene kan både psykologisk og fysiologisk bidra til å dempe ubehagelige følelser og vonde tanker. Det er ikke minst i et slikt perspektiv at behandlere kan oppleve spiseforstyrrede som vanskelige pasienter. Behandlerne møter pasientenes ambivalens og vaklende motivasjon til å bli friske. Ideen om å bli frisk kan også være forbundet med frykten for å miste noe (Skårderud 1994). Det er relevant å trekke paralleller med rusmibrukeren som frykter den rusfri tilstanden.

Ambivalens, blandete følelser og motstridende følelser er sentrale trekk i lidelsen og bør vies plass i behandlingen. God motivasjon er ofte et behandlingsmål – og ikke et utgangspunkt.

### **Forløp/behandling**

Internasjonalt finnes en rekke forløpsstudier. Det finnes flest langtidsstudier fra anoreksi, og naturlig nok færrest fra den ferske diagnosen BED. Grovt sett sier studiene at halvparten av pasientene blir friske. Den andre halvparten utvikler former for kronisitet, varierende fra kroniske symptomer på spiseforstyrrelse til annen kronisk psykopatologi. Mortaliteten er høy ved anoreksi. I en registerstudie fra Skandinavia viser Søren Nielsen til en dødelighet syv ganger høyere enn for befolkningen for øvrig i samme aldersgrupper. Dette gjør anoreksi til den mest dødelige av de psykiatriske lidelsene (Nielsen 1997).

I internasjonal litteratur finnes en rik vitenskapelig dokumentasjon av at behandling nytter. De fleste og metodisk beste studiene finnes fra bulimi. Slike studier viser at betydelig symptombedring kan oppnås med til dels begrensete intervensjon – 10–20 timers poliklinisk behandlingsprogram (Garner & Garfinkel 1977).

Mest effektivt er psykoterapi. Psykoterapi er vidt definert som samtalebehandling: enten i individualsamtaler, grupper eller i familiebehandling. Det finnes en klassisk studie som viser noe større effekt av familiebehandling ved anoreksidiagnose for pasienter under 18 år (Dare et al. 1995). Ved spiseforstyrrelser vil det ofte være en selvfølge at det samtidig arbeides både med psykologiske forhold og med den konkrete ernæringen (vektøkning, kostlister m.m.) (Skårderud 1994).

Psykofarmaka har sin plass – men dog begrenset – i forhold til spiseforstyrrelser. Ved anoreksi er det ikke dokumenterte effekter av psykofarmaka. Ved bulimi og BED er det dokumenterte effekter av antidepressive medikamenter. Men disse effektene alene er mindre enn effektene ved psykoterapi alene. Kombinasjon av medikasjon og psykoterapi gir i flere studier best effekt (Garfinkel & Walsh 1997).

I den norske virkeligheten er det viktig å minne om at de behandlingsstudier som har vært utført svært ofte er basert på terapeutisk innsats av erfarne behandlere i spesialteam for spiseforstyrrelser. Slike tall sier således noe om mulighetene for vellykket behandling og ikke om den norske realiteten, hvor slik spesialkompetanse er svært begrenset. I Norge behandles mange spiseforstyrrelser av behandlere som selv gir klart uttrykk for sine manglende erfaringer og kompetanse. Informasjon av mer anekdotisk karakter gir et nedslående bilde, sviktende diagnostisk kompetanse – særlig i forhold til bulimi og overspisingslidelser – manglende behandlingstilbud og pasienters mange rapporter om «behandlere som ikke forstår». For den pasienten som kanskje har brukt år på å våge å fortelle sin lege om sine symptomer, kan det være svært nedbrytende å få beskjeden om å forsøke «å ta seg sammen».

### **Diskusjon**

I forhold til spørsmålet om det er behov for spesielle kvinnerettede tiltak, er det å si at de fleste tiltakene faktisk vil være kvinnerettede. Det følger logisk av kvinneverdningen. Man skal faktisk være oppmerksom på et motsatt forhold: At lidelsenes kjønnete karakter bidrar til å kamuflere at menn faktisk kan ha og har spiseforstyrrelser. For mange med spiseforstyrrelser – og det gjelder først og fremst dem som kan skjule sin lidelse ved at de er tilnærmet normalvektige – er det ofte en meget lang vei til behandlingsapparatet. Det er en vei preget av skam og selvforsakt. For mange menn er denne veien enda lengre, da de opplever å ha «en kvinnelidelse».

I formidling om spiseforstyrrelser er det en utfordring å skille mellom at dette er lidelser som rammer begge kjønn, men at enkelte risikofaktorer har en mer kjønnet karakter: idealet om den tynne kroppen.

Gitt sosiokulturelle forholds betydning er det meget naturlig å prioritere det primærforebyggende arbeidet. Men forebyggelse kan raskt bli et politisk honnørord uten særlig dekning og i verste fall en sovepute for manglende prioritering av de terapeutiske miljøene. Primærforebyggelse ved spiseforstyrrelser er et meget komplekst fenomen. Det er meget vanskelig å finne empirisk dokumentasjon for at allmenne primærforebyggende tiltak – for eksempel informasjon om spiseforstyrrelser – er effektive i å redusere/begrense forekomst (Statens ernæringsråd 1997). Det er mer oppløftende erfaringer fra spesielle miljøer, som for eksempel toppidrettsmiljøer. Sundgot-Borgen viser i en studie at forekomst av spiseforstyrrelser i eliteidretten synes å være knyttet til grad av utdanning hos trenere (1994b).

Disse kommentarene er ikke innvendinger mot å drive forebyggende arbeid. Slett ikke. Selv om det ikke har latt seg gjøre å redusere hyppigheten av spiseforstyrrelser gjennom målrettet informasjon og undervisning i målgrupper, må det forventes at slike tiltak vil ha sekundærforebyggende karakter – blant annet gjennom tidligere diagnostikk. Det er grunn til å understreke at innen feltet primærforebyggelse er det betydelige behov for metodeutvikling. I en slik metodeutvikling bør man nyttiggjøre seg den kompetansen om risikoforhold som akkumuleres i de terapeutiske miljøene – både om lettere og alvorligere tilfeller.

### **Konklusjon**

Den umiddelbare utfordringen for norsk helsevesen i forhold til spiseforstyrrelser er *kompetansehevende tiltak*. Dette er ikke minst nødvendig i forhold til førstelinjetjenestene. Dels grunnet forekomsten og dels grunnet lidelsenes svært varierende karakter kan og bør en meget stor andel av de spiseforstyrrede behandles på førstelinjenivå: primærlege, skolehelsetjeneste, skolens pedagogisk-psykologisk tjenester med mere.

Spiseforstyrrelser kan være meget vanskelige å behandle og å forholde seg til. Men det finner også sted en mytologisering av hvor vanskelig det er. Kompetansehevende tiltak i forhold til forskjellige behandlingsmiljøer bør ha som mål:

- å formidle kunnskap om det spesielle – hva som er psykologisk, medisinsk og kulturelt særegent ved spiseforstyrrelser i forhold til annen psykopatologi
- å vise at bak det spesielle finnes det allmenne forhold
- for dermed å fremme erfarne behandleres opplevelse av at de er kompetente til å møte denne pasientgruppen.

### *Litteratur*

Bennett, W & Gurin, J (1982). *The Dieter's Dilemma: Eating Less and Weighing More*. New York: Basic Books.

Bray, GA (1976). *The Obese Patient*. Philadelphia: Saunders.

Brownell, KD, Rodin, J & Wilmore (1992). *Eating, Body Weight and Performance in Athletes*. Philadelphia: Lea & Febiger.

DSM-IV (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.

Dare, C; Eisler, I; Colahan, M; Crowther, C; Senior, R & Asen, E (1995). The Listening Hearth and the Chi Square: Clinical and Empirical Perceptions in the Family Therapy of Anorexia Nervosa. *Journal of Family Therapy*, 17: 31–58.

Fombonne, E (1995). Anorexia Nervosa: No Evidence of an Increase. *British Journal of Psychiatry*, 166: 462–471.

Fombonne, E (1996). Is Bulimia Nervosa Increasing in Frequency? *International Journal of Eating Disorders*, 19: 287–296.

Garner, DM & Garfinkel, PE (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: 1997.

Garfinkel, PE & Walsh, T (1997). Drug Therapies. I: Garner, DM & Garfinkel, PE. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: 1997.

Gordon, PA (1990). *Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford: Basil Blackwell.

Hoek, H (1993). Review of the Epidemiological Studies of Eating Disorders. *Int. Rev. Psychiat*, 5: 61–74.

Lask, B & Bryant-Waugh, R (eds.) (1993). *Childhood Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Lavik, NJ, Clausen, SE & Pedersen, W (1991). Eating Behaviour, Drug Use, Psychopathology and Parental Bonding in Adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84: 387–390.

Lucas, A; Beard, C; O'Fallon, W & Kurland, L (1991). 50-year Trends in the Incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minnesota: A Population Based Study. *Am. J. Psychiat*, 148: 917–922.

Nasser, M (1997). *Culture and Weight Consciousness*. London: Routledge.

Nielsen, S (1997). Personlig meddelelse.

Solheim, J (1998). *Den åpne kroppen*. Oslo: Pax forlag.

Skårderud, F (1994). *Nervøse spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skårderud, F (1998). *Uro. En reise i det moderne selvet*. Oslo: Aschehoug.

Sundgot-Borgen, J (1994a). Eating Disorders in Female Athletes. *Sports Med.*, 17 (3): 176–188.

Sundgot-Borgen, J (1994b). Risk and Trigger Factors for the Development of Eating Disorders in Female Elite Athletes. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 26 (4): 414–419.

Statens ernæringsråd (1997). *Forebygging av spiseforstyrrelser*. Rapport nr. 1/1997. Oslo

### **13.5 Selvmord og selvpåførte skader**

**Ingeborg Rossow, Statens Institutt for alkohol og narkotikaforskning.**

#### **Selvmordsrater for kvinner og menn**

Et slående trekk ved forekomsten av selvmord i en rekke vestlige industrialiserte land gjennom mer enn de siste hundre år, er at forekomsten gjennomgående er vesentlig høyere blant menn enn blant kvinner. I Norge i etterkrigstiden har selvmordsraten for menn ligget på omkring 15 per 100.000 per år (varierende mellom 10 og 25), mens selvmordsraten for kvinner har ligget omkring 5 per 100.000 (varierende mellom 3 og 9). I 1994 var det i alt 379 menn og 152 kvinner som tok sitt eget liv (Statistisk sentralbyrå, 1997). En vesentlig lavere forekomst av selvmord blant kvinner sammenliknet med menn finner vi også gjennomgående i andre hvor det er ført selvmordsstatistikk, både i land med betydelig lavere selvmordsforekomst enn i Norge (slik som i de fleste katolske land) og i land med betydelig høyere selvmordsforekomst (som blant annet Ungarn og Finland). Selvmordsratene er noe høyere blant middelaldrende og eldre.

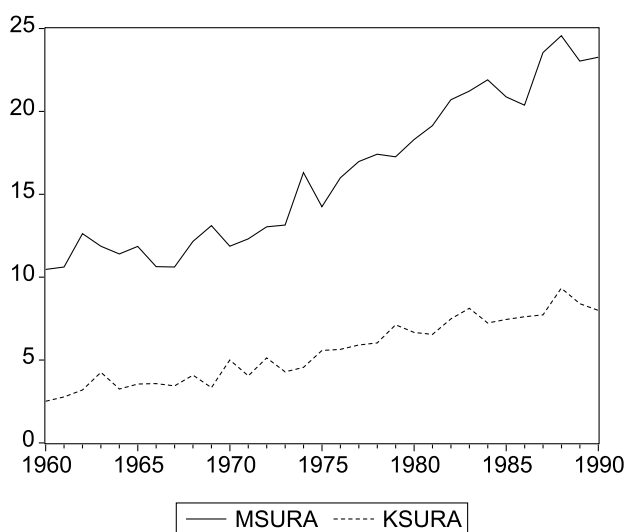
#### **Metoder ved selvmord**

En annen gjennomgående kjønnsforskjell ved selvmord er valg av metode. Menn bruker i betydelig større grad enn kvinner såkalte definitive metoder, det vil si selvmord ved hengning og skyting, mens kvinner i større grad bruker såkalt myke metoder, spesielt egenforgiftninger med legemidler, gass eller andre gifter. I Norge utgjør forgiftninger omtrent 28% av alle selvmordsdødsfall, blant menn skjer omtrent 17% av selvmordene ved forgiftning, mens blant

kvinner er 43% av selvmordene ved forgiftninger. Over halvparten av alle selvmordene i Norge (54 %) skyldes hengning eller skyting, og disse metodene er vesentlig mer utbredt blant menn (64 %) enn blant kvinner (26%)<sup>31</sup>.

### *Endringer i omfang og metoder*

Selvmordsratene økte betydelig i Norge i perioden mellom 1960 og 1988 (mer enn fordobling), men de har i de senere årene sunket noe igjen. Økningen i selvmordsrater skjedde for begge kjønn (se figur 8.36), men i større grad blant menn og særlig blant unge menn. I denne gruppen har økningen i selvmordsrater særlig vært knyttet til økt bruk av definitive metoder. Også blant unge jenter har det skjedd en økning i bruk av hengning og skyting (Hyttén et al, 1995).



Figur 8.37 Selvmordsrater for kvinner (stiplet linje) og selvmordsrater for menn (heltrukken linje) for perioden 1960–1990. Ratene angis som selvmord per 100 000 i befolkningen over 15 år.

### **Hvorfor selvmord?**

Vurderinger av årsaker og risikofaktorer for selvmord vil variere med teoretisk ståsted og disiplinforankring. Innenfor den medisinske eller psykiatriske orienterte delen av litteraturen vil psykiske lidelser som schizofreni og depresjon og rusmiddelmisbruk gjennomgående være sentrale risikofaktorer for selvmord. Innenfor den samfunnsvitenskapelige litteraturen har sosiale og økonomiske forhold som svekket sosial tilhørighet og arbeidsløshet vært hyppig nevnte risikofaktorer. Dette er risikofaktorer som trolig supplerer hverandre med tanke på å forklare både individuell variasjon i risiko for selvmord og variasjoner på aggregert nivå i selvmordsrater. Samtidig vil slike risikofaktorer ofte også være forbundet med hverandre. Eksempelvis finner man ofte at rusmiddelmisbruk henger sammen med både depresjon, arbeidsløshet og svekket sosial tilhørighet (Maris et al, 1992, Retterstøl, 1995; Hammerlin &

31. Tallene er basert på sammenstillinger av opplysninger fra Statistisk Sentralbyrås oppgaver over dødsårsaker for årene 1975 tom 1991.

Schjelderup, 1994). Blant unge mennesker er ustabile oppvekstforhold (pga skilsmisse, rusmiddelmisbruk eller psykiske lidelser blant foreldrene) og selvmord i familien eller nærmiljøet også viktige risikofaktorer for selvmord-satferd (Bjerke, 1991).

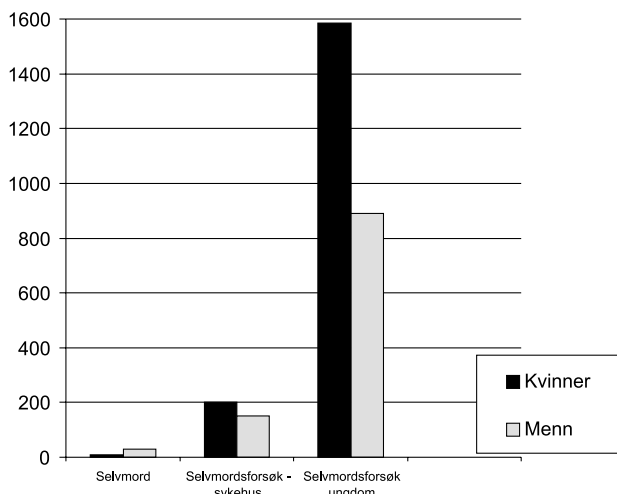
En risikofaktor som synes å være særlig sterk med hensyn på selvmord er tidligere selvpåførte skader eller selvmordsforsøk. En betydelig andel av dem som har tatt sitt eget liv (30 – 50 %) har hatt ett eller flere tidligere selvmordsforsøk (Retterstøl, 1995), og blant dem som har vært innlagt i sykehus for selvmordsforsøk vil omtrent 10% s einere ta sitt eget liv (Rygnestad, 1991). Det synes altså å være en betydelig overlapping mellom selvpåførte skader med og uten dødelig utgang.

### *Selvpåførte skader – selvmordsforsøk*

Forekomsten av selvmordsforsøk eller parasuicid er vesentlig større enn forekomsten av selvmord. Det finnes ingen nasjonal registrering av forekomsten av sykehusinnleggelse for selvmordsforsøk, men studier fra enkelte sykehus viser at ratene for selvmordsforsøk ligger på omkring 200 per 100.000 for kvinner og omkring 150 per 100.000 for menn (Hjelmeland & Bjerke, 1994) (se figur 8.37). Til forskjell fra selvmord, er selvmordsforsøk mer hyppig forekommende blant unge og middelaldrende enn blant eldre, og dette gjelder for begge kjønn (Kerkof et al, 1994). Til tross for at selvmordsforsøk er en sterk risikofaktor for seinere selvmord og at forekomsten av selvmord er vesentlig høyere blant menn enn blant kvinner, ser vi altså at omfanget av selvmordsforsøk er betydelig større blant kvinner enn blant menn. Studier både fra norske sykehus og sykehus i andre vestlige land, viser nesten entydig<sup>32</sup> at forekomsten av selvmordsforsøk er betydelig høyere blant kvinner enn blant menn. Det antas at det årlig er omkring 8–9000 personer som innlegges i sykehus for selvmordsforsøk, og at det i aldersgruppen under 30 år er 1800–1900 kvinner og omtrent 1100 menn med selvmordsforsøk i sykehus (Bjerke, 1991). Også spørreundersøkelser i utvalg av befolkningen viser at kvinner rapporterer om selvmordsforsøk omtrent dobbelt så ofte som det menn gjør (Bjerke, 1990; Rossow & Wichstrøm, 1994). I et stort utvalg 12–20-åringer var det 10,5 % av jentene og 6 % av guttene som rapporterte at de noen gang hadde forsøkt å ta sitt eget liv (Rossow & Wichstrøm, 1994). Forekomsten av slike selvrappporterte selvmordsforsøk eller selvpåførte skader er vesentlig høyere enn forekomsten av selvmordsforsøk i sykehus (figur 8.38).

32. En studie fra Finland viste en noe høyere forekomst av selvmordsforsøk blant menn enn blant kvinner (Ostamo & Lönnqvist, 1994).





Figur 8.38 Forekomst av selvmord, selvmordsforsøk i sykehus og selvrapporterte selvmordsforsøk blant ungdom (14–20 år) for kvinner og menn. Angitt i antall per 100 000 i befolkningen per år. Rater for selvmordsforsøk i sykehus er basert på undersøkelser i Sør-Trøndelag (Hjelmeland og Bjerke, 1994), og rater for selvmordsforsøk blant ungdom er basert på data fra Ung-i-Norge-studien (Rossow og Wichstrøm, upubliserte estimater)

Fra et kjønnsforskjells-perspektiv er det tankevekkende at kjønnsforskjellene i selvmord og selvmordsforsøk er akkurat omvendte og at dette i stor grad er gjennomgående over tid og på tvers av kulturer. Flere forsøk på å forklare dette fenomenet har vært lansert, uten at det synes å foreligge noen framherskende forklaring.

### Metoder ved selvmordsforsøk

Mens selvmord i stor grad skjer ved bruk av definitive metoder (hengning og skyting), er selvmordsforsøkene i det alt overveiende foretatt ved egenforgiftning med medikamenter, og det er derfor mindre kjønnsforskjeller i valg av metode ved selvmordsforsøk. Blant kvinner skjer nærmere 90 % av forsøkene ved forgiftning, mens blant menn utgjør egenforgiftningene omlag 75 % av selvmordsforsøkene (Hjelmeland & Bjerke, 1994). I studien av selvmordsforsøk blant ungdom (Rossow & Wichstrøm, 1997) var kutting/stikking benyttet i halvparten av selvbeskadigelsestilfellene, mens forgiftninger med tabletter/medikamenter var benyttet i en tredjedel av tilfellene.

### Risikofaktorer for selvmordsforsøk

Ettersom selvmordsforsøk ofte går forut for et selvmord, finner vi mange av de samme risikofaktorene for selvmordsatferd, enten utgangen er dødelig eller ikke. Depresjon og håpløshetsfølelse, rusmiddelmisbruk, svakt sosialt nettverk og arbeidsløshet er risikofaktorer som går igjen i undersøkelser av personer med selvmordsforsøk (Kerkhof et al, 1994). Blant unge mennesker ser man også en overhyppighet av selvmordsforsøk blant dem som kommer fra hjem med oppløste ekteskap/parforhold, med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser og blant dem som har opplevd selvmordsatferd i familie eller nærmiljø. Blant dem som har vært utsatt for seksuelle eller voldelige overgrep synes også risikoen for selvmordsforsøk å være høyere (Kfr. Bjerke, 1991).

### **Behandling og forebygging**

Behandlingen av pasienter som har vært innlagt i sykehus for selvmordsforsøk varierer nok mye, men mange steder blir pasienter med selvmordsforsøk kun gitt en somatisk behandling av forgiftningen, og i Oslo er det mindre enn 1 0% av pasientene som overflyttes til en psykiatrisk avdeling etter et selvmordsforsøk (Helsedirektoratet, 1993). Mange selvpåførte skader blir imidlertid ikke behandlet innenfor helsevesenet i det hele tatt. En spørreundersøkelse blant norske ungdommer viste at i underkant av 20% av de som hadde hatt selvmordsforsøk hadde fått behandling i helsetjenesten etterpå, og det var en høyere andel av jentene enn av guttene som hadde fått behandling hos psykolog eller psykiater. Omlag en tredjedel av ungdommene med selvmordsforsøk hadde fått hjelp hos venner, mens halvparten oppga at de ikke hadde fått hjelp eller behandling hos noen etter selvmordsforsøket. Andelen som ikke hadde fått hjelp eller behandling hos noen var vesentlig høyere blant gutter (63%) enn blant jenter (44%) (Rossow & Wichstrøm, 1997).

Også de som har mistet en nær pårørende i selvmord vil gjerne ha behov for hjelp eller behandling til å bearbeide tapet, sorgen og ofte også skyldfølelse. Helsepersonell og prester eller menighetsforstandere vil ofte ha en viktig rolle i dette sorgarbeidet (Helsedirektoratet, 1993).

Med bakgrunn i den betydelige økningen i forekomsten av selvmord gjennom 1970- og 80-årene fikk Statens Helsetilsyn (daværende Helsedirektoratet) utarbeidet et program for forebygging av selvmord i Norge (1993). Utredningen som lå til grunn for programmet, peker på en rekke mulige virkemidler for å begrense omfanget av selvmord og selvpåførte skader. Disse omfatter blant annet:

- bedre behandling og oppfølging etter selvmordsforsøk (kfr «Bærumsmodellen»);
- bedre diagnostikk og behandling av depresjoner i befolkningen;
- opprustning av det psykiatriske behandlingstilbudet;
- forebygging av rusmiddelproblemer, styrking av sammenhengende tiltakskjeder for rusmiddelmisbrukere og bedring av diagnostikk av selvmordsfare i denne gruppen;
- styrking av skolens rolle i primær- og sekundærforebyggende arbeid (skolehelsetjeneste, PP-tjeneste, lærernes kunnskaper og elevenes sosiale ferdigheter); og
- mer forskning, blant annet for bedre å kartlegge risikofaktorer og mulige effekter av tiltak.

Ved Bærum sykehus har man utviklet en modell for oppfølging av pasienter med selvmordsforsøk, og et tverrfaglig team tilrettelegger og koordinerer tilbud av ulike hjelpetilbud både for pasienten og familien (Burmo et al, 1990). Resultatene fra dette arbeidet har vært svært gode, og det er derfor anbefalt at andre kommuner også tilpasser «Bærumsmodellen» ved oppfølging etter selvmord og selvmordsforsøk (Helsedirektoratet, 1993).

Fra et kvinnehelseperspektiv synes særlig det betydelige omfanget av selvmordsforsøk og selvpåførte skader blant unge kvinner å representere en utfordring både med tanke på å bedre helse og livskvalitet og å forebygge tidlig død i denne befolkningsgruppen.

*Litteratur*

Bjerke T. Selvmordsatferd blant studenter og andre grupper unge voksne. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1990; 27: 438–446.

Bjerke T. Selvmord og selvmordsforsøk blant unge. Trondheim: Tapir, 1991.

Burmo B, Sveum BD, Dieserud G & Borg SE. Selvmordsforsøk i Bærum 1984–1988. Rapport om det oppfølgende arbeid etter selvmordsforsøk i Bærum kommune. Bærum: Helseetaten i Bærum, 1990.

Hammerlin Y, Schjelderup G. Når livet blir en byrde. Selvmordsforståelse og problemer ved forebygging. Oslo: ad Notam, 1994.

Hjelmeland H, Bjerke T. The epidemiology of Parasuicide in Sør-Trøndelag 1989–1991. In: Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U, deLeo D, Lönnqvist J. Attempted suicide in Europe. Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO regional office for Europe. Leiden: DSWO Press, 1994.

Helsedirektoratet. Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge. Helsedirektoratets utredningsserie 1–93. Oslo: 1993.

Hytten K, Mæhlum L, Gjertsen F. Rom for unge liv. Oslo: Universitetet i Oslo, 1995.

Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U, deLeo D, Lönnqvist J. Attempted suicide in Europe. Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO regional office for Europe. Leiden: DSWO Press, 1994.

Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI (red.). Assessment and prediction of suicide. New York: The Guilford Press, 1992.

Retterstøl, N. Selvmord. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.

Rossow I, Wichstrøm L. Parasuicide and use of intoxicants in Norwegian adolescents. Suicide & Life-Threatening Behavior 1994; 24: 174–183.

Rossow I, Wichstrøm L. Når nøden er størst – er hjelpen nærmest? Hjelp og behandling etter selvmordsforsøk blant ungdom. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 1997; 117: 1740–1743.

Rygnestad T. Suicidal atferd i Norge. Asker: Organon, 1991.

Statistisk Sentralbyrå. Dødsårsaker 1994. Norges offisielle statistikk. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1997.

## **14 Livsstil og sykdomsrisiko**

---

### **14.1 Seksuell atferd**

***Bente Træen, Seksjon for epidemiologi, Statens institutt for folkehelse.***

#### ***Kjønnsforskjeller i seksuell atferd***

Nordiske seksualvanestudier synes entydig å peke i en bestemt retning. Fra slutten av 1960-tallet og frem til i dag har menn og kvinners seksuelle atferdsmønster blitt mer og mer likt (Statens institutt for folkehelse, 1993; Kontula & Haavio-Mannila, 1995; Lewin et al, 1997). Det synes først å fremst å ha vært kvinner, og i mindre grad menn, som har endret seksualatferd. Sentrale forutsetninger for denne endringen har sannsynligvis vært tilgangen på sikker prevensjon som kvinnen selv kontrollerer bruken av, og økt yrkes- og utdanningsmessig likestilling mellom de to kjønn. At menn og kvinners seksualvaner har blitt likere betyr imidlertid ikke at kjønnsforskjeller ikke lenger eksisterer. Kvinner har gjennomgående hatt færre seksualpartnere i løpet av

livet enn menn. På spørsmål om hvor mange nye seksualpartnere folk hadde hatt i løpet av de siste 3 årene oppga 67% av menn mot 76% av kvinner ingen, mens 3% av menn mot 1% av kvinner oppga å ha hatt flere enn 3 nye partnere siste 3 år (Stigum et al, 1997). Kvinner og menn som lever alene rapporterer omtrent like mange partnere, selv om det er en tendens til at menn oftere oppgir å ha hatt mer enn 10 partnere (Statens institutt for folkehelse, 1993). I alt 21% menn og 12% kvinner oppga å ha hatt et sidesprang i sitt nåværende faste forhold. Andelen gifte/samboende menn med høyere utdanning som har hatt sidesprang er redusert siden 1970, og andelen gifte/samboende kvinner med lavere utdanning som har hatt sidesprang er økt i samme tidsrom. Utviklingstendensen for kvinner med høyere utdanning og menn med lavere utdanning er tilnærmet uforandret (Træen & Stigum, 1998). Videre kan nevnes at 13 norske menn, og 0,1% kvinner, sier at de minst en gang i sitt liv har betalt for seksuelle tjenester (Statens institutt for folkehelse, 1993). Mens samleiefrekvensen var tilnærmet lik blant menn og kvinner i faste forhold, var det en tendens til at en større andel menn enn kvinner som bodde alene rapporterte mer enn 5 samleier i løpet av siste måned (Statens institutt for folkehelse, 1993).

#### *De første seksuelle erfaringer*

Siden begynnelsen på 1970 tallet i Norge har jenter hatt sitt første samleie ved en tidligere alder enn gutter (Sundet et al, 1992). Median samleiedebutalder for jenter er 17.3 år og 18.0 år for gutter (Kraft, 1991). At jenter har sitt første samleie før gutter kan rimelig forventes ettersom jenter i gjennomsnitt kommer tidligere i puberteten enn gutter, og at kvinners seksualitet er underlagt færre restriksjoner i de nordiske land enn i flertallet av andre vestlige kulturer (Træen & Lewin, 1992). De vanligste motiver for første samleie er forelskelse, nysgjerrighet, spenning og seksuell opphisselse. Følelser er viktig for det første samleie for jenter enn for gutter. Gutter er mer seksuelt motivert enn jenter. På samme tid er det jentene, og ikke guttene, som setter premissene for seksuell samhandling (Træen & Kvaem, 1996a). Majoriteten av jenter har sitt første samleie med en 2–3 år eldre gutt som de har et fast forhold til (Træen, Lewin & Sundet, 1992a). Gutter i samme alder, som ikke får anledning til å gå inn i et forhold med en jevnaldrende jente, finner sjelden en 2–3 år yngre partner å være sammen med som også føler seg moden for et seksualliv. Derfor må mange gutter som ønsker seg samleieerfaring ta anledningen når den byr seg, også uten forelskelse. Resultatet er at 17–19 åringer samler seksuelle erfaringer langs to ulike mønstre: Jenter har færre samleiepartnere og hyppigere samleie, mens gutter har flere partnere og færre samleier.

#### *Seksuell sosialisering*

Omlag 2 av 3 av kvinner, mot omlag 2 av 5 menn, oppgir at seksualiteten er svært viktig for dem som uttrykk for kjærlighet (Dalen, 1997). Kvinner knytter med andre ord seksualiteten sterkere til kjærlighet enn menn gjør. Mens tenåringsjenter nesten utelukkende motiverer sine tidlige samleier med kjærlighet, er tenåringsgutter motivert like sterkt av seksuelle forhold (Træen & Kvaem, 1996a). Det betyr at en tilnærming mellom kjønnene i seksuelle erfaringer ikke automatisk innebærer at deres respektive virkelighetsopplevelse og vilkår for seksuell samhandling også er blitt likere. Snarere tyder det på at den seksuelle sosialiseringprosessen fortsatt er noe ulik for gutter og jenter.

Hvordan vi uttrykker vår seksualitet er i stor grad sosialt og kulturelt bestemt. I samspill med omgivelsene lærer vi oss når, med hvem og med hvor mange vi kan leve ut vår seksualitet. Like synlig for øyet som gutters penis er, er jenters klitoris usynlig og gjemt. Fordi klitoris er mindre synlig og gjemt er det jevnt over vanskeligere for jenter å bli kjent med kjønnsorganene sine og dermed også sin egen seksualitet. Ikke alle foreldre er flinke til å la små jenter få anledning til å utforske kjønnsorganene sine. Anatomien kan imidlertid ikke ta hele skylden for usynliggjøringen av jenters seksualitet. Noe som også har bidratt til dette er kulturelle og religiøse oppfatninger om kvinners seksualitet. Tradisjonelt har kvinners seksuelle følelser og behov blitt sett på som både ukristelig og naturstridig. Jenters seksualitet er fortsatt underlagt en strengere seksualmoral enn gutters.

### **Seksuelle problemer**

Majoriteten av menn og kvinner oppgir at de er fornøyd med sitt seksualliv (Dalen, 1997). Den norske seksualvaneundersøkelsen i 1992 viste likevel at flere gifte/samboende menn (45 %) enn kvinner (18 %) ønsket å ha samleie oftere enn de hadde. Flere menn (43%) enn kvinner (20%) sier de aldri har problemer med å bli seksuelt opphisset eller motivert, mens flere kvinner (32 %) enn menn (13 %) svarer at de har problemer med motivasjonen ofte eller av og til (Dalen, 1997). Videre oppgir flere kvinner enn menn at de ofte eller av og til er avvisende når partneren har lyst på sex, og flere menn enn kvinner svarer at partneren deres er avvisende når de har lyst på sex (Dalen, 1997). Flere kvinner enn menn oppgir også at de har orgasmeproblemer. Det er også vanligere at kvinner enn menn later som de får orgasme under samleie (Dalen, 1997). Omlag 1 % av et representativt utvalg voksne oppgir å ha søkt hjelp for seksuelle problemer (Dalen, 1997). De vanligste problemene kvinner søkte hjelp for var manglende eller liten lyst, orgasmeproblemer eller problemer ved samleie. Blant menn var det vanligst å ha søkt hjelp for tidlig sædavgang eller ereksjonsproblemer. Høyst 5% av jenter og 1% av gutter synes å ha opplevd alvorlige seksuelle overgrep fra voksne i barndommen (Tamb, 1994).

### **Seksuell risikofølelse – uønsket graviditet**

Majoriteten av norske ungdommer bruker prevensjon ved samleie. I forbindelse med sitt første samleie oppga 31% av norske gutter og 24% av jenter at de ikke brukte noen form for prevensjon, 12% av gutter og 16% av jenter praktiserte avbrutt samleie, 47% av gutter og 55% av jenter kondom, og 10% av gutter og 5% av jenter p-piller (Træen, Lewin & Sundet, 1992b). Det er en tendens til at ungdom som ikke bruker noen form for prevensjon ved det første samleiet fortsetter å ikke bruke prevensjon, og at ungdom som bruker prevensjon fortsetter bruken. Bruk av p-piller synes å være en funksjon av samleieaktivitet. Blant gutter som hadde vært samleieaktive i under 2 år brukte 43% kondom ved sitt siste samleie, mens bare 25% av gutter som hadde vært samleieaktive i 3 år eller mer brukte kondom. Den samme tendensen fant man hos jenter, men reduksjonen i andelen som brukte kondom var mer dramatisk. Kondombruken falt fra 46% blant jenter som hadde vært samleieaktive i under 2 år til 14% blant de som hadde vært samleieaktive i 3 år eller lenger. P-pillebruken økte fra 26% blant jenter som hadde vært samleieaktive i under 2 år til 55% blant de som hadde vært samleieaktive i 3 år eller lenger. Bare jenter kan

bruke p-piller og bare gutter kan bruke kondom. To til tre år etter det første samleiet tar jenter over ansvaret for bruk av prevensjon, og kondom byttes ut med p-piller. Ungdom som bruker kondom gjør det for å beskytte seg mot uønsket graviditet. Beskyttelse mot kjønnsykdommer er underordnet.

### *Seksuell risikoatferd – kjønnsykdommer*

Omlag 3 % av ungdom og voksne, herav 1/3 kvinner, har betydelig flere samleiepartnere enn andre (Træen & Lewin, 1992; Stigum et al, 1997). Denne gruppen av spesielt seksuelt aktive representerer en risiko for spredning av kjønnsykdommer i befolkningen. Andelen menn og kvinner som oppgir ha hatt kjønnsykdommer noen gang i livet er henholdsvis 18% og 16%. Til tross for at et relativt høyt kunnskapsnivå i befolkningen om en kjønnsykdom som HIV/AIDS (Kraft, 1991), viser det seg at bare 21% av voksne enslige brukte kondom ved sitt siste samleie (Statens institutt for folkehelse, 1993). Seksten prosent av gifte/ samboende menn og 13% av kvinner oppga at de ikke brukte kondom ved sitt siste sidesprang (Træen & Stigum, 1998). I gruppen enslige kvinner i alderen 18–35 år økte kondombruken ved siste samleie fra 14% i 1987 til 20% i 1992 (Stigum et al., 1995). Kondombruk ved samleie med en partner av utenlandsk opprinnelse økte i samme tidsrom fra 10% til 38%. Blant 17–19 åringer oppga 34% av gutter og 27% av jenter at de brukte kondom, mens 18% av begge kjønn oppga p-piller, ved siste samleie med en partner de på forhånd har kjent en dag (Træen, 1990). I mange tilfeller fungerer bruk av prevensjonsmiddel som sovepute for smittebeskyttelse i mindre enn risikofylte situasjoner (Træen, Lewin & Sundet, 1992b; Træen & Hovland, 1998). Voksne bruker kondom sjeldnere enn ungdom ved samleie med en ikke fast partner. Dette betyr at de er mer utsatt for smitte med kjønnsykdommer enn ungdom (Sundet et al, 1989; Træen and Lewin, 1992; Statens institutt for folkehelse, 1993).

Flesteparten av kvinner og menn oppfatter samleie som uttrykk for kjærlighet. Et problem i forhold til smittebeskyttelse er at såkalte tilfeldige seksuelle møter ofte synes å være romantisert og samleie legitimert av forelskelse (Træen & Hovland, 1998). Det er sannsynlig at ingen av de seksuelle aktørene ønsker å bli minnet om hverandres seksuelle fortid. De går ut fra at de selv og partneren er fertile. Det «naturlige» oppleves ikke truende, og for de fleste oppleves det heller ikke truende beskytte seg mot uønsket graviditet. Med hensyn til smittebeskyttelse forholder det seg annerledes. De fleste regner ikke med at den de har forelsket seg i er bærer av noe så umoralsk som kjønnsykdommer. Avhengig av hvordan en bakterie eller et virus overføres, tolkes de forskjellig. Mens bakterier og virus som gir øvre luftveisinfeksjoner oppfattes som «moralsk akseptable», er de som gir kjønnsykdommer «umoralske». De seksuelle aktørene ønsker sannsynligvis å bli oppfattet som «rene» i hverandres øyne. Å insistere på smittebeskyttelse i en kjærlighetssammenheng blir dermed ulogisk og oppfattes som et tegn på at de ekte følelsene ikke er til stede. Kjærlighet blir uforenelig med smittebeskyttelse.

### **Konklusjon**

For mange ungdommer, spesielt gutter, som ikke er i faste forhold, er samleie en sjelden hendelse. Derfor blir det også vanskelig å planlegge bruk av prevensjon – hvem vet når anledningen byr sex?. Tilgjengelighet av kondomer, gjerne kostnadsfritt, på steder ungdom ferdes og møter sine partnere blir et

viktige forebyggende tiltak. Trekk ved jenter som verken bruker smitte- eller svangerskapsforebyggende midler er at de oppgir å ha problemer med å nyte sin egen seksualitet (Træen & Kvaem, 1996b). Disse jentene drikker oftere før samleie, noe som igjen har direkte sammenheng med ikke å bruke prevensjon. I lys av dette blir det viktig å oppmuntre unge jenter til å bli kjent med og glad i egne seksuelle og følelsesmessige behov.

Vi har en tendens til å hevde at folk ikke klarer å bruke smittebeskyttelse når de befinner seg i situasjoner som innebærer en potensiell risiko for smitte med kjønnssykdommer. Dette er imidlertid neppe tilfellet. Det er mer sannsynlig å anta at de seksuelle aktørene en romantisk situasjon ikke har noen intensjon om bruk av smittebeskyttelse. Når tilfeldige seksuelle møter er romantiserte og aktørene har liten trening i verbal kommunikasjon om hva det seksuelle møtet handler om, bare sex eller sex og kjærlighet, blir det vanskelig å treffe fornuftige handlingsvalg med hensyn til bruk av smittebeskyttelse.

### *Litteratur*

Dalen, E. (1997) Undersøkelse om nordmenns seksualvaner mai 1997. Rapport utarbeidet for Norsk Forening for Klinisk Sexologi. Oslo: Markeds- og Mediainstituttet a.s.

Kontula, O. & Haavio-Mannila, E. O. (1995) Sexual pleasures. Enhancement of sex life in Finland, 1971–1992. Aldershot: Dartmouth Publishing Company Limited.

Kraft, P. (1991) AIDS prevention in Norway. Empirical studies on diffusion of knowledge, public opinion, and sexual behaviour. Thesis. Bergen: University of Bergen.

Lewin, B. (ed), Fugl-Meyer, K., Helmius, G., Lalos, A. and Månsson, S.A. (1997) Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige. Uppsala: Uppsala Universitets Förlag.

Statens institutt for folkehelse, (1993) Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987 og 1992. Oslo: Statens institutt for folkehelse.

Stigum H., Magnus P., Veierød M. and Bakketeig L.S. (1995). Impact on sexually transmitted diseases spread of increased condom use by young females, 1987–1992. *International Journal of Epidemiology*, 24 (4), pp. 813–820.

Stigum, H., Magnus, P., Harris, J.R., Samuelsen, S.O. & Bakketeig, L.S. (1997) Frequency of sexual partner change in a Norwegian population. Data distribution and covariates. *American Journal of Epidemiology*, 145 (7), pp. 636–643.

Sundet, J.M., P. Magnus, I.L. Kvaem & L.S. Bakketeig (1989) Number of sexual partners and use of condoms in the heterosexual population of Norway – Relevance to HIV-infection. *Health Policy*, 14, 159–167.

Sundet J.M., Magnus P., Kvaem I.L., Samuelsen S.O. & Bakketeig L.S. (1992). 'Secular trends and sociodemographic regularities of coital debut age in Norway'. *Archives of Sexual Behavior*, 21, pp. 241–52.

Tambs, K. (1994). Undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Oslo: Statens institutt for folkehelse.

Træen, B. (1990). Ungdommseksualitet i AIDS-tider. En rapport om ungdom og seksualitet og evaluering av «Ungdomskulturkampanjen mot AIDS. Oslo: Statens institutt for folkehelse.

Træen, B. & Lewin, B. (1992) Casual sex among Norwegian adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 253–270.

Træen, B., Lewin, B. & Sundet, J.M. (1992a) The real and the ideal: Gender differences in heterosexual behaviour among Norwegian adolescents. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2, pp. 227–237.

Træen B., Lewin B. & Sundet J.M. (1992b) Use of birth control pills and condoms among 17–19 year-old adolescents in Norway; Contraceptive versus protective behaviour? *AIDS Care*, 4 (4), pp. 371–380.

Træen, B. & Kvale, I.L. (1996a) Sexual socialization and motives for intercourse among Norwegian adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 25(3), pp. 289–302.

Træen, B. & Kvale, I.L. (1996b) Sex under influence of alcohol among Norwegian adolescents, *Addiction*, 91 (7), pp. 995–1006.

Træen, B. & Stigum, H. (1998) Parallel sexual relationships in the Norwegian context, *Journal of community and Applied Social Psychology*, 8, pp. 41–56.

Træen, B. & Hovland, A. (1998) Games people play. Sex, alcohol and condom use among urban Norwegians. *Contemporary Drug Problems*, (in press).

#### **14.2 Seksuelle problemer hos kvinner som følge av sykdom eller skade** **Kristin Ørstavik, Nevrologisk avdeling, Ullevål sykehus.**

##### ***Innledning***

Seksuelle problemer er sammensatt og kan skyldes både fysiske, psykiske og sosiale forhold. Kvinnens seksualitet defineres og forklares ofte ut fra de to sistnevnte, mens endring av fysiske forutsetninger overses. Denne delrapporten vil fokusere på hvilke fysiske forhold som er viktige for å kunne ha glede av et seksualliv, og gi eksempler på hvordan seksualfunksjonen kan påvirkes når disse endres.

##### ***Seksuell dysfunksjon***

Seksualfunksjonen kan forenklet tredeles; lyst (libido), opphisselse (lubrikasjon) og orgasme (Heiman et al). Forstyrrelser innen ett eller flere av disse områdene kan defineres som seksuell dysfunksjon. Studier blant antatt friske kvinner har vist høy grad av egenrapportert dysfunksjon, med lystproblemer og orgasmeforstyrrelser som de viktigste (Heiman et al). Stadig flere studier omhandler endret seksualfunksjon som følge av sykdom eller skade (Nosek et al, Curry et al, Bhaduria et al).

##### ***Fysiske forutsetninger***

Vi har ikke full forståelse av hva som egentlig skjer i kroppen ved lystopplevelse, opphisselse eller orgasme. Noen fysiske forutsetninger synes å være nødvendige. De viktigste er normal anatomi i underlivet, god blodforsyning, normal hormonstatus og et intakt nervesystem (Stien R). Ved sykdom og skade kan ett eller flere av disse forutsetninger endres. I tillegg kan for eksempel medikamenter, virke inn. Ved langvarig fysisk sykdom opptrer ofte kronisk tretthet, depresjon og endret kroppsbilde som kan påvirke seksualfunksjonen. Generelle handikap kan gjøre at vanlig seksuell atferd blir vanskelig. Kroniske smertesyndromer i underlivet vil naturlig nok også påvirke alle deler av seksualfunksjonen (Goldstein et al).



### **Lystproblemer (libidoforstyrrelser)**

Det er vanskelig å definere hva som er normal seksuell lyst, og dermed vanskelig å si hva som er dysfunksjon. Viktige fysiske faktorer som påvirker lysten er den generelle helsetilstanden, depresjon, hormonstatus og medikamenter (Heiman et al). Lidelser i sentralnervesystemet som hjerneslag, multipl sclerose (MS) og svulster vil sannsynligvis påvirke strukturer i hjernen som er viktige for lystopplevelsen.

Kroniske sykdommer, som revmatiske lidelser, MS samt alvorlige sykdommer som brystkreft og underlivskreft kan påvirke lysten indirekte både på grunn av kronisk tretthet, smerter og endret kroppsbilde (Foley et al, Curry et al, Bhadauria et al). Manglende kontroll over blære og tarm som kan opptre etter enkelte operasjoner og skader i underlivet og ved noen nevrologiske sykdommer, virker også negativt inn på lysten (Foley et al). Flere undersøkelser har sett på sammenhengen mellom alvorlig sykdom og nedsatt seksuell lyst hos kvinner. En dansk undersøkelse blant personer med MS viste at 56% av de kvinnelige MS-pasientene hadde nedsatt lyst (Stenager et al). Også 46 av 50 kvinner, operert for brystkreft, opplevde nedsatt eller ingen lyst ett år etter operasjonen (Barni et al). Mangel på androgener (mannlige kjønnshormoner) hos kvinner etter for eksempel cellegiftbehandling eller fjerning av eggstokker, synes å kunne påvirke lystfølelsen i følge en rapport fra Kaplan og Owett (Kaplan et al). 84% av kvinnelige pasienter med svulst i hypofysen, som fører til forhøyet nivå av hormonet prolaktin, rapporterte nedsatt seksuell lyst (Hulter et al). Lystproblemer er også rapportert ved bruk av de nye antidepressiva (lykkepillen) (Shen et al).

### **Opphisselsesproblemer (lubrikasjonsforstyrrelser)**

Den normale opphisselsesreaksjonen innebærer økt blodgjennomstrømning og opphopning av blod i kjønnsorganene. Dette fører til ereksjon hos mannen og tilsvarende økt fuktighet i skjeden (lubrikasjon) hos kvinnen. Samtidig vokser clitoris og diameteren i skjeden øker. Særlig sykdommer eller skader som påvirker blodforsyningen til underlivet, som for eksempel atherosclerose (fettavleiring i blodårene) og brudd i bekkenet kan gi lubrikasjonsforstyrrelser (Goldstein et al). Revmatologiske sykdommer som Sjøgrens syndrom kan gi problemer i form av kronisk tørrhet eller sårhet i skjeden (Bhadauria et al). Nedsatt lubrikasjon kan også være et symptom ved sukkersyke (Dunning) og MS (Foley et al). Betydningen av det kvinnelige kjønnshormonet østrogen for normal opphisselse er ikke fullstendig kartlagt. I motsetning til ved lyst og orgasme, er det nå objektive metoder til å måle grad av opphisselse hos mennesker (Goldstein et al). Allikevel er det få rapporter om sammenhengen mellom endret evne til å bli opphisset og sykdom eller skade hos kvinner.

### **Orgasmeforstyrrelser**

Orgasme er den maksimale lystopplevelsen ved seksualiteten. Denne opplevelsen sitter i hjernen (Stien). Kvinner kan oppnå orgasme også ved stimulering andre steder enn på kjønnsorganene. Orgasmeforstyrrelser er vanlige. 10 % av alle kvinner rapporterer at de aldri har hatt orgasme, 50% opplever situasjoner eller faser i livet hvor de har problemer med dette (Heiman et al).

Operasjoner eller skader i underlivet eller nedre del av tarmen som påvirker blodforsyning og særlig nervesystemet, kan gjøre det vanskelig å oppnå orgasme. Ved sykdommer som kan gi nedsatt eller endret følelse i

underlivet som MS, ryggmargsskader og nevropatier, ses forsinket eller endret orgasme (Foley et al). Sannsynligvis vil også skader i hjernen kunne påvirke orgasmeopplevelsen. Også på dette området er det en rekke rapporter på at medisiner kan virke negativt inn. Særlig gjelder dette de nye antidepressiva («lykkepillen»), men også andre medisiner som brukes mot psykiske lidelser (Shen et al).

### *Ufordringer*

Seksuelle problemer har tradisjonelt blitt oppfattet som psykisk betinget. Kanskje har dette i større grad vært tilfelle for kvinner enn for menn. Psykiske faktorer vil ofte spille en rolle også hos kvinner med fysiske sykdommer og skader, men vi ser nå en økende interesse for at slike problemer kan ha fysiske forklaringer. Det er viktig å fokusere på at seksuell dysfunksjon kan være første symptom på mulig alvorlig sykdom. Samtidig er dette en tilleggsplage hos kvinner med en rekke forskjellige og til dels kroniske lidelser. Mange av disse sykdommene, skadene og medikamentelle bivirkningene rammer unge kvinner, og seksuell dysfunksjon er med på å forringe deres livskvalitet.

Undersøkelser viser at pasienter savner at seksuelle problemer som følge av sykdom eller skade tas opp av helsearbeidere og de savner adekvate råd og eventuell behandling (Nosek et al). Hvis disse pasientene skal kunne hjelpes trenger vi mere kunnskap. Dette vil kreve kartlegging av omfanget av problemet hos aktuelle grupper kvinner, samt betydelig mer kunnskap om hvordan kvinnene kan hjelpes ut fra sine behov.

### *Litteratur*

Bhadoria S, Moser DK, Clements PH, Singh RR, Lachenbruch PA, Pitkin RM, Weiner SR. Genital tract abnormalities and female sexual function impairment in systemic sclerosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 580–587.

Curry SL, Levine SB, Corty E, Jones PK, Kurit DM. The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *The Journal of Rheumatology* 1994; 21: 2254–2260.

Dunning P. Sexuality and women with diabetes. *Patient Education and Counseling* 1993; 21: 5–14.

Foley FW, Sanders A. Sexuality, multiple sclerosis and women. *MS management*. 1997; 4: 2–9.

Goldstein I, Berman JR. Vasculogenic female sexual dysfunction: Vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes. *International Journal of Impotence Research* 1998; 10: S84–S90.

Heiman JR, Meston CM. Evaluating sexual dysfunction in women. *Clinical obstetrics and gynecology* 1997; 40: 616–629.

Hulter B, Lundberg PO. Sexual function in women with hypothalamo-pituitary disorders. *Archives of Sexual Behavior*. 1994; 23: 171–183.

Kaplan HS, Owett T. The female androgen deficiency syndrome. *Journal of Sex & Marital Therapy* 1993; 19: 3–24.

Nosek MA, Rintala DH, Young ME, Howland CA, Foley CC, Rossi D, Chanpong G. Sexual functioning among women with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77: 107–115.

Shen WW, Sata, LS. Inhibited female orgasm resulting from psychotropic drugs. *J Reproductive Medicine* 1983; 28: 497–499.

Shen WW, Hsu JH. Female sexual side effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors: a descriptive clinical study of 33 patients. *Intl. J. Psychiatry in medicine*. 1995; 25: 239–248.

Stenager E, Stenager EN, Jensen K. Seksuell funksjon hos pasienter med disseminert sklerose. *Ugeskr Læger* 1997; 159: 2694–6.

Stien R. Organiske seksualfunksjonsforstyrrelser. Hefte utgitt av Astratech, Norge.

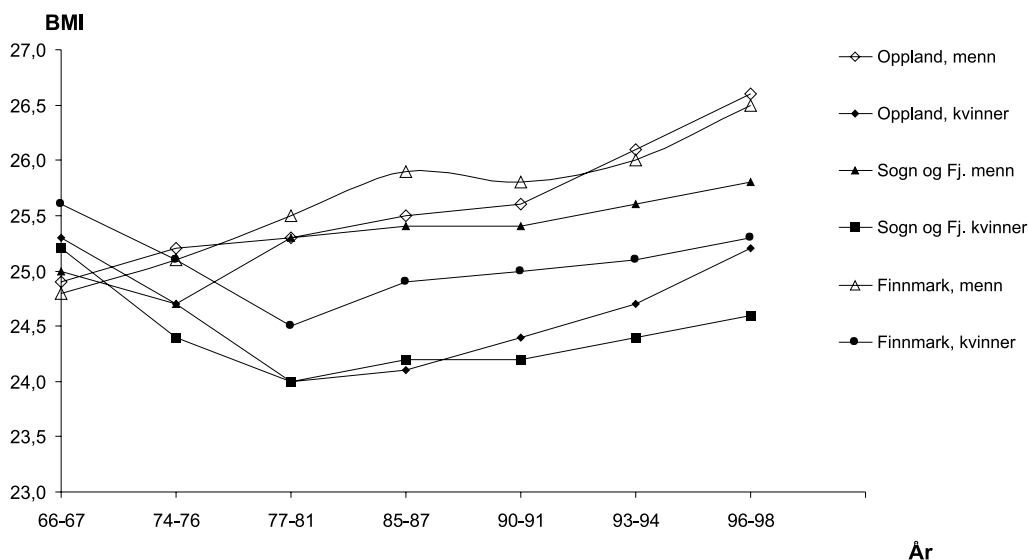
### **14.3 Fedme og overvekt**

#### ***Sidsel Graff Iversen, Statens helseundersøkelser.***

De siste årene har gjennomsnittsvekten og andelen overvektige i den voksne befolkningen steget, både i Norge og i andre land. Det er ingen tegn til at denne utviklingen er i ferd med å snu. Det er holdepunkter for at årsaken ligger i mindre energibruk og ikke i at vi spiser mer enn før. I industrialiserte land er overvekt, særlig hos kvinner, mest utbredt i lavere sosiale lag. Hos begge kjønn øker risikoen for visse sykdommer og plager ved overvekt. Et aspekt ved vektøkningen er kløften som oppstår mellom realiteten og et slankt ideal-utseende. Studier fra USA har vist at kvinner var langt mer tilbøyelige enn menn til å oppfatte seg som fete, selv om måleresultatene ikke skulle tilsi en slik forskjell. Avvik fra ønsket utseende kan skape motivasjonen for endring til bedre kost- og mosjonsvaner, men fører ofte til lite helsefremmende slankestrategier. Det er behov for mer kunnskap om egenopplevelse av avvik fra ønsket vekt her i Norge, om hvilke strategier for vektreduksjon som nyttes, og om helsemessige følger av disse.

#### ***Vektutviklingen de siste 25 årene i Norge***

Det er vanlig å definere kroppsmasseindeks (Body Mass Index, BMI) på  $30 \text{ kg/m}^2$  og høyere som fedme, mens BMI i området  $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$  betegnes som overvekt (Seidell 1997, James 1997). Studier av kroppsmasse som risikofaktor for sykdom tyder på at det optimale nivå i en befolkning er BMI i området  $20\text{--}23 \text{ kg/m}^2$ .



Figur 8.39 Gjennomsnittlige verdier for kroppsmasse hos menn og kvinner 40–42 år i Oppland, Sogn og Fjordane og Finnmark

Figur 8.39 viser at gjennomsnittlig vekt og kroppsmasseindeks for norske menn i alder 40–42 år har steget jevnt fra 1966–67 til 1998. For kvinner har det vært et U-formet forløp, med reduksjon i 1960- og 1970-årene, men den samme økningen som hos menn fra 1980-årene. Vektøkningen i 1990-årene har funnet sted i alle fylker (Tverdal 1996, Bjartveit 1997). Foreløpige data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag tyder på at gjennomsnittets kroppsmasse blant kvinnene øker med alder helt opp til 70–79 år, mens den blant menn flater ut ved 50 års alder. Andelen med fedme kommer opp i mer enn 20% blant kvinner i alder i alder 50–79 år. En sammenstilling av regioner innen Akershus fylke viste ingen økning fra 1990 til 1993 i Vestregionen (Asker og Bærum) og størst økning på øvre Romerike, som er den mest landlige regionen (Grøtvedt 1998).

Det rapporteres om økning i kroppsmasseindeks over det meste av verden, både industrialiserte land, Øst-Europa og i utviklingsland (Seidell 1997). Det er beregnet at mer enn halve befolkningen i Europa i alder 35–65 veier mer enn ønskelig, det vil si at de har BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>, og at fedme forekommer hos 10–20% av menn og 15–25% av kvinnene. Fra USA rapporteres at vekten har steget også hos barn og unge (Freedman 1997).

### Sosiale og individuelle forhold som disponerer for fedme

Den teknologiske utviklingen innen primærnæringene, industri, transport og annen kommunikasjon har ført til at vårt daglige energiforbruk har sunket (Hjort 1996). I en stor trend studie i USA (NHANES II og III) fant man det samme (Heini 1997). Fra 1976 til 1980 sank fett-inntaket med 11% og energiinntaket med 4%, mens andelen som brukte lett-produkter økte fra 19% i 1978 til 76% i 1991. Likevel økte andelen overvektige fra 25,4% til 33,3%, og dette gjaldt både kvinner og menn. Mye tyder derfor på at vi spiser mindre enn før,

men ikke lite nok, sett i forhold til enegibehovet. Årsaken til vektøkningen på befolkningsbasis er, med andre ord, først og fremst mangel på mosjon.

Hvorfor legger noen på seg, mens andre holder seg slanke tross omtrent den samme ytre påvirkning? For det første, er det vist at arv har stor betydning (Harris 1995). Videre er fedme sterkt knyttet til sosial klasse. I utviklingsland er fedme vanligst i de høyere sosiale lag, mens det i Europa og andre industrialiserte land er omvendt. Den sosiale gradienten er særlig uttalt blant kvinner (Seidell 1997, Stunckard 1996). Det hevdes at det ikke bare er slik at plassen i samfunnshierarkiet bestemmer vekten, men også at det å være tynn har en funksjon i den sosiale karrieren. Det er også vist at røykere i gjennomsnitt veier noe mindre enn aldri-røykere og at ex-røykere veier mest (Molarius 1997, Tverdal 1996).

### ***Sykdom, plager og problemer knyttet til å være overvektig***

Overvekt øker risikoen for sukkersyke (diabetes type-2), hjertesykdom, sykdom i galleblæren, hjerneslag, lungesykdom, samt leddlidelser i knær og ryggspylen (Bray 1996). Også dødelighet for alle årsaker samlet øker. Hos kvinner er det økt risiko for kreft i livmorlegemet og brystkreft etter menopausen. Av mindre alvorlige plager nevnes soppinfeksjoner, visse andre hudproblemer og økt kroppsbe håring hos kvinner. Ved betydelig fedme vil sosial isolasjon og svekket arbeidsevne kunne bli et resultat. En fordel ved overvekt er mindre risiko for osteoporose.

### ***Egenopplevelse av fedme og forsøk på slanking***

En undersøkelse av amerikanske skolebarn viste at jentene opplevet seg selv som fetere, mens guttene opplevet seg som tynnere, enn resultatene fra vektmålingen skulle tilsi (Sisson 1997). Også foreldrene hadde større tilbøyelighet til å oppfatte jentene som fetere enn guttene. En annen studie har vist at mens hele 90 % av overvektige og 30 % av normalvektige jenter slanket seg, gjaldt det samme for 49 % av de overvektige og ingen av de normalvektige guttene (Steen 1996). Den norske undersøkelsen Ungkost har vist at 10–20% av norske elever har et overvektsproblem ut fra kroppsmasseindeks. Blant jentene mente hele 56 % i videregående skole og 42% i 7. klasse at de veide for mye. De tilsvarende tallene for gutter var 18% og 21% (Kilde: Avdeling for kostholdsforskning, UiO). På denne bakgrunn er det tydelig at vi har to typer «vektproblemer»: de overvektige av begge kjønn, som har behov for sunne, effektive og langsiktige metoder, og normalvektige jenter som har behov for å få justert sitt selvbilde og sine overdrevent magre idealer.

Vi vet lite om omfanget av slankeforsøk og konsekvensene av disse i den norske befolkningen. Men slankemarkedet er stort, ettersom Grete Roede-kjeden og Cambridge-kuren hver omsetter for 30 millioner kroner årlig (Kilde: Nettavisen, 15. januar 1998).

### ***Strategier for å forebygge overvekt***

For begge kjønn anbefales først og fremst mosjon som et middel til å forebygge det overvektsproblemet som er i ferd med å utvikle seg (Heini 1997, Hjort 1996). En eventuell reduksjon av energitaket bør være langsiktig og gradvis.

Muligens er mosjon, relativt til diett, enda viktigere for kvinner enn for menn med sikte på å oppnå de ønskede virkninger på fettmetabolismen og redusere risikoen for å utvikle sukkersyke (Legato 1997). En annen grunn til i særlig grad å vektlegge mosjon når det gjelder kvinner og vekt, er at slanking øker risikoen for spiseforstyrrelser (Fairburn 1997). En tredje grunn knytter seg til at røyking til en viss grad holder vekten nede, noe som kan bli en grunn til ikke å stumpe røyken. Dette siste tilsier en helhetlig helsefremmende strategi med mosjon, røykfrihet og justering til sunne kostvaner uten «sulting».

Behandling av etablert fedme er vanskelig. Mer spesielle intervensjoner som atferdsterapi, kirurgisk inngrep og farmakologisk behandling kan være nyttig for enkelte, men slår ofte feil (Carek 1997). I litteraturen som gjelder vektreduksjon hos svært overvektige påpekes at det ikke er gjort nyvinninger, og at vektreduksjon svært ofte følges av en ny vektøkning (Foreyt 1996, Goodrick 1996).

Det trengs mer kunnskap om sammenhengen hos norske kvinner mellom overvekt og fedme på den ene side og trivsel, mentale helseproblemer og belastningslidelser på den annen. Videre trengs det kunnskap om omfanget av ulike typer slanking og om de helsemessige konsekvensene av de metodene som markedsføres og brukes. Ikke minst trengs det å legge til rette for mosjon slik at dette kan inngå i dagliglivet gjennom hele livsløpet. For dem som alt har kommet inn i overvektens onde sirkel, trengs det forskning og utvikling for opplegg som bringer trivselsvekten varig tilbake.

### *Litteratur*

Bjartveit K, Wøien G. Risikofaktorer for hjerte-karsykdom i Norge. Resultater fra undersøkelser i 18 fylker. Oslo: Statens helseundersøkelser 1997.

Bray GA. Health hazards of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1996; 25: 907–19.

Carek PJ, Sherer JT, Carson DS. Management of obesity: medical treatment options. *Am Fam Physician* 1997; 55: 551–8.

Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 509–17.

Foreyt J, Goodrick K. The ultimate triumph of obesity. *Lancet* 1995; 346: 134–5.

Freedman DS, Srinivasan SR, Valdez RA, Williamson DF, Berenson GS. Secular increases in relative weight and adiposity among children over two decades: the Bogalusa heart study. *Pediatrics* 1997; 99: 420–6.

Goodrick GK, Poston WS, Foreyt JP. Methods for voluntary weight loss and control: update 1996. *Nutrition* 1996; 12: 672–6.

Grøtvedt L. Helseprofil i Akershus. Ulikheter i sykdom, livsstil og helsetjenester. Rapport fra Stiftelse for helsetjenesteforskning. Nordbyhagen: Sentralsykehuset i Akershus 1998.

Harris JR, Tambs K, Magnus P. Sex-specific effects for body mass index in the Norwegian twin panel. *Genetic Epidemiology* 1995; 12: 251–65.

Heini AF, Weinsier RL. Divergent trends in obesity and fat intake patterns: the American paradox. *Am J Med* 1997; 102: 259–64.

Hjort PF, Waaler HT, Tverdal A, Graff-Iversen S, Trygg K. Mosjonerer folk mindre enn de tror? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 3023–4.

James WP. The epidemiology of obesity. Ciba Found Symp 1996; 201: 1–11.

Legato MJ. Gender-specific aspects of obesity. Int J Fertil Steril Womens Med 1997; 42: 184–97.

Seidell JC, Flegal KM. Assessing obesity: classification and epidemiology. Br Med Bull 1997; 53: 2338–52.

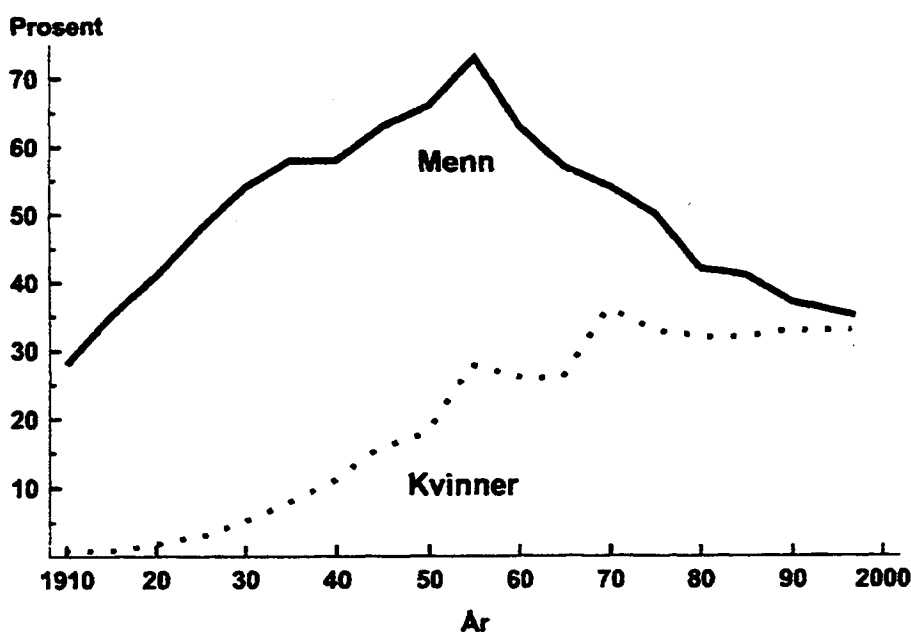
Sisson BA, Franco SM, Carlin WM, Mitchell CK. Bodyfat analysis and perception of body image. Clin Pediatr 1997; 36: 415–8.

Steen SN, Wadden TA, Foster GD, Andersen RE. Are obese boys ignoring an important health risk? Int J Eat Disord 1996; 20: 281–6.

#### 14.4 Røyking

##### **Anne Hafstad, Aftenposten.**

Forekomst og dødelighet av røykerelaterte sykdommer har i den vestlige verden vært lavere blant kvinner enn menn, fortrinnsvis på grunn av tidligere kjønnsforskjeller i røykemønster. I hele den vestlige verden er kjønnsforskjellene i røykevaner i ferd med å forsvinne (1). I Norge, har andelen dagligrøykere totalt sett gått ned fra midten av 50-tallet og frem til i dag. Det er imidlertid i det vesentlige menn som har stått for denne nedgangen. I 1956 var det tre ganger flere menn enn kvinner som var dagligrøykere. Mens andelen dagligrøykende menn er redusert fra 51% i 1973 til 33% i 1995, er tilsvarende tall for kvinner tilnærmet uendret, med rundt 33% dagligrøykere på begge tidspunkt (2).



Figur 8.40 Andel dagligrøykere blant kvinner og menn over fylte 15 år i perioden 1910–97

Kilde: Lund KE: Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: side 2179

I en studie publisert i 1994, undersøkte Rønneberg og medarbeidere (3) røykevanene i fem års fødselskohorter, blant personer født fra 1890 til 1974. Fram til midten av 50-tallet steg andelen røykere blant begge kjønn i hver kohort. Høyest andel røykere ble registrert blant menn født 1915–1939, med nesten 80 % dagligrøykere. Deretter var det en nedgang i andelen dagligrøykere blant begge kjønn frem til slutten av 60-årene. Da steg røykandelen blant kvinner, og høyeste andel kvinnelige røykere var 52% blant dem født mellom 1940 og 1949. Fra begynnelsen av 70-tallet har andelen røykere gått ned for begge kjønn i samtlige fødselskohorter, mer uttalt blant menn enn kvinner. Nedgangen var størst før 1980.

Det er store historiske forskjeller i røykevaner mellom kvinner og menn. Kvinner har begynt å røyke på et senere tidspunkt i livsløpet enn menn (4). Rønnebergs undersøkelse viser at for personer født 1890–1894, var andelen røykere blant menn fem ganger høyere enn blant kvinner, mens det ikke var noen kjønnsforskjell for personer født etter 1950. Minst to av tre menn født før 1939 har vært røyker, mens mindre enn hver tredje kvinne født før 1905. Noe under halvparten av dem født mellom 1905 og 1934 oppgir å ha røkt (3,4).

Mens kjønnsforskjeller i røykatferd i den voksne befolkningen (16–74 år) nå er helt borte, finnes det variasjoner blant de yngre aldersgruppene. Blant ungdomsskoleelever (13–15) er det i dag på landsbasis ingen forskjell i andelen dagligrøykere mellom jenter og gutter, og andelen røykere er gått ned fra 70-tallet og frem til i dag (2). Flere undersøkelser i ulike geografiske områder har imidlertid vist en tendens til at unge jenter røyker mer enn unge gutter (5, 6, 7). Dette synes å være mest uttalt i store byer som for eksempel Oslo og Bergen. Siden storbyene kan tenkes å være en trendsetter når det gjelder atferd blant ungdom, kan dette være starten på en utvikling hvor jenter og kvinner røyker mer enn menn.

Det er viktig å ha et historisk perspektiv på røykepidemien blant kvinner. Ved århundreskifte var det ikke sosialt akseptabelt for en kvinne å røyke. Røyking passet ikke inn i datidens normer for kvinnelighet. Normene var imidlertid satt av menn, og det blir hevdet at retten til å røyke ble en symbolsak i den gryende kvinnefrigjøringen (4). I dag er det åpenbart en kvinneverett å røyke, og man kunne tro at flest kvinnelige røykere er å finne blant dem som i stor grad har inntatt posisjoner i samfunnet som tidligere var forbeholdt menn. I den vestlige del av verden, var det yrkesaktive kvinner med lang utdanning, posisjon og makt som først begynte å røyke. Bildet er imidlertid helt annerledes i dag. Dagens typiske kvinnelige røyker, er kvinnen med lav utdanning, lavstatusjobb, dårlig økonomi, hun er enslig, separert eller skilt, og hun er oftere eneforsørger enn sine ikke-røykene medsøstre (4). Det synes imidlertid klart at mange sider ved det å være kvinne har vist å kunne medvirke til at kvinner både begynner og fortsetter å røyke til tross for stadig økende press til å stumpe røyken nettopp på kvinnen som mor, omsorgsperson og rollemodell (8, 9).

Det er lite sannsynlig at det som i sin tid førte stadig flere kvinner inn i de røykendes rekker, er de samme mekanismene som opprettholder røyking blant kvinner i dag. Vår kunnskap om jenter og kvinners røykatferd er begrenset, men det er holdepunkter for å hevde at det er finnes kjønnsforskjeller i årsaker til at ungdom begynner å røyke, og at kvinner og menn kan ha ulike motiv for å fortsette å røyke (10, 11).

Det er imidlertid et faktum, at de siste tiårs røykmønster blant kvinner ikke har vært like gunstig som blant menn. Dersom dagens røykmønster blant norske kvinner og unge jenter opprettholdes, vil man i årene som kommer



kunne forvente en betydelig økning i røykrelaterte sykdommer blant kvinner, med hjerte- karsykdommer og enkelte kreftformer som de mest alvorlige.

### **Hvorfor begynner unge jenter å røyke?**

Røyking er en vane som i det vesentlige starter i ungdomstiden, tidspunktet hvor unge mennesker oppdager, utfordrer og eksperimenterer, som en del av overgangen fra barn til voksen. I de fleste vestlige land har de fleste røykerne begynt å røyke før de fyller 18 år (12). Slik er det også i Norge. Det finnes omfattende kunnskap om ungdom og røykatferd. Faktorer som påvirker røykstart blant ungdom kan i det vesentlige deles i tre hovedgrupper; personlige forhold, sosial påvirkning og sosiokulturelle faktorer (5). En rekke studier har vist at ungdom som søker risiko og spenning (sensation-seeking) røyker mer enn ungdom som ikke gjør det (13). Lav selvtillit og stort behov for opprør og protest er også faktorer som fører til røykstart blant ungdom (5).

Flere studier viser imidlertid at den viktigste faktoren for røykstart blant ungdom er sosial påvirkning, først og fremst fra venner, men også foreldre og eventuelt andre rollemodellers røykevaner synes å ha betydning (5). I tillegg er det en kjent sammenheng mellom lave ambisjoner, selvbilde som taper og røyking (14). Dette er helt i overensstemmelse med røyking blant voksne, hvor andelen røykere blant personer med ungdomsskole eller tilsvarende som høyeste utdanning er mer enn dobbelt så høy som blant dem med universitet og høyskoleutdanning.

Til tross for omfattende kunnskap om årsakene til at ungdom begynner å røyke, er det relativt lite kunnskap om kjønnsforskjeller i opprettholdelse av røykatferd. Det er imidlertid vist kjønnsforskjeller i generell risikoatferd blant ungdom (15), men de bakenforliggende årsakene til slike kjønnsforskjeller er i liten grad studert. Nyere forskning antyder at det kan være kjønnsforskjeller i psykologiske årsakene til røyking (16). Enkelte studier har vist at jenter er mer påvirkelig av sosial påvirkning og press enn gutter (17, 18).

Det er vist at venners røykevaner betyr mer for røyking blant jenter enn blant gutter (19, 20). I en norsk undersøkelse fant Aarø og medarbeidere at 15-årige jenter hadde flere venner som røykte enn gutter i samme alder. Det antas at dette skyldes at jenter mer enn gutter har venner som er eldre enn seg (21). Dette bekreftes av undersøkelser som viser at press fra venner øker med alderen, og at dette er forbundet med aldersrelatert endring i holdninger til tobakk og røykatferd (5). Søskens røykevaner er også av betydning, og det er undersøkelser som tyder på at brødre betyr mest for gutters røykevaner, og søstre har størst påvirkning overfor jenter (19).

Det er også vist at den mest uttalte sammenhengen mellom foreldre og barns røykevaner finnes mellom mor og datter (22, 23). Kandel og medarbeidere finner at røyking i svangerskapet, øker risikoen for at barnet blir røyker i tenårene. Det antydes at nikotin overføres fra mor til foster, slik at fosterets hjerne er predisponert i en kritisk utviklingsfase i mors liv, til lettere å bli avhengig av nikotin mer enn 10 år senere (24).

Det er blitt antydnet at en generell likestillingstendens i samfunnet har ført til at de faktorene som tidligere fikk gutter til å begynne å røyke, nå i like sterk grad får jenter til å begynne (10). Det kan også tenkes at andre forhold som er spesielle for jenter, er blitt mer fremtredende (25, 26). En faktor som ofte trekkes frem i den sammenheng, er røyking som et middel til vektkontroll (10). Flere undersøkelser har vist at røykere i gjennomsnitt veier mindre enn

ikke røykere. Av den grunn antas vekt å være en viktig faktor både for røykstart blant unge jenter, og for opprettholdelse av slik atferd for voksne kvinner.

I Norge har Friestad og Klepp (1997) i en oppfølgingsstudie av et utvalg norsk ungdom 15–18 år, undersøkt sammenhengen mellom kroppsbilde, vekt og røykevaner (10). De finner at jenter er mer opptatt av å ikke gå opp i vekt enn gutter. Jentene har også et mer negativt kroppsbilde enn guttene. Blant jentene finner man en tendens til at røykerne er mer opptatt av vekt enn ikke røykerne. Tidligere røyking (15 års alder) er den viktigste prediktor for røyking ved 18 års alder for begge kjønn. For jenter, predikerer imidlertid slankeforsøk også røyking, i det jenter som har prøvd å slanke seg flere ganger før de er 15 år, i større grad enn andre oppgir å røyke ved 18 års alder (23). Forskerne konkluderer med at slankeforsøk, vekt, opptatthet av vekt og kroppsbilde synes å ha betydning for røykstart blant unge jenter, men ikke for unge gutter.

Til tross for kunnskap om ungdom og røykatferd, er kjønnsforskjeller i røykeatferd i mindre grad studert. Nyere tids forskning kan tyde på kjønnsforskjeller i årsaker til røykestart og at kroppsbilde/vekt er en viktig faktor for kvinner.

### **Hvorfor fortsetter kvinner å røyke?**

Årsakene til at kvinner fortsetter å røyke er forskjellige fra årsakene til røykstart blant unge jenter (8). Hvorfor folk fortsetter å røyke er blitt studert inngående i de fleste vestlige land, og man har i dag identifisert en rekke forhold som påvirker røykatferd blant begge kjønn (3, 8, 9). I en undersøkelse fra Finmark (27) fant man at de som fortsetter å røyke skiller seg fra de som stumper røyken både med hensyn til demografiske, helsemessige, livsstilsmessige og personlige faktorer. Undersøkelsen kan tyde på at de som fortsatt røyker representerer en gruppe med lang fartstid som røyker, liten interesse for helse, og dermed muligens lav eller ingen motivasjon for å stumpe røyken. Antall år som røyker er det som sterkest påvirket om man stumper røyken eller ikke, jo lenger man har vært røyker, jo vanskeligere er det å slutte.

Grunnlaget for å forklare den ugunstige røykutviklingen blant kvinner er imidlertid begrenset, da de fleste studier om kvinner og røyking er deskriptive med fokus på røykeprevalens og trender relatert til alder og ulike sosiale grupper.

En endret kvinneverole de siste tiårene er imidlertid lansert som en forklaring på den lite gunstige røykutviklingen (9, 12). Mange kvinner er under konstant press både hjemme og på jobb. Den yrkesaktive kvinnen har mange roller å ivareta, et arbeid å passe, en sjef som skal være fornøyd, en husholdning som skal administreres og ivaretas, og hun skal være en god omsorgsperson for alle generasjoner av familien. Den moderne kvinnen er i sin streben etter å fylle alle sine roller, stadig i konflikt med seg selv og sine roller. Graham, (1994) påpeker at kvinner med omsorgsoppgaver, både i hjem og i yrke, røyker oftere enn andre kvinnegrupper (28). Det er også vist at røyking gir en legitim pause i en travel hverdag, og at kvinner «bruker» røyken for å dempe stress, sinne og frustrasjon (29, 30). I tråd med dette er det funnet at enslige mødre med dårlig økonomi finner trøst og avslapping i røyken (29).

Blant gravide som har lite nær støtte er det vist at den subjektive positive gevinsten av røyking i form av trøst og beroligende effekt oppveier den økte helserisiko for røyking medfører (31). Partners røykevaner synes å ha stor innflytelse på kvinnens røykatferd og deres motivasjon og evne til å slutte (32, 33).

Ut fra dette er det trolig at faktorer som stress, negative følelser (ensomhet, tristhet, sorg og frustrasjon), partners røykevaner samt sosialt nettverk er spesielt viktig for kvinners røykevaner (8).

I en oversiktsanalyse om sammenhengen mellom røyking og kroppsvekt konkluderer Klesges & Vasque, 1989 (34) med at røykere har en lavere gjennomsnittsvikt enn ikke-røykere og eks-røykere, og at kvinner i større grad enn menn bruker redsel for vektøkning som argument for videre røyking.

Det er fremdeles mye som er uklart når det gjelder å forstå hva som opprettholder røykatferd og motiverer til røykslutt blant kvinner. Utvidet kunnskap, innsikt og forståelse for kvinners røykatferd og prediktorer for røykekutt er helt nødvendig for å kunne utarbeide effektive virkemidler for å redusere røykandelen blant kvinner.

### **Forebyggende tiltak for kvinner**

Såvel forebygging av røykstart blant unge jenter som reduksjon av andel røykere blant kvinner krever et mangfold av ulike tiltak. Det synes imidlertid klart at de tiltak som til nå har vært gjennomført i store deler av den vestlige verden, ikke har lyktes å i vareta spesielle forhold med tanke på jenter og kvinners røykatferd (12).

En rekke faktorer er involvert i initiering og opprettholdelse av røykatferd blant jenter og kvinner. Betydningen av de ulike faktorene vil variere i ulike kulturer og samfunn, og på individnivå. Det er derfor nødvendig å fokusere på flere elementer ved forebyggende tiltak. Generelt bør man skille mellom tiltak som har til hensikt å forebygge røykestart og tiltak som har som målsetting å få folk til å slutte å røyke.

Det er vanlig å dele forebyggende tiltak rettet mot ungdom i informasjon og opplysning, og restriktive tiltak. Ulike strategier og virkemidler har vært brukt. En rekke større undersøkelser har vist at skolebasert intervensjon kan redusere andelen røykere blant ungdom med mellom 25 – 60% (35). Imidlertid er effekten ofte kortvarig og etter fire år er forskjellen mellom intervensjon- og kontrollgruppen som oftest helt utjevnet. Ulike tilnærminger har vært forsøkt og resultatene er overraskende konsistente uavhengig av type virkemiddel og strategi i skolen. Rene massemediekampanjer rettet mot ungdom, har i liten grad vist seg å være effektive. Forskere verden over opprettholder imidlertid at slike kampanjer har et betydelig potensiale når det gjelder forebygging av røyking blant ungdom (36). De hevder at årsaken til manglende målbare effekter, er dels mangel på gode randomiserte effektstudier og at man så langt ikke har lyktes i å finne budskap som «treffer» ungdom. I en omfattende norsk effektstudie finner Hafstad og medarbeidere, en kumulativ effekt av tre massemediekampanjer rettet mot ungdom. Studien kan tyde på at bruk av provoserende og emosjonelle budskap har effekt, også over tid (5). I tillegg blir det hevdet at forbud mot reklame, redusert tilgjengelighet av tobakk i form av aldersrestriksjoner og prispolitikk er virkemidler som spesielt vil påvirke røykatferd blant ungdom (37). Grunnlaget for å hevde at slike tiltak har effekt synes foreløpig noe mangelfullt. Det er imidlertid holdepunkter for å hevde at en kombinasjon av de tiltak som er beskrevet over, samlet sett vil kunne gi de beste resultatene.

Undersøkelser gjennomført av Statens tobakksskaderåd viser at de aller fleste dagligrøykerne har et ønske om å slutte (2). En av fire dagligrøykere oppgir å ha forsøkt å slutte de siste 12 månedene. Spesielt synes kvinner å ha et ønske om å slutte. Så langt ser det ut til at menn i større grad enn kvinner

lykkes i sine slutforsøk. De fleste røykere slutter på egen hånd, uten hjelp fra andre, men ofte som et resultat av ulike former for påvirkning (12).

Flere studier har vist at trusselen om og utvikling av hjerte- karsykdom fører til at røykere slutter. Forhold som påvirker sluttraten er alvorlighetsgraden av eventuell sykdom (38).

Betydningen av demografiske, personlige og psykososiale faktorer er mindre konsistente, og den forskningen over dette er begrenset. Det er imidlertid vist at faktorer som utdanning og inntekt, sivilstatus, sosialt nettverk, psykisk helse, stress, partners røykevaner, røykemengde, nikotinavhengighet, motivasjon for røykekutt samt tro på egen evne til å slutte, påvirker både om man forsøker å slutte å røyke og om man lykkes med dette (39).

Det er imidlertid lite eller ingen forskning på eventuelle kjønnsforskjeller i motivasjon for og evne til røykekutt. Det er derfor vanskelig å konkludere med hva som er den optimale forebyggingsstrategien for kvinner. Men identifisering av viktige prediktorer for den enkelte røykers atferd, tilgjengelig sosial støtte, samt individuell tilpasning, og oppfølging synes å stå sentralt.

### **Konklusjon**

Det er holdepunkter for å hevde at det finnes ulike motiver eller utløsende mekanismer for røykatferd blant gutter og jenter. Det ser også ut til at kvinner og menn har forskjellige motiver for opprettholdelse av slik atferd, og ulike motiver for røykekutt. Identifisering av målgrupper på bakgrunn av kjønn, alder, sosioøkonomi, motiv for handling og så videre er velkjent i reklame. På bakgrunn av forundersøkelser skreddersys budskapet til definerte målgrupper. I det røykeforebyggende arbeidet har man i liten grad brukt slik kunnskap. Det er imidlertid vist at emosjonelle budskap rettet spesifikt mot jenter har hatt best effekt (5). Skal vi i fremtiden få redusert andelen kvinnelige røykere i Norge, må strategier og virkemidler være bedre rettet inn mot målgruppen. Kvinner og menn ser ut til å tilhøre ulike helsekulturer, og ha ulike motiver for såvel initiering som opprettholdelse av røykatferd. Forebyggende tiltak må derfor utformes og innrettes forskjellig for hvert av kjønnene.

### *Litteratur*

1. Peto RE, Lopez AD, Boreham L, Thun M, & Heath C (1994), Mortality from smoking in developed countries 1950–2000, Oxford university Press, Oxford.
2. Statens Tobakksskaderåd (1994) Opp i røyk, om tobakksbruk i Norge gjennom 20 år 1973–93, Oslo.
3. Rønneberg A, Lund KE, Hafstad A, (1994) Lifetime smoking habits among Norwegian Men and Women Born between 1890 and 1974, Int J Epid, Vol 23, no 2; 267–276).
4. Lund KE (1996) Samfunnsskape endringer i Tobakksbruk i Norge I det 20 århundre. Doktoravhandling, Institutt for Sosiologi, Universitetet i Oslo.
5. Hafstad A, (1997). Provocative anti-smoking appeals in mass-media campaigns. An intervention study on adolescent smoking, Doktoravhandling, Institutt for almenmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.
6. Friestad C, Klepp K-I (1996). Fra eksperimentering til vanerøyking. En tre

- års oppfølgingsundersøkelse av ungdoms røykevaner. Hemil-senteret. Tidsskr Nor Lægefor nr. 5,1996; 116: 635-8.
7. Øygard L, Klepp KI, Tell GS, & Vellar OD (1995) Parental and peer influences on smoking among young adults: Ten-year follow-up of the Oslo youth study participants, *Addiction*, 90: 561–569.
  8. Botten G (1994) I Sanner T, (Redaktør) Helsekonsekvenser ved røyking Tobakk og kvinner, en rapport fra helseministeren 1994, Sosial-og helsedepartementets arbeidsgruppe for røykfritt Norge, ISBN 82–91196–09–09.
  9. Jakobsen B (1984) Lady-killers. Hvorfor røyker kvinner? Universitetsforlaget, Oslo.
  10. Friestad K, Klepp KI (1997) Røyking, kroppsbilde og slankeatferd blant ungdom. Tre års oppfølging av ungdom i alderen 15–18 år. Tidsskr Nor Lægeforen nr 23; 117: 3342–6.
  11. Søgaard AJ, Hafstad A (1997) Forebyggende tiltak bør være kjønnsespesifikke. Kvinner og menn tilhører ulike helsekulturer. Tidsskr Nor Lægeforen nr 23; 117: 3341.
  12. Chollat-Traquet C (1992) Women and Tobacco, World Health Organization, Geneva.
  13. Kraft P & Rise J (1994) The relationship between sensation seeking and smoking, alcohol consumption and sexual behavior among Norwegian adolescents, *Health Education Research*, 9; 2: 193–200.
  14. Conrad KM, Flay B & Hill D (1992) Why children start smoking cigarettes: predictors of onset, *British Journal of Addiction*, 87: 1711–24.
  15. Benthin A, Slovic P, Moran P, Severson H, Mertz CK & Gerrard M (1995). Adolescent health-threatening and health-enhancing behaviors: A study of word association and imagery. *Journal of Adolescent Health*, 17,143–152.
  16. Clayton S (1991) Gender differences in psychosocial determinants of adolescent smoking. *Journal of School Health*, 61(3), 115–20.
  17. Silverstein B, Feld S & Kozlowski LT (1981) The availability of low-nicotine cigarettes as a cause of cigarette smoking among teenage females. *Journal of Health and Social Behavior*, 21; 383–88.
  18. Woodruff SI, Sallis JM, Zavala FM & Deosaransingh K (1997). Effects of sex of subject and offerer on cigarette refusals among lationo youth, *Psychology and Health*, Vol.12, pp. 161–69.
  19. Charlton A & Blair V (1989) Predicting the onset of smoking in boys and girls, *Social Science and Medicine*, 29: 813–18.
  20. Hover SJ & Gaffney LR (1988) Factors associated with smoking behavior in adolescent girls, *Addictive Behaviors*, 13: 139–45.
  21. Aarø LE, Hauknes A, & Berglund E-L (1981) Smoking among Norwegian Schoolchildren 1975–1980 – II. The influence of the social environment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 22: 297–309.
  22. Nutbeam D, Aarø LE (1992) Understanding children's health behavior: The implications for health education with young people: Results from the WHO study of Health Behavior among Schoolchildren, *Health Education Research*, 6; 415–421.
  23. DHEW Publication (1976) Teenage smoking: National patterns of cigarette smoking, ages 12 through 18, in 1972 and 1974, DHEW Publication No (HIN) 76–939, US Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health.
  24. Rawbone RG, Keeling CA, Jenkins A & Guz A (1979) Cigarette smoking among secondary school children in 1975: Its prevalence and some of the

- factors that promote smoking, *Health Education Journal*, 38: 92–8.
25. Kandel DB, Ping WU, Davies M (1994) Maternal Smoking during Pregnancy and smoking by Adolescent Daughters, *Am J Publ Health*, 84; 9: 1407–13.
  26. French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents: A prospective study. *Am J Publ Health* 1994; 84: 1818–20.
  27. Fried JL Women and young girls... High-risk populations for tobacco use. *Health Values* 1994; 18: 33–40.
  28. Kvisle A, Hafstad A, Søggaard AJ (1998) Er de som stumper røyken forskjellig fra dem som fortsetter å røyke? Resultater fra Helseundersøkelsene i Finnmark i 1977/78 og 1988/89. (Innsent for vuredering).
  29. Graham H (1994) Gender and class as dimensions of smoking behaviour in Britain. Insight from a survey of mothers. *Soc. Sci. Med* 38: 691–98.
  30. Jakobsen B (1984) Lady-killers. Hvorfor røyker kvinner? Universitetsforlaget, Oslo.
  31. Orlandi MA, (1987) Gender differences in smoking cessation. *Women and Health*, 2: 237–251.
  32. Oakly A (1989) Smoking in pregnancy: smokescreen or risk factor? Towards a materialist analysis. *Soc of Health and Illness* 11: 311–335.
  33. Cnattingius S, Lundmark G, Meirik O. Who continues to smoke while pregnant? *J Epidemiol Commun Health* 46,218–221.
  34. Windsor RA, Lowe JB, Perkins LL, Smith-Yoder D, Artz L, Crawford M, Amburgy K, Boyd NR. Health education for pregnant smokers: Its behavioral impact and cost benefit. *Am J Public Health*.
  35. Klesges RC, Meyers AW, Klesges LM et al. Smoking, body weight and their effect on smoking behavior. *Psychol Bull* 106: 204–230.
  36. US Department of Health and Human Services (1990) The health Benefits of Smoking Cessation: A report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland.
  37. Flay B, Burton D (1992) Effective Mass Communication Strategies for Health Campaigns. In Atkin C, Wallack L. *Mass Communication and Public Health*, Saga publications, Newbury Park, California, USA.
  38. Townsend J, Roderick P & Cooper J (1994) Cigarette smoking by socio-economic group, sex and age: effects of price income, and health publicity, *British Medical Journal*, 3009: 923–7.
  39. Rigotti NA, Singer DE, Mulley AG & Thibault GE (1991) Smoking Cessation Following Admission to a Coronary Care Unit. *J Gen Int Med* Volume 6: 305: 11.
  40. Fiore MC, Jorenby DE, Schensky AE, Smith SS, Bauer RR, Baker TB (1990) Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke *Mayo Clin Proc* 70: 3,209–13.

#### **14.5 Alkohol og rusavhengighet**

***Edle Ravndal, Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning.***

##### ***Alkoholforbruk blant kvinner og menn***

For å kartlegge bruken av alkohol i den voksne norske befolkning (fra 15 år og oppover) er det ved Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning

(SIFA) fra 1956 og med jevne mellomrom fram til 1994 foretatt intervjuundersøkelser. I perioden fra 1956 og frem til 1966 steg andelen alkoholbrukere fra 68 % til 83 %. I løpet av de neste 30 årene har imidlertid andelen alkoholbrukere holdt seg stabil omtrent på nivået fra 1966. Brukerandelen var i den siste undersøkelsen fra 1994 87 % (Nordlund, 1996).

Når det gjelder alkoholkonsumets størrelse er det store alders- og kjønnsmessige forskjeller. Nordlund (1996) viser at forskjellen i kvinners og menns gjennomsnittsforbruk var større på 70-tallet enn det var på midten av 80-tallet. Mens menn drakk omtrent tre og en halv gang mer enn kvinner i 1973, drakk de på midten av 80-tallet to og en halv gang mer. Denne tilnærmingen mellom kjønnene kommer både av at mennenes konsum gikk noe ned og kvinnes økte. Menn drikker betydelig mer øl og brennevin enn kvinner, mens det er liten forskjell på kvinners og menns gjennomsnittsforbruk av vin. Grunnene til økningen i alkoholforbruket blant kvinnene på midten av 80-tallet kan være flere. De kontinentale drikkevanene, med bruk av mere vin i ulike sammenhenger i tillegg til de tradisjonelle drikkevanene, har sannsynligvis særlig virket inn på kvinnes konsum. Kvinnene ble også på 70- og 80-tallet oftere yrkesaktive enn tidligere, de fikk egen inntekt og deltok oftere i mannsdominerte miljøer. Generelt har normene for akseptabel atferd blant kvinner blitt endret mer i liberal retning. Noen mener det økte alkoholkonsum blant kvinner er prisen en må betale for den økte kvinnefrigjøringen.

**Tabell 8.10:** Estimert gjennomsnittlig årsforbruk av alkohol i 1994 (i liter ren alkohol) fordelt på kjønn og alder

| Alder    | Kvinner | Menn | Totalt |
|----------|---------|------|--------|
| 15–17 år | 0,97    | 1,95 | 1,44   |
| 18–20 år | 3,00    | 5,65 | 4,30   |
| 21–30 år | 2,07    | 4,95 | 3,55   |
| 31–40 år | 1,87    | 4,14 | 3,02   |
| 41–50 år | 1,88    | 4,02 | 2,96   |
| 51–60 år | 1,25    | 3,97 | 2,68   |
| 61 år    | 0,77    | 1,88 | 1,25   |
| Totalt   | 1,60    | 3,86 | 2,71   |

Det er imidlertid viktig å merke seg at det ikke siden midten av 80-tallet har vært en videre tilnærming mellom de to kjønnene når det gjelder bruk av alkohol, til tross for både en bedre økonomi og en større tilgang på alkohol. Hovedkonklusjonen er altså at fremdeles drikker menn betydelig mer enn kvinner (3.86 liter ren alkohol i året versus 1.60) både samlet sett og blant alkoholbrukere. Dette mønstret har vært stabilt i nesten de siste 30 årene. Slik sett kan det virke som alkoholen tilgjengelighet og legalitet har en annen betydning for kvinner enn for menn.

Det er også stor ulikhet i forbruket av alkohol i de ulike aldersgrupper eller i de ulike faser av livet (tabell 8.10). Begge kjønn begynner som oftest å drikke i løpet av tenårene med en stigning frem mot 20-årsalderen. Men her når også de fleste toppen slik at det gjennomsnittlige alkoholforbruket frem mot 60-årene stadig flater ut. Dette er imidlertid gjennomsnittlige tallstørrelser og alkoholforbruket varierer selvsagt også med mange andre faktorer både individuelle og demografiske. Blant annet øker konsumet med inntekt

og delvis med utdanning. Det er høyere i byer enn på landet, spesielt øl og vin, mens det for hjemmebrent er omvendt (Saglie, 1994).

Skal en studere kvinners forbruk av alkohol er det mer meningsfylt å sammenligne kvinner i ulike livsfaser med hverandre, enn å sammenligne kvinner med menn. Betydningen av alkohol kan for kvinner i ulike livssammenhenger være ganske forskjellig fra betydningen den har for menn. Det er derfor viktig å trekke inn faktorer både av sosial, kulturell og psykologisk art som berører kvinner. Eksempelvis viser SIFA-undersøkelsen fra 1991 at bruken av alkohol er langt mindre blant hjemmeværende husmødre enn blant yrkesaktive kvinner i alle aldersklasser, og at konsumet i begge grupper er størst blant de yngste. Men trekker vi inn andre faktorer som er sentrale for kvinners forbruk av alkohol, viser andre undersøkelser at bildet endrer seg. Da er ikke lenger kvinnes yrkesaktivitet sterkest relatert til deres alkoholforbruk, men faktorer som ektefelles alkoholkonsum og befolkningstetthet (Hammer og Vaglum, 1989). Slik kan en fortsette og dra inn andre sentrale faktorer som kan være av betydning, som psykisk helse og arbeidsmiljø, og bildet vil stadig endre seg. Data fra Helseundersøkelsen fra 1985 om norske kvinners alkoholvaner viser at arbeidsstress og nervøse symptomer ikke varierte med alkoholkonsumets størrelse. Og skilte og separerte kvinner brukte ikke mere alkohol enn gifte og samboende. Samtidig ble det vist at heltidsansatte kvinner med barn drakk mindre enn de uten barn (Hammer og Vaglum, 1989). Her ser vi både hvordan rollene kvinnene innehar i en familiesammenheng og livsstil generelt virker inn på konsumets størrelse. Det vil si at hypotesen om at kvinners inntreden på arbeidsmarkedet (likestilling, økt inntekt) ikke alene kan forklare det økte konsumet blant kvinner, men at en også bør vurdere faktorer som urbanisering, ektefellens konsum og den generelle livsstil. Familien kan dermed fungere både som en pådriver til økt alkoholkonsum gjennom ektefellen, og som en beskyttelse gjennom omsorgen for barna.

### ***Kan alkoholmisbruk defineres?***

Å gi en entydig definisjon av alkoholmisbruk er svært problematisk. Alkoholforbruket er meget skjevt fordelt i befolkningen. De fleste av alkoholbrukerne bruker alkohol sjelden og i meget moderate mengder. Men 10% av den voksne befolkning drikker omtrent halvparten av all alkohol. Sannsynligvis er det blant disse 10% at de fleste misbrukerne finnes. Misbruk av alkohol varierer fra person til person alt etter vedkommendes eget skjønn, toleranse og miljø. Slike definisjoner er derfor sjelden brukt i forskningslitteraturen. Men skal man først gi en bred og upresis definisjon kunne man si at hvis noen har et så stort forbruk av alkohol at det over tid går ut over ens normale fungeringsevne både i forhold til arbeid og familieliv, så er et misbruk tilstede. Samtidig kan en høykonsument fungere tilsynelatende normalt, men konsumet fører til fysiske helseskader på sikt. Da vil man også kunne si at et misbruk er tilstede. Viktige faktorer for et alkoholmisbruk er biologiske disposisjoner, måten det drikkes på og konsumets størrelse.

Vanligvis gir det mer mening å snakke om storkonsumenter versus lavkonsumenter. Nordlund (1996) har beregnet at hvis man kaller de som drikker mer enn 10 cl ren alkohol per dag (det vil si 36.5 liter per år) for storkonsumenter og antar at det reelle gjennomsnittsforbruket for tiden ligger på omtrent 6.5 liter ren alkohol per år, og at andelen alkoholbrukere er 87%, kan man anslå denne typen storkonsumenter i Norge til ca. 55 000. Det er dermed ikke sagt at antallet alkoholmisbrukere er 55 000. Et forbruk på 10 til



16 liter alkohol i året tilsvarer gjennomsnittsforsbruket for menn i aldersgruppen 20 til 30 år. Ut fra disse beregningene vil det være naturlig å regne et forbruk fra 30/40 liter ren alkohol i året og oppover for et storkonsum blant menn, mens et tilsvarende storkonsum for kvinner kunne for eksempel være fra 10/20 liter ren alkohol i året. Et storkonsum for kvinner vil nødvendigvis settes lavere fordi kvinner av biologiske grunner tåler mindre alkohol enn menn.

Ut fra alkoholkonsumet blant de to kjønn er det rimelig å forvente at det er langt mer alkoholisbruk blant menn enn blant kvinner. Den siste SIFA-undersøkelsen viser også at beruselse er langt mer hyppig blant menn enn blant kvinner, og langt vanligere blant yngre enn blant eldre. Mens 29% av kvinnene oppga at de hadde vært «tydelig beruset» minst en gang i løpet av det siste året var den tilsvarende andelen blant menn 51%. Samtidig har ikke denne typen beruselseandel nødvendigvis noen direkte sammenheng med om det foreligger et misbruk eller ikke.

### ***Risikofaktorer for alkoholisbruk hos kvinner***

Det finnes mange undersøkelser som prøver å kartlegge ulike risikofaktorer for alkoholisbruk. Disse konkluderer med til dels meget ulike resultater alt etter hva en definerer som misbruk, hvilken befolkningsgruppe som er undersøkt, hvilke problemstillinger som er studert og hvilke metoder som er brukt. Særlig kan resultatene være forskjellig når en sammenligner representative befolkningsundersøkelser med kliniske undersøkelser, det vil si utvalg av kvinner som oppsøker behandlingsapparatet.

En av de fremste amerikanske forskerne om kvinner og alkohol, S. Wilsnack (1984), skiller mellom tre ulike nivåer for å forstå sammenhengen mellom alkoholforsbruk og dets eventuelle problemer. Wilsnack hevder at det er ulike faktorer som bestemmer alkoholforsbrukets størrelse, drikkerelaterte problemer og alkoholavhengighet. I en større befolkningsundersøkelse i USA, viser hun at det er samværet med andre stordrikkere, ikke-sosial drikking i hjemmet og ekteskapets kvalitet som betyr mest for alkoholforsbruket blant kvinner. Drikkerelaterte problemer mener hun har sterkest sammenheng med kvinnens rollestatus i familien (sivilstatus, omsorg for barn, hjemmeverende etc.) og av betydningen av disse rollene. Mens alkoholavhengighet er mest påvirket av kvinnens oppvekst og personlige problemer. De viktigste faktorene som kan føre til alkoholproblemer mener Wilsnack er: ung alder, lav selvfølelse, depresjon og en ikke-tradisjonell atferd. Med ikke-tradisjonell atferd mener hun en ikke-tradisjonell livshistorie med en ikke-tradisjonell seksuell erfaring, som inkluderer større frihet fra konservative moralnormer (for eksempel bruk av alternative rusmidler, samvær med andre høykonsumenter, færre tradisjonelle familieroller). Særlig understreker Wilsnack at det er mangel på meningsfulle roller som ofte kan føre kvinner inn i et alkoholisbruk og ikke det omvendte, det vil si for mange ulike roller som skal forenes. Dette eksemplifiserer hun ved å vise til at mangel på forskjellige roller i ulike aldersgrupper kan øke problemdrikkingen. I aldersgruppen 21 til 34 år kan mangel på stabil partner og fast arbeid være risikofaktorer, i aldersgruppen 35 til 49 år kan tap av viktige familieroller som ved skilsmisse og ved at barna flytter hjemmefra være risikofaktorer. I aldersgruppen 50 til 64 år kan risikogrupper være hjemmeverende husmødre. Ut fra en klinisk undersøkelse i Sverige deler Dahlgren (1979) kvinnelige alkoholisbrukere inn i tre ulike grupper, som delvis ligner på Wilsnacks: Unge kvinner (20–25 år)

med problemfylte oppvekstvilkår som drikker åpent og er utagerende. Disse har en tidlig alkoholdebut og er ofte sammen med eldre kjæresten. Yrkesarbeidende kvinner (30–50 år) hvor symptomdrikkingen vokser ut av sosial drikking på grunn av relasjonsproblemer, stress og kroppslige besvær. Den siste gruppen er eldre, ensomme kvinner over 50 år som er enker og fraskilte.

Det er problematisk å trekke det vesentlige ut av kliniske materialer siden undersøkelsene er vanskelig sammenlignbare. I Sverige er det imidlertid foretatt en del undersøkelser av kvinner som henvender seg til behandling for alkoholproblemer for første gang (Dahlgren 1989a; 1989b; 1991). Disse kvinnene var velutdannede kvinner med ordnede sosiale forhold og halvparten var gift eller samboende. Imidlertid var nesten alle deres partnere høykonsumenter av alkohol, 60% av kvinnene hadde vært behandlet for ulike psykiske problemer og hver tredje kvinne hadde begått et suicidforsøk. Også i andre studier er det funnet klare sammenhenger mellom kvinners alkoholmisbruk og psykiske problemer (Vaglum, 1987; Dahlgren, 1994; Haver og Dahlgren, 1995). Fra alle studiene synes det som om det er en overhyppighet av personlighetsforstyrrelser hos kvinner som misbruker alkohol. Forholdet mellom depressive plager og alkohol er derimot noe uklart. Noen studier mener å finne en klar sammenheng (Wilsnack, 1984; Dahlgren, 1994), mens andre studier ikke gjør det (Vaglum, 1987).

Oppsummeringsvis kan en si at både sosiologiske faktorer (for eksempel kjønn, alder, urbaniseringsgrad, arbeid), livshendelsefaktorer (for eksempel seksuelle overgrep, skilsmisse, ekteskapsproblemer) og psykologiske faktorer (angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser/sårbarhet) er viktige å trekke inn som risikofaktorer til et alkoholmisbruk hos kvinner.

### ***Psykiske og sosiale konsekvenser av alkoholbruk hos kvinner***

Svært mange undersøkelser påpeker skamfølelsen og selvforakten som kvinnelige alkoholmisbrukere sliter med (Gudmundsdottir, 1997; Jarvis, 1992; Dahlgren, 1989; Gomberg, 1988). Fortsatt lar ikke et høyt alkoholforbruk seg forene med forventninger til kvinnerollen. Kvinner må gjerne bruke alkohol, men bare i kontrollerte former. Alkoholproblemer har alltid vært vanligst blant menn, følgelig blir fordømmelsen i forhold til alkoholmisbruk hos kvinner sterkere både blant de alkoholmisbrukende kvinnene selv og hos omgivelsene (Gomberg, 1988). Dahlgren (1989) viser også hvordan kvinner med tidlige alkoholproblemer hadde like lav selvfølelse som langtkomne misbrukere.

I flere undersøkelser er det rapportert at kvinner med alkoholproblemer viser en større grad av psykiske problemer enn menn gjør (Dahlgren, 1989). Om disse psykiske problemene er primære eller sekundære i forhold til alkoholmisbruket, er ofte vanskelig å avgjøre. Nettopp på grunn av den sterke stigmatiseringen som kvinnelige alkoholmisbrukere utsettes for, vil en også forvente større psykiske problemer, skyld- og skamfølelse. Flere studier viser imidlertid at en del av disse psykiske problemene avtar når kvinnen slutter å drikke alkohol og får støtte og hjelp. Men som nevnt ovenfor synes det også som om mange av de psykiske problemene er der i forkant av alkoholproblemene.

De fleste kvinner som misbruker alkohol har også barn og familie. Derfor kan de sosiale konsekvensene ved at misbruket oppdages få store følger. I verste fall kan hun risikere å bli fratatt omsorgen for egne barn. Både dette og skamfølelsen er nok til at mange kvinner forsøker å skjule misbruket sitt. Ofte

får de også hjelp til dette av sin egen familie, som sannsynligvis synes det er vanskelig å innrømme et alkoholproblem i familien (Bjerver, 1984). På den annen side er det også vist at kvinner som misbruker alkohol fortære mister sine ikke-alkoholmisbrukende partnere, mens det motsatte er tilfelle for mange alkoholmisbrukende menn (Taksdal, 1997).

En nyere studie viser at kvinner i gjennomsnitt har en kortere misbrukskarriere enn menn når de kommer til behandling (Vandeskog og Skutle, 1996), men de har likevel like store helseskader og sosiale problemer som mer langtkomne mannlige misbrukere. Denne utviklingen beskrives ofte i litteraturen som «telescoped development» eller akselerert utvikling (Lex, 1990). Med dette menes at kvinnenens problemutvikling foregår hurtigere både fysiologisk og sosialt sammenlignet med mannlige alkoholmisbrukere. På grunn av skamfølelsen over alkoholmisbruk synes det også å være relativt godt dokumentert at kvinnelige alkoholmisbrukere oftere blander ulike typer rusmidler enn menn (Vandeskog og Skutle, 1996; Gudmundsdottir, 1997). Blant voksne kvinner synes særlig benzodiazepiner og barbiturater å bli benyttet, mens studien fra Island viser at nærmere halvparten av utvalget også brukte illegale rusmidler.

### **Behandling/rehabilitering**

Kvinnens opplevde barrierer mot å søke seg inn i behandling er godt dokumentert (Thom, 1986; 1987; Beckman & Amaro, 1986; Smidth-Fibiger, 1991; Taksdal, 1997). Ikke bare adekvate behandlingstilbud synes å være mangelvare, men også kvinnens egen opplevelse av skam og selvforakt gjør at hun sjelden oppsøker behandlingsapparatet før utviklingen har kommet svært langt. Det synes av samme grunner å være mer belastende for kvinnelige alkoholmisbrukere å oppsøke det tradisjonelle behandlingsapparatet innen rusmiddelomsorgen enn det er for menn (Dahlgren, 1989). Kvinner synes oftere å henvende seg til primærhelsetjenesten eller psykiatrien med ulike somatiske og psykiske problemer, uten at alkoholbruken kommer opp som et problem (Dahlgren, 1989; Vaglum, 1987). Flere studier viser også at kvinner lettere oppsøker polikliniske tjenester enn avrusningstilbud og A-klinikker som kan innebære større grad av stigmatisering (Vandeskog og Skutle, 1996; Taksdal, 1997). Kjønnforskjellers betydning for behandling er (Jarvis, 1992): Ulikheter mellom kjønnene med hensyn til flere biologiske konsekvenser av alkohol for kvinnens fysiske helse, flere barrierer og mindre sosial støtte for kvinner som søker behandling, flere kvinner har rusmisbrukende partnere, flere kvinner opplever sosial stigmatisering, vold og seksuelt misbruk. Ofte konkluderes det med at det trengs flere rene kvinnerettede tiltak.

Den medisinske litteraturen opptil 10–20 år tilbake viser at meget få rene kvinnerettede tiltak finnes som også publiserer egne forskningsresultater (Haver og Franck, 1997). Det er imidlertid ett tiltak som utmerker seg – EWA prosjektet ved Karolinska Sjukhuset i Stockholm. Siden 1981 har dette tiltaket for kvinnelige alkoholmisbrukere vært i virksomhet (Dahlgren, 1987). Det unike ved dette prosjektet er både selve organiseringen av tiltaket og den forskningsvirksomheten som hele tiden har vært en del av prosjektet. Målsettingen var å nå kvinner på et tidlig stadium i deres alkoholkarriere. De skulle derfor ikke ha vært i behandling tidligere. Tiltaket gikk ut med informasjon om prosjektet på arbeidsplasser, i kvinneorganisasjoner og i massemedia. Hensikten var å være aktivt oppsøkende og at tiltaket skulle være lett tilgjengelig. Dahlgren mener at den tradisjonelle måten å søke hjelp for sine alkoholprob-

lemer ikke nødvendigvis er den rette for kvinner. Tiltaket har både en korttids døgnavdeling og en poliklinisk tjeneste hvor kvinnene følges over lang tid. Tiltaket har generøse åpningstider, individuelt tilpasset etter arbeids- og familieliv. Kvinnene kan komme på kveldstid og de kan ta barn med seg som blir tatt hånd om av fagutdannet personale. Familien står i sentrum og barna nåes tidlig med støtte fra både familierådgiver og psykiatrien om nødvendig. Tiltaket har slik greidd å rekruttere veletablerte kvinner i arbeid og med familie, men hvor alkoholkonsumet allerede er meget stort. Det var også typisk at halvparten av ektemennene hadde store alkoholproblemer. Til tross for at kvinnene var relativt belastet både psykisk og familiemessig, har tiltaket vist svært gode resultater (Dahlgren og Willander, 1989a; 1989b).

De fleste behandlingsstudier konkluderer med at det er viktig å fokusere på den totale livssituasjonen til kvinnene, og ikke bare på selve rusavhengigheten. Dette burde på mange måter være en selvfølge, men er det ikke. En systematisk kartlegging av alle viktige livsområder er derfor helt grunnleggende i all type behandling. Når det gjelder hvorvidt kvinner har dårligere behandlingsresultat enn menn i det som finnes av ulike tiltak i dag, viser en litteraturgjennomgang av 259 studier at dette ikke er tilfelle (Vannicelli, 1984).

### **Forebygging**

Kvinnenes raske misbruksutvikling fremhever betydningen av tidlig intervensjon. Det er bekymringsverdig at også kvinner med et relativt moderat alkoholforbruk er utsatt for betydelige negative alkoholrelaterte problemer. Saklig informasjon om de negative fysiologiske konsekvensene for kvinner spesielt er derfor viktig. Denne typen informasjon må utformes slik at den ikke ytterligere bygger opp om kvinners skamfølelse i forbindelse med et overforbruk av alkohol. Det er også viktig at primærhelsetjenesten og psykiatrien blir mer skolert i å kartlegge kvinners alkoholvaner på et tidlig stadium, og ikke bidrar til en ytterligere forsegling av problemene med bare å ordinere medikamenter. Her ligger det en viktig utfordring i å identifisere kvinner med problemer samt metoder for tidlig behandling blant kvinner. De metoder som er mest brukt har oftest vært basert på utvalg av menn (Babor & Grant, 1991). Forhold som har med familielivet og arbeidsplassen er også helt sentrale for utvikling av et storforbruk av alkohol. Intervensjoner i forhold til disse arenaene kan som oftest skje poliklinisk. Både arbeidsgivere og familiemedlemmer bør oppmuntres til å støtte kvinnene i å søke behandling på et så tidlig tidspunkt som mulig. Mer kvinnerrettet poliklinisk behandling etter retningslinjer som EWA-prosjektet bør derfor oppmuntres. Mange kostnader både for kvinnen selv, familien og for samfunnet kan spares om tilgjengeligheten av ikke-stigmatiserende tiltak kan nå kvinnene på et så tidlig stadium som mulig.

### *Litteratur*

Babor T, Grant M (red), Project on identification and management of alcohol related problems. Report on phase II. Geneva: WHO, 1991.

Beckman LJ, Amaro H. Personal and social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 1986, 47, 135–145.

Bjerver T. Ofta har inte ens de anhöriga vetat hur illa ställt det varit. *Alkohol och narkotika*, 1983, 5, 24–28.

Dahlgren L. Female alcoholics. A psychiatric and social study. Stockholm, Karolinska institutet, Thesis, 1979.

Dahlgren L. Hur gikk det for kvinnorna i EWA-prosjektet? Rapport etter två års verksamhet. *Läkertidningen*, 1984, 81, 4527–4531.

Dahlgren L, Willander A. Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1989a, 13, 499–504.

Dahlgren L, Willander A. Hög dödlighet bland kvinnor utan behandling för alkoholproblem. *Läkertidningen*, 1989b, 86, 1898–1900.

Dahlgren L. Vilka kvinnor söker hjälp för alkoholproblem, och vilka går det bra för? *Läkertidningen*, 1991, 88, 632–635.

Dahlgren L. Barn til kvinnliga alkoholister. *Läkertidningen*, 1994, 91, 2939–2947.

Gomberg EL. Alcoholic women in treatment: the question of stigma and age. *Alcohol and Alcoholism*, 1988, 23, 507–514.

Gudmundsdottir A. The self-image and social situation of alcoholic women: Implications for treatment. *European Addiction Research* 1997; 3: 3–10

Haver B, Dahlgren L. Early treatment of women with alcohol addiction (EWA): a comprehensive evaluation and outcome study. I. Patterns of psychiatric comorbidity at intake. *Addiction*, 1995, 90, 101–109.

Haver B, Franck J. The Karolinska project for early treatment of women with alcohol addiction. *European Addiction Research*, 1997, 3, 30–36.

Jarvis TJ. Implications of gender for alcohol treatment research. A quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction*, 1992, 87, 1249–1261.

Lex BV. Prevention of substance abuse problems in women. I: Watson RR (red), *Drug and alcohol abuse prevention*. Clifton, NJ: Humana Press, 1990.

Nordlund S. Rusmiddelbruk i Norge. *Norsk Epidemiologi*, 1996, 6, 3–12.

Saglie J. Norske drikkekulturer: Geografi, sosial bakgrunn, livsstil og tilgjengelighet. SIFA-rapport nr 1/94, Oslo.

Smidth- Figiger E. Kvindelige alkoholmisbrugere og behandlingstilbudene. København, Socialforskningsinstituttet, 1991.

Taksdal, A. Kvinnerettet rusbehandling? Rusmiddeldirektoratet/Sosial- og helsedepartementet, Oslo, 1997.

Thom B. A process approach to women's use of alcohol services. *British Journal of Addiction*, 1984, 79, 377–382.

Thom B. Sex differences in help-seeking for alcohol problems -1. The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction*, 1986, 81, 777–788.

Thom B. Sex differences in help-seeking for alcohol problems -2. Entry into treatment. *British Journal of Addiction*, 1986, 82, 989–997.

Vaglun S. Alcohol abuse and psychopathology in female psychiatric patients in a clinical study. Universitetet i Oslo, Thesis, 1987.

Vandeskog A, Skutle A, Utslätte kvinner og oppegående menn – misbrukere i behandling. *Norsk Epidemiologi* 1996; 6: 3–12.

Vannicelli M. Treatment outcome of alcoholic women: The state of the art in relation to sex bias and expectancy effects. I: Wilsnack SC, Beckman LJ (red), *Alcohol problems in women. Antecedents, consequences and intervention*. New York: Guilford Press, 1984, 369–412.

Wilsnack RW, Wilsnack SC, Klassen AD. Womens's drinking and drinking problems: patterns from a 1981 national survey. *American Journal of Public Health*, 1984, 74, 1231–1238.

## 14.6 Fysiske konsekvenser av alkoholbruk hos kvinner

### *Kristina Kjærheim, Kreftregisteret.*

Langvarig alkoholbruk er en viktig faktor når det gjelder sykdommer i lever og bukspyttkjertel, det sentrale og perifere nervesystem, høyt blodtrykk og flere former for kreft. Infeksjonsforsvaret blir svekket og hyppigheten av medfødte misdannelser blant nyfødte øker ved et forhøyet alkoholkonsum hos mor. Ved de fleste typer skader og ulykker ser en overhyppighet av alkoholpåvirkning; det gjelder for vold, drukning, trafikkulykker, forfrysninger og forbrenninger. Likevel er det ofte vanskelig å kvantifisere omfanget av alkoholskadene. De fleste sykdommer har en rekke risikofaktorer og en rekke beskyttelsesfaktorer. For mange sykdommer kan alkohol være en lite viktig årsaksfaktor, men for enkelte sykdommer er alkohol en så viktig faktor at sykdomsforekomsten er en indikator på alkoholkonsumet. Dette gjelder for eksempel levercirrhose (skrumplever) i vestlige land, hvor andre årsaker er sjeldnere (hepatitt-B, aflatoxin-eksponering).

### **Alkoholisme**

Ulike tidsperioder har brukt ulike kriterier for diagnosen alkoholisme, og registreringen av alkoholisme som dødsårsak er nok noe preget av at en slik diagnose kan være en belastning for nære pårørende. Det kan være grunn til å tro at gyldigheten av diagnosen varierer både med kjønn, sosial status og tidsperiode. I perioden 1965–69 forekom dødsfall av alkoholisme fem ganger så hyppig blant menn som blant kvinner. I perioden 1990–93 var kjønnsratioen fortsatt omtrent den samme (5,6), med en dødelighet per 100 000 personår blant menn på 6,2 og blant kvinner på 1,1. Alkoholisk delir er en svært sjelden dødsårsak, med 24 tilfeller blant menn i perioden 1990–93, og åtte tilfeller blant kvinner.

### **Leversykdom**

Alkohol kan gi tre typer/grader av leversykdom i tillegg til leverkreft: fettlever, alkoholisk hepatitt, og levercirrhose. Mens fettlever kan forsvinne etter 1–2 måneder, er alkoholisk hepatitt (leverbetennelse) en alvorlig tilstand med høy dødelighet. Nær halvparten av pasientene dør innen ett år. Alkoholisk hepatitt forekommer ofte samtidig med cirrhose. Cirrhose forutsetter vanligvis et høyt alkoholkonsum gjennom mange år (for eksempel en flaske brennevin, eller to flasker vin eller fem hele flasker øl per dag). Dødeligheten ved etablert cirrhose er over 70 % etter fem år, men totalavhold synes å bedre prognosen betydelig. En av tre pasienter med alkoholisk hepatitt/cirrhose er kvinner. I perioden 1990–93 var det i Norge 4,7 dødsfall på grunn av levercirrhose av 100 000 menn og 2,3 dødsfall blant 100 000 kvinner per år. I absolutte tall betydde dette 541 dødsfall blant menn og 301 dødsfall blant kvinner i løpet av disse fire årene. En regner med at omkring 75% av disse er relatert til alkohol, noe mer blant menn, noe mindre blant kvinner. Omlag 5–10% av de som har cirrhose utvikler leverkreft.

**Tabell 8.11: Forekomst av alkoholassosierte kreftsykdommer**

| Kreftsykdom        | Nye tilfeller/<br>100 000<br>personår<br>1991-94 |         | Økning i %<br>fra 1956-60 |         | Mann/kvinne-<br>ratio 1956-60 | Mann/kvinne-<br>ratio 1991-94 |
|--------------------|--|---------|---------------------------|---------|-------------------------------|-------------------------------|
|                    | Menn   | Kvinner | Menn                      | Kvinner |                               |                               |
| Tunge, munn, svelg | 5.1  | 2.0     | 70 %                      | 31 %    | 2.0                           | 2.6                           |
| Spiserør           | 3.2  | 0.8     | 7 %                       | 0 %     | 3.8                           | 4.0                           |
| Strupe             | 3.1  | 0.5     | 53 %                      | 400     | 14.0                          | 6.2                           |
| Lever              | 1.8  | 1.1     | 125 %                     | 175     | 2.0                           | 1.6                           |

**Kvinner tåler mindre alkohol**

Kvinner synes å være mer utsatt for leversykdom relatert til alkohol enn menn med samme konsum. Dette skyldes hovedsakelig to forhold; for det første er kroppsfordelingen av vann og fett ulik hos kvinner og menn, med mer fett og mindre vannfase hos kvinner. I tillegg har kvinner lavere aktivitet av et enzym i magesekken (alkohol-dehydrogenase) som bryter ned alkohol før absorpsjon til organismen finner sted. Blant menn regner en med at et daglig alkoholinntak på 40-60 gram ren alkohol (opp til en flaske vin) gir seks ganger forhøyet risiko for levercirrhose sammenliknet med de som drikker 0,2 gram/dag. Blant kvinner øker risikoen imidlertid tilsvarende allerede ved et inntak på 20 gram ren alkohol/dag.

*Kreft i tunge, munn, svelg, strupe og spiserør*

Kreft i tunge, munn, svelg, strupe og spiserør er alle knyttet til både alkohol og tobakk. Alkohol og tobakk kan hver for seg føre til kreftutvikling, men når de opptrer sammen, øker risikoen for sykdom betydelig. Det er gode holdpunkter for at et kosthold med mye frukt og grønnsaker reduserer kreftrisikoen, også blant dem som røyker og drikker. I 1995 ble det diagnostisert 404 nye slike krefttilfeller blant menn og 139 nye tilfeller blant kvinner. Antall nye tilfeller (insidensen) blant kvinner har steget fra 2,4 per 100 000 personår i perioden 1956-60 til 3,4 i 1991-94 (det vil si en økning på 42%). Blant menn har økningen i samme periode vært fra 7,5 til 11,4 (det vil si en økning på 52%). Økningen har både for menn og kvinner vært mest uttalt i aldersgruppen 55-74 år. Sjansen for å leve fem år etter kreftdiagnosen, avhenger av utviklingsstadium ved diagnose. Fem års overlevelse for kreft i tunge, munn og svelg var 35% for menn og 53% for kvinner for alle stadier samlet i perioden 1987-91. For spiserørskreft er prognosen adskillig dårligere, med tilsvarende overlevelsestall på henholdsvis 5% og 9%. Strupekreft har på sin side betydelig bedre diagnose, med fem års overlevelse for både menn og kvinner på 68%.

*Leverkreft*

Alkoholkonsum regnes i Norge i dag som den viktigste risikofaktoren for leverkreft. Blant menn har den aldersjusterte insidensraten økt med 125% i perioden fra 1956-60 til 1990-94, mens økningen blant kvinner har vært på

175 %. Forekomsten av leverkreft er både for kvinner og menn høyest i aldersgruppen over 74 år. Tabell 8.11 gir en oversikt over trekk ved utviklingen av de ulike kreftsykdommene som er nevnt i det ovenstående.

### *Brystkreft*

Forskning i løpet av de siste 10–15 årene har funnet relativt konsistente holdpunkter for at det er en sammenheng mellom alkohol og brystkreftrisiko. Denne sammenhengen er imidlertid ikke veldig sterk, og en antar at et gjennomsnittlig konsum på 1 drink per dag øker risikoen for brystkreft med 10–45 %. Under visse forutsetninger om alkoholbruk blant kvinner i Norge kan en anta at mellom 24 og 80 tilfeller av de omlag 2000 brystkrefttilfellene som årlig forekommer i Norge ville kunne vært unngått uten alkohol.

### **Alkohol og svangerskap/amming**

Alkohol virker ri-dempende og ble så sent som på 1970-tallet brukt ved norske sykehus ved truende for tidlig fødsel. Karakteristiske skader på barnet knyttet til alkoholkonsum (føtal alkoholsyndrom, FAS) ble beskrevet første gang i 1973. Alvorlighetsgraden av FAS kan variere avhengig av konsumnivå og individuell toleranse, men det fullt utviklede syndromet kjennetegnes av tre grupper av skader: generell veksthemming som kan være vedvarende, forstyrrelser i utviklingen av sentralnervesystemet med mental retardasjon, lite hode og dårlig motorisk utvikling og et karakteristisk utseende, medfødte misdannelser særlig i ansikt/hode og hjertefeil. I vestlige land har en funnet syndromet hos 1 av 600–1000 levende fødte barn. I Oslo fant en i perioden 1980–82 FAS hos 1 av 1000 levende fødte. Hvis Oslo er representativ for landet som helhet vil dette tallet tilsvare 60 barn med FAS per år. I tillegg kommer 120–180 barn uten det fullt utviklede syndromet, men med lettere alkoholskade som kan innebære blant annet mistriksel, dårlig matlyst, irritabilitet og lav IQ. I begynnelsen av 1990-årene tydet imidlertid undersøkelser på at forekomsten av FAS var sunket til 0,5 barn per 1000 levende fødte, men det er vanskelig å si i hvilken grad dette skyldes en reell nedgang eller strengere krav til diagnosen. Undersøkelser har imidlertid funnet endrede holdninger til alkoholbruk under svangerskapet og ved amming som svarer til den reduserte forekomsten i løpet av denne perioden.

### **Konklusjon/oppsummering**

Sammenliknet med øvrige vestlige land har Norge en lav forekomst av kroniske alkoholskader og -sykdommer. Mens forekomsten av ulike alkoholrelaterte sykdommer har økt i tiden fra 1950/60-tallet, har forholdet mellom forekomsten blant menn og kvinner endret seg relativt lite. Fortsatt er disse sykdommene 2–5 ganger hyppigere blant menn enn blant kvinner. De siste 15 årene har stigningen av alkoholkonsumet i den norske befolkning vist en avflating, og i samsvar med dette har en sett en reduksjon i cirrhosedødeligheten. Øvrige alkoholrelaterte sykdommer viser ingen reduksjon i forekomst, hvilken sannsynlig skyldes både lengre latenstid og mer sammensatte årsaksforhold.



### Litteratur

Riise G, Berg JE, Bull Engelstad JC, Jacobsen CD, Sørensen BN (Ed). Alkohol og helse – det bagatelliserte alvor. Universitetsforlaget, Oslo 1995.

Kjærheim K. Alkohol, brystkreft og årsaksslutning i epidemiologien. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1997; 117: 3771–6.

## 14.7 Narkotika

**Edle Ravndal, Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning.**

### Narkotikabruk blant kvinner og menn

Det er vanlig å omtale illegale narkotiske stoffer som «lettere» (cannabis) og «tyngre» (amfetamin, heroin, kokain, LSD, ecstasy). Hovedgrunnene til dette er at opiater og amfetamin kan inntas med sprøyte og at avhengighetspotensialet anses å være større. Fordi alle narkotiske stoffer er illegale, og fordi de hyppigst brukes i avvikende subkulturer, er det vanskelig å angi eksakte tall hvor mange som bruker slike stoffer. Fra 1990 har SIFA foretatt årlige nasjonale undersøkelser av stoffbruken til ungdommer i aldersgruppen 15–20 år. Disse viser at det i årene 1990 til 1995 var mellom 8 % og 10 % av ungdommen som oppga at de hadde brukt cannabis noen gang (Skretting, 1996). Mens andelen gutter som noen gang har brukt cannabis har holdt seg jevnt på omkring 9 % siden den første landsomfattende undersøkelsen i 1986, har andelen jenter steget forholdsvis jevnt fra 7 % i 1986 til 10 % i 1995. Dermed var andelen som *noen gang* hadde brukt cannabis lik blant de to kjønn. *Misbruk* av cannabis ser imidlertid ut til å forekomme i langt større grad blant menn enn blant kvinner.

I 1996 var det på landsbasis omtrent 2 % som oppga at de *noen gang* hadde brukt amfetamin og ecstasy, og mindre enn 1 % heroin, kokain og LSD i aldersgruppen 15–20 år. I Oslo oppga omtrent 5 % at de hadde brukt amfetamin, 4 % ecstasy, 3 % kokain, 2 % LSD og bare 1 % heroin. Mens andelen som noen gang har brukt heroin synes å ha holdt seg relativt stabil de siste årene har bruken av amfetamin, LSD og ecstasy gått noe opp. Når det gjelder den voksne befolkningen fra 20 år og oppover er kunnskapsgrunnlaget om bruk av narkotika langt dårligere. I en undersøkelse fra 1994 oppga 11 % at de hadde brukt cannabis noen ganger, 3 % amfetamin og 1 % kokain (Amundsen et al., fra Oslo i 1995).

Når det gjelder intravenøst stoffmisbruk økte det årlige antallet av nye sprøytemisbrukere tidlig i 70-årene og mesteparten av 80-årene. Økningen stoppet imidlertid sakte opp. Antallet misbrukere på slutten av 80-tallet syntes å være ganske stabilt. I 1990 ble det estimert at antallet aktive sprøytemisbrukere lå et sted mellom 4–5000 personer (Skog, 1990). Omlag en tredjedel av sprøytemisbrukerne er kvinner.

Flere forhold som lett tilgjengelighet av heroin i de fleste storbyer, lavere priser og flere overdosedødsfall kan likevel tyde på at antallet sprøytemisbrukere har blitt noe høyere de siste årene. Misbrukerne av tyngre stoffer er imidlertid vanskelige å fange opp i representative befolkningsundersøkelser. På grunn av kohorteffekten har også de eldste og mest forkomne misbrukerne blitt en stadig større gruppe.

### **Risikofaktorer for narkotikamisbruk**

En litteraturgjennomgang av kjønnsforskjeller i forhold til bruk og misbruk av cannabis viser at tidlig aggresjon blant gutter og mangel på grunnleggende sosiale ferdigheter hos jenter kunne predikere bruk av cannabis i ungdommen (Pape et al., 1994). Sterke familieband hadde også en sterkere sammenheng for jenters ikke-bruk av cannabis enn for gutter. Dette viser at familien og mellommenneskelige relasjoner har en annen betydning for kvinner enn for menn. Kvinner synes også oftere å bruke cannabis som selvmedisinering enn menn. Blant de tyngre misbrukerne av cannabis, synes begge kjønn å ha betydelig dårligere psykisk helse, mere familieproblemer og mindre deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter enn befolkningen generelt.

Utover 70-tallet var det også her i landet en økende tendens i retning av at brukerne av cannabis, og etter hvert andre stoffer, i større grad enn andre unge hadde problemer i forhold til familie og skole. Denne tendensen ser ut til å ha holdt seg frem til i dag. Det er følgelig ikke tilfeldig hvem som blir tungt belastede narkotikamisbrukere. Det er en nær sammenheng mellom ulike typer tilpasningsproblemer i barndom og tidlige ungdomsår og narkotikaproblemer senere i livet. Særlig er denne sammenhengen sterk når det gjelder sprøytemisbruk. En større behandlingsundersøkelse fra SIFA viser at halvparten av unge stoffmisbrukere rapporterte at en eller begge foreldrene hadde alkoholproblemer, 1/3 hadde som barn hatt tilsyn av barnevernet, 1/5 hadde vært i behandling for psykiske problemer og 1/3 rapporterte at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep (Lauritzen et al., 1997). Lignende opphoping av psykososiale problemer finner en i de fleste behandlingsundersøkelser av narkotikamisbrukere i de nordiske landene (Ravndal, 1994a).

Gjennomgående er det lite forskning i forhold til kjønnsforskjeller og tyngre misbruk av narkotika. Noen forskjeller går likevel igjen i de fleste studier. Betydelige flere kvinner har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndom og oppvekst, og kvinnene rapporterer mere problemer i oppvekstfamilien enn mennene (Ravndal, 1994a; Byqvist, 1997). Meget få av kvinnene som misbruker narkotika har utviklet sterke venninnerelasjoner i oppveksten og kvinnenes forhold til hverandre er ofte preget av sjalusi og konkurranse. Som oftest foretrekker de mannlige venner eller partnere. Det er som oftest menn som leder kvinnene inn i misbruket (Bjerrum Nielsen & Rudberg, 1990).

### **Konsekvenser av narkotikabruk**

Fordi stoffmisbruk er illegalt og medfører mye kriminalitet, er det å være kvinnelig narkotikamisbruker meget avvikende. Selvførakt og skamfølelse er derfor utbredt. På samme måte som alkoholmisbrukende kvinner, har kvinner som misbruker narkotika derfor en kortere introduksjonsperiode, de har en raskere overgang til tungt misbruk og et mer destruktivt forløp enn mennene (Byqvist, 1997). Flere kvinner enn menn har vært utsatt for voldtekt. Prostitusjon er meget vanlig. Kriminalitet er langt mindre vanlig enn blant mennene.

Kvinnelige stoffmisbrukere rapporterer betydelig mer angst og depresjon og de begår selvmordsforsøk betydelig oftere enn mennene. Kvinnene bruker også mer beroligende medikamenter og sovemedisiner enn mennene, mens mennene hyppigere bruker alkohol. Dette er for øvrig kjønnsforskjeller som også er tilstede i befolkningen generelt. Det er også en tendens til at kvinnene går inn i ødeleggende forhold til andre, og gjentar dermed atferd de har opplevd i sin primærfamilie. Mange har store identitetsproblemer som kvinner (Ravndal, 1994b). Forekomst av personlighetsforstyrrelser ser ut til å

være lik blant kvinner og menn som misbruker narkotika (Ravndal, 1994a; Fridell, 1991). Hvorvidt affektive lidelser (angst, depresjon) og personlighetsforstyrrelser er en årsak til eller en følge av stoffmisbruket er ofte vanskelig å si. Forskningslitteraturen viser både til primære og sekundære sammenhenger. Ofte synes imidlertid psykiske problemer å gå forut for bruken av narkotiske stoffer (Ravndal, 1998).

Stoffmisbrukende kvinner er særlig utsatt for uønskede svangerskap og aborter (Watson, 1994). De bruker lite prevensjon og har en destruktiv livsførsel. Mange har også et dårlig immunforsvar. De er dermed meget utsatt for diverse underlivskomplikasjoner og for HIV. Norske studier av stoffmisbrukere viser at dødeligheten ligger på omtrent 2 % i året. Kvinnelige stoffmisbrukere synes å ha en noe lavere dødelighet enn mannlige, mens i befolkningen generelt finner vi at dødeligheten er halvparten så lav blant unge kvinner (25–44 år) som blant unge menn. Dermed blir overdødeligheten blant kvinnelige stoffmisbrukere høyere enn blant mannlige stoffmisbrukere (Rossow, 1996). De langt fleste dødsfallene skjer ved overdose og selvmord og i noen grad ved sykdommer, ulykker og drap.

### **Behandling/rehabilitering**

Flere nordiske behandlingsstudier viser at kvinner hyppigere fullfører institusjonsbehandling og at flere kvinner enn menn er stoffrie ved oppfølging etter behandling (Holsten, 1985; Landvik, 1990; Berglund et al., 1991; Ravndal, 1994). Fordi kvinnelige narkotikamisbrukere som oftest rapporterer større psykososiale problemer enn de mannlige, kan dette synes paradoksalt. Imidlertid kan det forklares på flere måter. Høye skårer på nervøs symptomatologi, og særlig på depresjon, er ikke nødvendigvis en negativ prognostisk faktor. Kvinner med høye skårer på depresjon synes å være mere åpen i forhold til sine egne følelser. De har derfor en bedre prognose enn kvinner som fornekte eller projiserer slike følelser (Hanel, 1987; Bertling, 1993). Andre argumenter for at kvinner kulturelt sett ikke har så lett for å bryte sosiale koder som menn har (Freedman, 1980). Freedman bruker nettopp rusmidler som eksempel på hvordan kvinner bruker andre og mer konforme måter for å gi uttrykk for underliggende problemer på. Slik kan en også tenke seg at kvinners mer konforme atferd gjør at når de først har begynt i behandling skal det mer til for at de ikke fullfører. En femårig etterundersøkelse fra Veksthuset i Oslo viser imidlertid at selv om betydelig flere kvinner fullførte tiltaket, så var det ingen kjønnsforskjeller i sosial fungering og rusmiddelmissbruk gjennomsnittlig fem år etter inntak til behandlingen (Ravndal, 1997). Flere kvinner enn menn var også døde i løpet av observasjonstiden (16% vs 10%). Dette kan tyde på at stigmatiseringen og marginaliseringen er større for kvinnelige enn for mannlige stoffmisbrukere.

Forskning omkring sosialisering viser at kvinners identitet utvikles og opprettholdes gjennom relasjoner til andre, mens menns identitet blir opprettholdt mer gjennom konstant avgrensning fra andre (Bjerrum Nielsen & Rudberg, 1990). Dette betyr både at kvinner har større behov for å være i tette relasjoner enn menn, og at slike relasjoner er av større viktighet for kvinner enn for menn. Dette gjelder også for stoffmisbrukende kvinner. Imidlertid er det gjennomgående problemet for disse kvinnene at de har langt dårligere forhold til mødre og venninner enn kvinner som ikke misbruker rusmidler. Svake kvinneveritasjoner fører til dårlig utviklet kvinneidentitet, til større avhengighet av menn og problemer med grensesetting. I forhold til mannlige

rusmisbrukere ser kvinnene ut til å ha mindre støtte i sine parforhold og fra foreldrene (Gran & Størksen, 1990). Svært mange av kvinnene lever også i destruktive parforhold og er ekstremt underordnet. Både har disse kvinnene manglende relasjonelle ferdigheter samtidig som de faktiske relasjonene de lever i er meget vanskelige. Ved siden av bearbeiding av negative seksuelle opplevelser, er dette helt grunnleggende problemer som ethvert behandlingstiltak for kvinner bør gripe fatt i.

Taksdal viser i en undersøkelse av norske behandlingstiltak at til tross for det var ønskelig er det bare drøyt halvparten som oppgir at de prioriterer kvinner ved inntak (Taksdal, 1997). Alt for få kvinner i et mannsdominert miljø er et av hovedproblemene i norsk institusjonsbehandling for stoffmisbrukere. Når en i tillegg vet at stoffmisbrukere er bærere av svært tradisjonelle kjønnsroller, er det selvsagt at slike klientmiljøer vil bli meget mannsdominerte og til dels kvinneundertrykkende. For at kjønnsblandede døgntiltak skal kunne fungere også for kvinnene er derfor en av grunnforutsetningene at minst 1/3 av klientene er kvinner. Egne kvinnegrupper og kvinnelige ledere/terapeuter burde også være en selvfølge. Imidlertid fins det ikke noe belegg for å si at alle kjønnsblandede døgntiltak fungerer dårlig for alle kvinner. Men litteraturen viser at det ofte er vanskelig å ivareta kvinnene i kjønnsblandede døgninstitusjoner, og at rene kvinnetiltak har noen viktige gevinster. En etterundersøkelse fra Norges eneste kvinnekollektiv kan også vise til gode resultater (43 % rusfrie etter tre år) (Christensen, 1996). Rene kvinneavdelinger innenfor allerede større klinikker er også en modell som kan fungere.

Det er illustrerende at flertallet av klientene i de polikliniske tiltakene er kvinner. Her foreligger det tilbud om en-til-en samtaler. Kvinnene kan holde kontakt med en behandler over lengre tid og de kan kombinere denne behandlingsformen med omsorg for barn. For kvinner som trenger et mer omfattende tilbud enn poliklinikk, men som av ulike grunner kvier seg for innleggelse, kan også dagtilbud for bare kvinner være et alternativ. Et slikt tilbud kan fylle mange av døgntiltakets funksjoner, være mindre dramatisk enn en innleggelse og lar seg lettere kombinere med andre forpliktelser. At behandlingen foregår i et rent kvinnemiljø gjør at mulighetene for å bearbeide kvinnespesifikke temaer blir langt større. Samtidig kan et slikt miljø bedre bidra til bygge opp nye kvinnerelasjoner og hindre at kvinnene går inn i destruktive forhold til mannlige medklienter.

### *Forebygging*

Mangelen på kjønnsforskjeller er mer slående enn forskjellene når det gjelder bruk og misbruk av cannabis. Dette antyder at forebyggende innsats ikke nødvendigvis behøver å være kjønnsespesifikke. Likevel tyder mye på at det er viktig å lære unge gutter å stå imot press fra kamerater, mens det for unge jenter er viktig å lære hvordan de kan mestre sine personlige problemer uten å ty til cannabis eller andre stoffer. For unge jenter er det dessuten av stor betydning hvordan de opplever familien og særlig forholdet til mor. Gode venninneforhold ser også ut til å kunne ha en forebyggende effekt. Imidlertid er det undersøkelser som tyder på at jenter som begynner å bruke tyngre stoff har mer psykiske problemer enn jenter som misbruker cannabis (Block et al., 1988).

*Litteratur*

Amundsen A, Nordlund S, Vale P. Alkohol og narkotika i Oslo. SIFA-rapport 1/95, Oslo, 1995.

Berglund GW, Bergmark A, Björling B, Grönbladh L, Lindberg S, Oscarsson L, Olsson B, Segraeus V, Stensmo C. The SWEDATE-project: Interaction between treatment, client background, and outcome in a one-year follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1991, 8, 161–169.

Block J, Block JH, Keyes S. Longitudinally Foretelling Drug Usage in Adolescence: Early Childhood Personality and Environmental Precursors, 1988, *Child Development*, 59, 336–355.

Bjerrum Nielsen H, Rudberg M. Jenters vei til rusmidler – et sosialiseringsspektiv. NORAS, Oslo, 1990.

Bertling U. Narkotikamissbrukere med svåra psykiske störningar. Publica, Stockholm, 1993.

Byqvist S. Svenska narkotikamissbrukande kvinnor och män. Missbruksforløp och kriminalitet. Thesis, Stockholms Universitet, Stockholm, 1997.

Christensen A. Jenter som kommer og jenter som går. En oppfølgingsundersøkelse av kvinnelige rusmiddelmissbrukere som har vært i behandling på kvinnekollektivet ARKEN i tiden 1992–1993. SIFA 6/96, Oslo, 1996.

Freedman AM. Drug dependence. I: H Kaplan et al. (red) *Comprehensive textbook of psychiatry*, Williams & Wilkins, London, 1980.

Fridell M. Personlighet og drogmisbruk. PM-serie, nr. 10, CAN, 1991.

Gran S, Størksen P. Å flykte fra asken til ilden: kvinnelig stoffmisbruk i et relasjonsspektiv. Fokus, 1990, nr.3, 149–169.

Hanel E. Female addiction and therapeutical progress in residential treatment centers. Paper presented at the 4th. International Conference on Treatment of Addictive Behaviours, Bergen, 1987.

Holsten F. The female drug abuser: Has she a shorter way out? *Journal of Drug Issues*, 1985, 15, 383–392.

Landvik LK. Visst nytter det. En evaluering av Fossum-kollektivets virksomhet, perioden 1983–1988. Stiftelsen Fossumkollektivet, Spydeberg, 1990.

Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O. A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 1997, 14, 43–63.

Pape H, Hammer T, Vaglum P. Cannabis use in the general population. Male/Female Differences? Drug and Alcohol Abuse Reviews. I: RR Watson (red), vol 5: Addictive Behaviors in Women, 1994, Humana Press Inc., Totowa, NJ, 359–379.

Ravndal E. Drug Abuse, Psychopathology and Treatment in a Hierarchical Therapeutic Community. A prospective study. Thesis, Department of Behavioural Sciences in Medicine, University of Oslo, 1994a.

Ravndal E, Vaglum P. Treatment of female addicts: The importance of relationships to parents, partners and peers for the outcome. *The International Journal of the Addiction*, 1994b, 29, 115–125.

Ravndal E. Veksthusklientene fem år etter. *Stoffmisbruk*, 1997, nr.2, 29–33.

Ravndal E. Personlighetsforstyrrelser og psykiske problemer hos stoffmisbrukere. I: Pasient og behandler: Personlighet, atferd og samspill i klinisk virksomhet. Festskrift til Per Vaglums 60-årsdag, Universitetet i Oslo, 1998.

Rossow I. Rusmiddelbruk og dødelighet. *Norsk Epidemiologi*, 1996, 6, 37–44.

- Skretting A. Ungdom og rusmidler. Rusmiddeldirektoratet, SIFA, 1996.
- Skog OJ. Utviklingen av intravenøst narkotikamisbruk i Norge. SIFA-rapport 1/90, Oslo, 1990
- Taksdal A. Kvinnerettet rusbehandling? Rusmiddeldirektoratet/Sosial- og helsedepartementet, 1997, Temaserie 1997: 1.
- Watson RR. Addictive behaviors in women. Drug and Alcohol Abuse Reviews, 1994, vol. 5, Humana Press Inc., Totowa, NJ, 359–379.

## 15 Vold mot kvinner

---

### 15.1 Vold i samliv

*Berit Schei, Medisinsk teknisk senter, Universitetet i Trondheim.*

#### *Fra kjønnsnøytralt til kjønnsesifikt tema*

Det foreligger flere befolkningsundersøkelser om forekomst av voldserfaringer generelt, også i Norge. Statens Helseundersøkelser ga alle kvinner og menn ved den regulære 40 – årsundersøkelsen i Akershus, et anonymt spørreskjema som omhandlet voldserfaring. Resultatene herfra er i samsvar med andre undersøkelser, nemlig at kvinner og menns voldskader er ulike:

- Menn er utsatt for vold utenfor hjemmet. Volden er som regel en enkelthendelse.
- Kvinner skades hjemme og overgriper er oftest kjent. Det er derfor nødvendig å se på vold mot kvinner som er særskilt fenomen (Graff-Iversen et al, 1992)

Det er foretatt en rekke befolkningsundersøkelser i andre land om samlivsvold. I undersøkelser gjennomført i USA ble det brukt et intervjukskjema om hvilke handlinger samlivspartnere potensielt foretok seg ved konflikt. Listen omfattet lite alvorlige handlinger, som å smelle med dørene, til ekstreme handlinger som å bruke våpen mot partneren. Både kvinner og menn rapporterte voldelige handlinger innen samlivet. Det var ikke så store kjønnsulikheter når det gjaldt forekomsten av voldshandlinger totalt målt med denne skalaen (Straus MA, 1979).

Men det er likevel betydelige kjønnsforskjeller. Menn rapporterer i liten grad handlinger fra partner som kan innebære betydelig fare (Harper M & Parson L, 1997, Campell JC, 1998). Konsekvensen av et slag for eksempel, er større for kvinner fordi menn er fysisk sterkere. Kvinner er oftere mer avhengig av sin partner enn menn er. Volden blir ofte noe som gjentar seg og mishandlingen blir en vane. Samlivsvold som kvinner utsettes for, er nært knyttet til annen mishandling.

#### *Fra samlivsvold til kvinnemishandling*

Erfaringer fra klinisk arbeid med mishandlede kvinner samt kvalitativ og kvantitativ forskning, viser at voldsepisodene bare er ett av flere kjennetegn på et mishandlingsforhold. Det vi forstår som kvinnemishandling er forhold der kvinnen blir utsatt for gjentatte episoder av vold. En annen definisjon er basert på alvorlighetgraden av den voldelige handlingen. En mishandlet kvinne defineres som en kvinne som har vært utsatt for en mer alvorlig handling enn klapsing/dasking (Gayford JJ, 1975, Straus MA, 1977–78).

Gjentakelsen av volden inngår i et handlingsmønster. Først er det en fase med spenningsøkning mellom partnerne. Deretter følger selve voldshandlingen. Volden etterfølges av, særlig i begynnelsen av parforholdet, en forsoningsfase der volden integreres i samlivshistorien på en måte som igjen binder paret sammen. En definisjon på et mishandlingsforhold, er et forhold der det er gjentatte voldssykler (Walker LE, 1979). De psykologiske prosessene som inntreffer i mishandlingsforhold, er også blitt beskrevet som hjernevasking. Det skjer en gradvis forskyvning i kvinnens virkelighetsoppfatning, der hun etter hvert opptar mishandlerens definisjon og persepsjon av virkeligheten (Boulette TR & Andersen SM, 1985).

### ***Psykisk mishandling***

Andre forhold som det nå rettes stor oppmerksomhet mot, er den psykiske mishandlingen i mishandlingsforhold. Volden som utøves representerer en direkte fare for kvinnen. I tillegg forsterker volden effekten av den psykologiske terroriseringen. Prosessen har vært sammenlignet med det man har sett hos personer som har vært holdt som gisler. Kvinner kan bli fanget inn i et forhold der de selv oppfatter seg handlingslammet og ute i stand til å gjøre noe med situasjonen. Redselen for at volden kan øke dersom hun forsøker å komme seg ut av mishandlingsforholdet, har også sin forankring i virkeligheten siden volden kan øke i den fasen kvinner forsøker å bryte ut.

### ***Hva er årsakene til kvinnemishandling?***

#### *Samfunnsmessige faktorer*

##### *1. Strukturelle faktorer i samfunnet*

Nivået av kvinners formelle og reelle rettigheter antas å ha betydning for omfanget av kvinnemishandling i en befolkning. Her har det skjedd store forandringer i Norge. Mulighetene til skilsmisse og til å kunne greie seg økonomisk etter bruddet er eksempler på slike endringer som har betydning for om kvinner blir værende i mishandlingsforhold. Hvordan lovverket omtaler vold i samliv, kan også virke inn på omfanget av kvinnemishandling. For eksempel antas det at innføring av muligheten for offentlig påtale kan gjøre at flere mishandlingssaker havner for retten og muligens medvirker til at volden reduseres (Aslaksrud, 1992).

##### *2. Holdningsmessige faktorer*

Hvordan et samfunn forholder seg til vold generelt, antas å virke inn på forekomst av samlivsvold. Samfunn med mye vold har også vist seg å ha høy forekomst av kvinnemishandling. I samfunn der mannsidealet er knyttet opp mot makt og kontroll over kvinner, forekommer kvinnemishandling hyppigere (Heise LL et al, 1994).

##### *3. Sosiale forhold*

Det er ulike oppfatninger om sosiale faktors betydning for forekomsten av mishandling i samliv. Tradisjonelt har man antatt at dårlig utdanning, vanskelige sosiale forhold og dårlig økonomi er risikofaktorer.

Det er imidlertid enighet om at høy utdanning, god inntekt og økonomisk uavhengighet ikke utelukker at kvinner blir fanget inn i mishandlingsforhold.

I amerikanske studier er det også vist at mishandlede kvinner med høy utdanning kan være dårligere stilt når det gjelder hjelp i helsevesenet. I en undersøkelse om vold i svangerskapet, kom de velutdannede senere enn andre mishandlede kvinner til svangerskapskontroll (Mc Farlane et al, 1992). Det sosiale mønsteret som framkommer gjennom studier basert på utvalg av mishandlede kvinner trenger heller ikke være representativt for gruppen mishandlede som helhet. Det å rapportere mishandling har vært oppfattet som et stigma og høystatuskvinner kan ha større problemer med å rapportere vold. Dette vil kunne forklare de ofte observerte sosiale skjevhetene i befolkningsstudier. Etter hvert som holdningen til kvinnemishandling har endret seg, kan også rapporteringsmønsteret endre seg. For eksempel fant man i en nylig gjennomført studie av vold i svangerskapet i Trondheim at høyt utdannede kvinner rapporterte like ofte som andre at de hadde vært utsatt for vold (Grimstad et al, 1997).

#### *Karakteristika ved samlivet*

Den relative maktesløsheten til kvinnen i samlivet og mannens dominans har vært oppfattet som årsaker til mishandlingen. I Canada ble det i 1993 gjennomført den til nå, største befolkningsbaserte undersøkelsen av vold mot kvinner. Her brukte man et spørreskjema om mannens holdning til kvinnen, som ledd i undersøkelsen. Ut fra denne ble det konstruert en skala som mål på mannens dominans. En høy score på denne kunne i stor grad forutsi om kvinnen rapporterte mishandling i samlivet. Slike holdninger var viktigere enn sosiale faktorer (Lenton RI, 1995).

#### *Individuelle faktorer*

Det at mishandleren selv har vært offer for vold i oppveksten, både direkte eller indirekte ved å ha vært vitne til fars vold, er trukket fram som risikofaktorer for mannens voldsmønster. I den canadiske undersøkelsen var kvinnens rapportering om svigerfars voldsbruk en viktig risikofaktor. Det finnes også studier som måler forekomsten av personlighetsavvik blant mishandlere. Disse er ofte basert på svært skjeve utvalg, som for eksempel mishandlere dømt for partnervold. Det antas at det er flere faktorer som er felles for mishandlere, enn for kvinner som blir mishandlet. Men også for kvinner er det antatt at tidligere overgrepshistorie er en risikofaktor for å bli utsatt for mishandling (Schei B, 1990). Imidlertid gjelder det fortsatt at de aller fleste kvinner som blir utsatt for et mishandlingsforhold ikke har bakgrunn med overgrep.

#### *Oppsummeringsvis om årsaker*

Mange av de antatte årsaksfaktorene til kvinnemishandling baserer seg på resultater av tverrsnittstudier. Slike studier gir begrenset mulighet til å dra slutninger om årsak- virkningsforhold. Det er ennå færre studier, hvis noen, som gir kunnskap om hvorvidt endringer i disse faktorene forebygger mishandlingsforhold. Dette gir begrenset kunnskap om forebyggingspotensiale.

#### **Forebygging**

Primærforebyggende tiltak retter seg inn mot å forebygge at kvinner overhode blir mishandlet i samlivet. Det finnes lite systematisk erfaring med



utprøving av ulike forebyggingmodeller, slik man for eksempel har når det gjelder ulykkesforebyggende tiltak.

Man kan ta utgangspunkt i en kvinnemishandlingmodell med potensielt forebyggende faktorer på flere nivåer:

### *Sosiale faktorer*

En klar likestillingspolitikk, der det tilstrebes at menn og kvinner skal ha like mye makt og innflytelse synes å være en klar forutsetning for å forebygge vold mot kvinner i samfunnet, også samlivsvold.

### **Holdning til kvinner og til samliv**

I tillegg til formelle likheter, kommer også holdninger til kvinner generelt og holdninger til samlivet. Det er ikke lenge siden at ekteskap ga mannen rett til å tukte sin hustru. En slik mentalitet henger igjen lenge etter at kvinner har fått store rettigheter innenfor ekteskapet og mulighet til skilsmisse. Opplæring i skolen, informasjon og undervisning både for gutter og jenter kan bidra til endringer i holdninger som kan forebygge mishandling av kvinner.

### **Individuelle faktorer**

Jenter som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen må bli støttet slik at de ikke havner i mishandlingsforhold. Hvorvidt de allerede eksisterende sentra for incestofre har lyktes i å gi slik støtte, er det lite eksakt kunnskap om. Slik kunnskap trengs og bør anvendes.

### **Forekomst av kvinnemishandling**

I Norge er det ikke gjennomført en nasjonal undersøkelse som kan gi svar på omfang av mishandling i parforhold. Levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå har spørsmål om opplevd vold generelt innenfor siste året. Omtrent 5 % av kvinner mellom 16-79 sier at de hadde opplevd dette. I 40 årsundersøkelsen rapporterte 5 % av kvinnene at de hadde vært utsatt for mishandling en eller annen gang i livet.

Den eneste norske befolkningsundersøkelsen med fokus på mishandling i parforhold, viser at 18 % av kvinnene (20-49 år) som levde eller hadde levd i et samlivsforhold hadde opplevd en eller annen form for voldelig handling i samlivet. 7 % «hadde blitt slått, 2% hadde i tillegg blitt sparket og fått knyttneveslag. 6 % av kvinnene rapporterte at de også hadde blitt jult opp og 3 % hadde også vært truet med eller utsatt for våpenbruk. Omtrent en fjerdedel av dem som rapporterte samlivsvold, hadde oppsøkt helsetjenesten på grunn av mishandlingen. Innenfor siste året hadde de 4% vært utsatt for en eller flere av disse handlingene (Schei B & Bakketeig LS, 1989).

Siden vi ikke har tall verken fra tidligere eller senere, vet vi lite om hvordan de endringer som har skjedd, har virket inn på forekomsten av mishandling i vårt samfunn. Sekundærforebyggende tiltak må i denne sammenhengen forstås som tiltak som kan hindre volden i å utvikle seg.

Herunder kommer også spørsmål om screening eller casefinding som strategi for å identifisere kvinner i mishandlingsforhold. Det er vanskelig å skille dette fra tertiærforebyggende tiltak. Det å forebygge de helsemessige konsekvensene vil ofte omfatte tiltak som også kan hindre at kvinnene blir utsatt for vold igjen. Et av områdene under sekundærforebyggende tiltak, er å

kartlegge og evaluere helsevesenets rolle i håndtering av mishandling innen rettsvesenet.

### **Helsevesenet**

Svangerskapsomsorgen og også andre deler av helsevesenet har i liten grad fokusert på mishandling. Enkelte akuttavdelinger har tatt opp problemet eksplisitt og arbeider med oppfølgingsrutiner. Innenfor primærhelsetjenesten er det også økende bevissthet om problemet. Innenfor gynekologi / obstetikk har det skjedd en utvikling på området. Det finnes imidlertid ikke noe spesialtilbud til mishandlede kvinner innenfor helsevesenet i Norge slik som tilfelle er i Sverige.

For å vurdere hvilke tertiærforebyggende tiltak som kan iverksettes, det vil si tiltak som kan hindre eller redusere de sosiale og helsemessige skader av mishandling, må man ha kunnskap om de helsemessige konsekvensene av mishandling.

### **Helsemessige konsekvenser av kvinnemishandling**

#### *Mishandling som dødsårsak*

Samlivsvold er en viktig dødsårsak for kvinner i reprodutiv alder. Mens dødsfall i forbindelse med svangerskap og fødsel er redusert til noen få tilfeller per år (ca 4–5 per 100 000 fødsler) i Norge, er dødsfall som skyldes drap av kvinnelig samlivspartner omtrent 10 per år. I rapporter fra USA heter det at vold også har fått en økt betydning som årsak til mødre dødelighet og at man har for lite kunnskap om overlappingen mellom disse fenomenene. I tillegg etterlyses det statistikk som kan gi svar på hvorvidt mishandling er en medvirkende dødsårsak ved selvmord og andre dødsfall. Fra andre undersøkelser vet vi at selvmordsforsøk er hyppigere hos kvinner i mishandlingsforhold enn blant andre kvinner (Bergman B, Brismar B, 1991).

#### *Mishandling som årsak til skader*

Fra amerikanske kilder har man konkludert med at mishandling er en viktigere årsak til skader hos kvinner enn ulykker. Ved legevakten i Trondheim, ble det registrert at 67 kvinner ble behandlet for skader forårsaket av partneren i løpet av et år (Bovim EKR et al, 1993). De mest alvorlige skadene omfattet kraniebrudd, hjernerystelse, brist på trommehinne og punktering av lunger. Det var ofte mange skader samtidig, hyppigst i ansikt og nakke.

#### *Mishandling en skjult årsak til mange somatiske sykdommer*

Etter hvert som det er blitt mer akseptert å snakke om vold i samliv, også til helsepersonell og forskere, har sammenhengen mellom mishandling og en rekke sykdommer blitt påvist. Dette gjelder ulike kroniske smertetilstander, som muskelsmerter og underlivssmerter. Det er også studier som viser at mage-tarmsykdommer kan ha mishandling som en forklaring (Lesserman J et al, 1997). Kvinner i mishandlingsforhold har også et høyere forbruk av helsetjenester generelt. Mishandling har betydning for behandlingsmulighetene. For eksempel kan det være vanskelig å etterfølge legens råd for en mishandlet kvinne ved sukkersyke og andre kroniske tilstander. Mishandling er

således både en risikofaktor for en rekke sykdommer, men også en faktor som kan påvirke mulighet for kontroll av kroniske lidelser og helbredelse.

### *Mishandling og reproduktiv helse*

Ofte innebærer de voldelige handlingen også seksuelle overgrep. Kontroll over seksuallivet er et viktig grunnlag for alle reproduktive valg. Denne rettigheten er truet i mishandlingsforhold. Det er få studier som er utført om sammenhengen mellom mishandling og legale aborter. Men de som er utført tyder på en klar sammenheng. Gravide mishandlede kvinner rapporterer hyppigere enn andre at svangerskapet var uplanlagt og uønsket (Steward & Cecutti, 1993).

Bekkeninfeksjoner og seksuelt overførte sykdommer er hyppigere blant mishandlede kvinner sammenlignet med andre (Schei B, 1991). Mekanismene er antagelig at voldelige menn hyppigere er utro og at oppfølging av behandlingsråd for kvinnene er hemmet av det voldelige forholdet.

### *Svangerskapet*

Flere undersøkelser tyder på at mishandling er en risikofaktor for lav fødselsvekt. I den eneste europeiske studien på områder (Grimstad et al, 1997) fant man også indikasjoner på dette. Studier av faktorer som kan forklare ugunstig svangerskapsutfall, har ofte vært gjort uten at man har tatt mishandling i betraktning. Det er heller ikke gjort studier av hvordan voldelig samliv virker inn på kvinnens helse, verken under eller etter svangerskapet. Her ligger det store utfordringer for helsevesenet, siden svangerskapsomsorgen er et av de største forebyggende programmer vi har. Her har helsevesenet potensiale for å påvirke kvinners og barns helse på lang sikt.

### *Avdekking av samlivsvold som sykdomsårsak.*

Hvilke pasienter skal få spørsmål om tilstanden/skaden kan skyldes samlivsvold? Dette er fortsatt uavklart innen helsevesenet. Erfaringer fra USA viser at rutinespørsmål om vold ved skademottak, øker andelen skader der årsaken ble erkjent som samlivsvold. Rutinemessig kartlegging av samlivsvold er også brukt innen svangerskapsomsorgen i USA. Kritiske røster til systematisk kartlegging av samlivsvold som årsak, har argumentert med manglende oppfølgingstilbud. Helsepersonell mangler kunnskap om hvordan de skal takle dette temaet. Arbeid med mishandlede kvinner i helsevesenet har hatt lav status. Det mangler henvisningsmuligheter og klare retningslinjer (Malterud, 1992).

### **Legale forhold**

Her har man gått i ulike retninger i ulike land. Det er verdt å vurdere de ulike erfaringene også i Norge. I flere stater i USA har man innført rapporteringsplikt på lignende måte som ved barnemishandlingssaker. I andre stater i USA er det ikke rapporteringsplikt, men dokumenteringsplikt for leger i mishandlingssaker. Det betyr at leger plikter å dokumentere opplysninger om mishandling i den medisinske journalen og at dette omfatter skadedokumentasjon når det er aktuelt. I Canada har politiet anmeldelsesplikt ved mishandlingssaker, men ikke legene. I Norge er det en generell erfaring at mishandlingssaker sjelden havner i retten av mange årsaker. Det er muligheter for

offentlig påtale ved mishandlingssaker, men for at det skal kunne skje må politiet nødvendigvis motta kunnskap om forholdet.

Hvorvidt en straffesak mot en mishandler, har sekundærforebyggende effekt, vet vi lite om. I Canada har tvungen behandling lenge vært et alternativ til fengselsstraff for anmeldte mishandlere, men det er ingen enighet om voldsutøvelsen minsker etter dette.

Kritiske røster har hevdet at menn dermed får oppmerksomhet og behandling, mens de mishandle kvinnene ikke får tilstrekkelig tilbud. Man vet også lite om hvordan kvinnes sikkerhet kan overvåkes, ved anmeldelse av mannen. I Norge kan mishandlede kvinner få gratis sikkerhetsalarm dersom de føler seg truet. Det er også en erfaring at rettsvesenets befatning med kvinnehushandling ikke bare dreier seg om strafferettslige forhold, men like mye når det gjelder saker som ligger inn under familieretten ( barnefordelingssaker, samværsrett o.l.). En pågående diskusjon er om barn i mishandlingsforhold skal betraktes som mishandlet og dermed betraktes som en sak for barnevernet. En mishandler kan også fradømmes retten til å oppholde seg i kvinnens kommune.

I Norge har man hatt tiltak som Alternativ til vold for mishandlere. Dette tilbudet til menn, kan i følge Per Isdal (personlig meddelelse) i hvert fall redusere volden ved oppbrudd av samlivet, noe som ansees som den farligste fasen for mishandlede kvinner.

### **Krisesentra**

Det første krisesenter for mishandlede og voldtatte kvinner i Norge, åpnet i 1978. Det er i dag krisesentre og eller telefoner rundt om i hele landet. Flertallet er underlagt et nasjonalt kontor. Krisesentrene gir tilbud om et trygt steds å være, støtte og hjelp til kontakt med hjelpeapparatet. De er delvis basert på frivillig innsats. Krisesentrene er fortsatt det eneste tilbudet som finnes som er spesialisert til å møte mishandlede kvinner. De som arbeider der gjør en enorm innsats, delvis frivillig ulønnet arbeid. Det finnes ikke noe tilsvarende innenfor det offentlige systemet, verken innen sosial- eller helsevesenet hvor mishandlede kvinner tilbys profesjonell hjelp .

### **Oppsummerende kommentarer**

Samlivsvold er potensiell dødelig. Alvorlige skader, kroniske sykdommer og varige effekter på kvinners helse er vel dokumentert såvel som konsekvenser for reproduktive valg og reproduktiv helse. For å kunne identifisere vold som relevant faktor for diagnose, behandling og muligheter for oppfølging trengs det både endring i kunnskapsnivå, holdninger og ferdigheter innad i helsevesenet.

### **Utfordringer**

Samlivsvold bør erkjennes som et viktig samfunnsmedisinsk problem. Utbredelsen bør overvåkes ved at opplysninger om dette inntas i de store helseundersøkelsene og at det foretas nasjonale undersøkelser med regelmessige tidsintervaller slik at man kan måle eventuelle effekt av tiltak.

Dødeligheten må overvåkes ved innføring av bedre registreringer og forhold kartlegges for å finne ut hvordan disse dødsfallene kan unngås (for

eksempel ved samme metode man bruker ved dødsfall ved reproduktive hendelser).

De helsemessige konsekvensene bør undersøkes på bred basis. Det bør opprettes spesialtiltak i helsevesenet.

Det bør utarbeides kriterier for kvalitetsmåling av helsevesenet på dette området, som kan overvåkes av helseforvaltningen.

Det er store behov når det gjelder undervisning av helsepersonell på området. Dette gjelder både definering av kunnskapsområdet, utarbeiding av undervisningsmateriale og kriterier for kompetanse innen de ulike profesjoner. Det trengs også diskusjon om sikring av spesialkompetanse for helsepersonell som har dette som spesialområde.

### *Litteratur*

Aslaksrud AM. Politiets etterforskningsarbeid-krav til legens dokumentasjon. i Bang L, Hydle I. (red). Mishandling og seksuelle overgrep. Oslo: Tano, 1992: 160–72.

Bergman B, Brismar B. A 5 years follow up study of 117 battered women. *Am J Public Health* 1991; 81: 1486–9.

Boulette TR, Andersen SM. Mind control and the battering of women. *Community Mental Health* 1985; 21: 109–18

Bovim EKR, Saltvedt I, Lereim I. Mishandling i ekteskap og samboerforhold. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 1695–7

Campbell JC. Abuse during pregnancy: progress, policy and potential. *Am J Public Health* 1998; 88: 185–7.

Gayford JJ. Wife battering: A preliminary survey of 100 cases. *Br J Med* 1975; i: 194–7.

Graff-Iversen S, Gjervik T, Lund-Larsen PG, Hjemmen A, Dalgard OS, Holmsen E. Sosialt nettverk, alkoholvaner og voldsskader hos kvinner og menn i Akershus fylke. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 3579–83

Grimstad H, Schei B, Jacobsen G, Backe B. Abuse and low birth weight. *Br J Obstet Gynecol* 1997; 104: 1281–7.

Harper M, Parson L. Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina. *Obstet and Gynecol* 1997; 90: 920–3.

Heise LL, Pitanguy J, Germain A. Violence against women. The hidden health burden. *World Bank Discussion paper*, 1994, 255.

Lenton RL. Power versus feminist theories of wife abuse. *Canadian Journal of Criminology* 1995; July: 305–30.

Lesserman J, Li Z, Drossman DA, Toomey TC, Nachman G, Glogau L. Impact of sexual and physical abuse dimensions on health status. *Psychosomatic Medicine* 1997; 59: 152–60.

Malteredud K. Samtalen som redskap i møtet med mishandlede kvinner. I Bang L, Hydle I (red). *Mishandling og seksuelle overgrep*. Oslo: Tano, 1992: 96–102.

Mc Farlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. *JAMA* 1992; 267: 176–8.

Schei B, Bakketeig LS. Gynaecological impact of abuse. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96: 1379–83.

Schei B. I kjærlighetens vold. I Schei B, Botten G, Sundby J (red). *Kvinne-medisin*. Oslo: Ad Notam Gyldendal 1993: 196–210

Schei B. Physically abusive spouse- a riskfactor of pelvic inflammatory disease? *Scand J Prim Health Care* 1991; 9: 41–5

Steward D, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *Can Med Association* 1993; 149: 1257-69

Straus MA. Measuring Intrafamily Conflict and Violence. The Conflict Tactics Scales. *J of Marriage and the Family*. 1979: february: 75-88.

Straus MA. Wife beating: How common and why? *Victimology* 1977/78; 2: 443-58

Walker LE. *The battered women*. London: Harper and Row, 1979

## 15.2 Voldtekt av kvinner

**Berit Schei, Medisinsk teknisk senter, Universitetet i Trondheim.**

### **Forekomst av voldtekt**

Det foreligger ingen norsk eller nordisk studie av forekomst av voldtekt. I en studie av et tilfeldig utvalg studenter i Trondheim, rapporterte 12 per 1000 kvinner voldtekt eller voldtektsforsøk foregående år (1).

Ordet voldtekt har tradisjonelt vært oppfattet som noe som skjer utenfor et samliv eller et parforhold. Dette har tidligere i mange land hatt juridiske implikasjoner ved at voldtekt som kriminell handling omfattet seksuelt samkvem med andre enn lovmessig hustru. Det er derfor blitt mer vanlig å snakke om seksuelle overgrep, et begrep som både omfatter overgrep både innenfor og utenfor samlivet.

I intervju med kvinner mellom 20 og 49 år rapporterte 5% at de en eller annen gang i livet hadde vært utsatt for voldtekt utenom parforhold. 10% rapporterte seksuelle overgrep i parforhold. Seksuelle overgrep er imidlertid ikke et juridiske begrep. I rettsvesenet brukes betegnelsen sedelighetssaker som en samlebetegnelse (2).

Voldtekt defineres som ved vold eller ved å fremkalle frykt for noens liv ellers helse, tvinger noen til utuktig omgang (2). Utuktig omgang omfatter foruten samleie også samleielignende handlinger. Andre begreper er utuktig handling og utuktig atferd. Disse faller utenfor definisjonen av voldtekt, men er også straffbare. Antallet anmeldte voldtekter har vært stabil fra 387 i 1991 til 369 i 1995 (3).

### **Helsemessige konsekvenser av voldtekt**

#### *Umiddelbare skader*

Voldtekt er et voldelige overgrep og kan medføre alvorlige fysiske skader i verste fall med døden til følge. Ved undersøkelse av voldtekts ofre ved mottaket i Trondheim, ble det hos 50 (35%) av ofrene påvist synlige skader. Det var omfattende skader med mistanke om indre blødning hos ett av ofrene. Hos ni forelå det åpne sårskader. Den største skadegruppen var overfladiske sår og blåmerker (4). I tillegg forekom det hos 18 (13%) skader på kjønnsorganene. Det var rifter og overfladiske slimhinneavskrapinger. Seksuelle overgrep er også forbundet med drap. For å kunne beregne hyppigheten av dette, må slike opplysninger inkluderes i kriminal og dødsårsaks statistikk.

Voldtekt er også forbundet med risiko for seksuelt overførbare infeksjoner. Redselen og muligheten for å bli smittet med HIV er tilstede. Andre infeksjoner er syfilis, hepatitt B, kjønns herpes, kjønnsvorter, gonorre og klamydia.

Det er vanlig ved alle mottak i Norge å gi forebyggende behandling til ofre for seksuelle overgrep for å forhindre seksuelt overførbare sykdommer. I land med høyere forekomst av HIV er det også innført rutiner for vurdering av risiko for HIV-smitte. Det kan gis forebyggende behandling, men med omdiskutert effekt.

Uønskede svangerskap kan skje som følge av voldtekt. Hyppigheten av dette er beregnet til en prosent av voldtektene. Ved mottak av voldtekts ofre i Norge gis det rutinemessig svangerskapsforebyggende behandling. Gravide kvinner er også utsatt for voldtekt. Det er vanlig å betrakte disse kvinnene som en risikogruppe i den videre oppfølgingen under svangerskapet.

### *Senvirkninger av voldtekt*

De fysiske skadene kan være så alvorlig at de kan gi varige plager. Infeksjoner og skader i kjønnsorganene kan føre til kroniske underlivssmerter og infertilitet. Det finnes få langtidsoppfølginger av ofre for voldtekt. I tverrsnittstudier rapporterer kvinner med voldtektshistorie også hyppigere kroppslige plager.

Påkjenningen som voldtekt representerer kan føre til psykiske plager. Krisereaksjonen som kan inntre etter voldtekt, ansees som en normal reaksjon på en 'unormal' hendelse. I den første fasen preges ofre av det akutte sjokket og reaksjonene kan vare fra timer til dager. Dette avløses av en fase der ofre kan utvikle kroppslige reaksjoner, søvnløshet, mareritt, gjenopplevelse av hendelsen, indre kaos og selvmordstanker ('reaksjonsfasen'). Reparasjonsfasen som følger, kan være preget av fortsatt gjenopplevelse og bearbeidelse av traume.

Varige psykiske lidelser etter voldtekt omfatter posttraumatiske stressforstyrrelser, kronisk angst og depresjon, selvmordstanker og selvmordsforsøk. De sosiale konsekvensene omfatter tap av venner og isolasjon. Tilliten til omgivelsene er brutt. Stadige påminnelser om hendelsen kan føre til at ofre skifter arbeidsplass og bolig.

### **Forebyggende tiltak**

#### *Primærforebyggende tiltak*

kan i denne sammenhengen forstås som det å hindre at voldtekt av kvinner skjer. Det er vanskelig å skille fra sekundærforebyggende tiltak som er tiltak for å forhindre nye overgrep av kjent overgriper.

#### *Forebyggelse kan i prinsippet skje*

1. ved å hindre at det finnes overgrepspotensiale hos menn
2. ved at det finnes karakteristika ved kvinner som tross møtet med menn med overgrepspotensiale greier å forhindre overgrepet
3. ved å forebygge risikosituasjoner der overgrepet kan skje. Det siste inkluderer å forhindre at menn med overgrepspotensiale får tilgang til potensielle ofre.

#### *Om hvilke faktorer som påvirker menns overgrepspotensiale.*

Det finnes forskning og kunnskap. Denne kunnskapen er særlig basert på undersøkelser av dømte seksualforbrytere. Dette kan gi et skjevt bilde av faktorer som påvirker overgrepspotensiale hos andre menn. Det er også på offer-

siden, dokumentert en rekke faktorer som skiller ofre fra andre. Den kunnskap vi har fra undersøkelser av kvinner som oppsøker hjelpeapparatet er dermed ikke representativ for gruppen overgrepsofre generelt. Men det er rapporteres ofte at voldtatte kvinner også har vært utsatt for overgrep tidligere i livet. Det er også gjennomgående at det er unge kvinner som oppsøker hjelpeapparatet. Enslige kvinner er også overrepresentert. En høy andel av dem som oppsøker hjelpeapparatet, rapporterer også alkoholinntak (64%) forut for overgrepet. (4).

En sosial modell av årsakene til voldtekt av kvinner, forutsetter at overgrepspotensiale hos menn kan påvirkes av sosiale faktorer. Innenfor en psykopatologisk modell ansees dette tvilsomt. En måte å forene disse modellene på, er å anta at en andel av voldtektene, blir begått av menn der sosiale faktorer spiller en liten rolle, mens en andel av voldtektene er likevel forebyggbar ved å redusere forekomst av de sosiale risikofaktorene.

Vi trenger bedre kunnskap om denne fordelingen, og her kan man både dra veksler på utenlandske studier og kunnskap fra arbeid med overgripere, både rettspsykiatrisk og klinisk.

Når det gjelder sosiale faktorer som kan påvirke overgrepspotensiale hos menn, har det vært pekt på individuelle forhold hos den enkelte overgriper, som for eksempel tidligere overgrepshistorie. Samfunnets holdning til voldtekt, formidlet på ulike sett, og den enkelte manns holdning til kvinner er også faktorer som er undersøkt. Innenfor denne type tenkning, blir det også relevant med tiltak for å styrke kvinnens generelle stilling i samfunnet og tilnærme seg problemet i et likestillingsperspektiv.

#### *Tertiærforbyggende tiltak*

vil i denne sammenhengen bety å redusere skadene hos kvinner som har vært utsatt for voldtekt både i akuttstadiet og når voldtekt er en del av bakgrunns-historien til kroniske sykdommer og tilstander.

#### *Terskel for å oppsøke hjelpeapparatet i akuttstadiet*

Tradisjonelt har ansvaret for å gi et voldtektsoffer medisinsk undersøkelse vært ansett som et rettsmedisinsk anliggende. Det var tidligere slik at politiet tok med seg kvinner til nærmeste sykehus eller lege. Dette er faktisk tilfelle for to av våre nordiske land, Finland og Danmark fortsatt. Norge ansees for et foregangsland i Norden, fordi vi tidlig la til rette forholdene for voldtatte kvinner innenfor en helsetjenestemodell.

I Oslo åpnet mottaket ved Oslo Legevakt i januar 1986, og mottaket ved Kvinneklubben i Trondheim i 1989. Begrunnelsen var å styrke helsetjenesten for voldtatte ved at kvinner selv kunne henvende seg uten å måtte ta kontakt med politi, og at behandling og oppfølging kunne skje uavhengig av kvinnens valg når det gjaldt rettslig forfølgelse av overgriper.

Mye er forbedret for voldtektsofre i Norge i løpet av denne tiden. Det er, i tillegg til de nevnte stedene, opprettet mottak i flere andre steder i Norge (for oversikt se referanse nr. 3). Disse varierer i omfang av frivillig innsats fra helsepersonell, hvilken del av helsevesenet som har ansvaret, og i grad av oppfølging og behandlingstilbud.

Det mangler fortsatt at denne type helsetjenester integreres i helsevesenets totale ansvar. Mangelen på dette, har ført til at det reelle tilbudet ved enkelte mottak i praksis er nedlagt.



I en sammenligning mellom kvinnelig studenter i et tilfeldig utvalg som hadde vært voldtatt/forsøkt voldtatt i løpet av siste året og studenter som oppsøkte voltektsmottak i Trondheim, fant man at bare 1/14 av dem som hadde vært voldtatt/forsøkt voldtatt hadde oppsøkt hjelpeapparatet.

Det første steget for å forebygge senvirkninger av voldtekt er å gjøre denne type helsetjenester tilgjengelig som en integrert del av virksomheten i helsevesenet og at ansvaret for denne oppgaven administrativt forankres i helseforvaltningen, med regelmessig kvalitetskontroll og oppfølging.

#### *Medisinsk behandling*

Det foreligger retningslinjer hovedsakelig basert på erfaringer fra Oslo. Desuten har Norsk Gynekologisk Forening inkludert mottak av voldtekts ofre i sine retningslinjer for behandling innen gynekologien. Det foreligger likevel mange uavklarte spørsmål når det gjelder omfanget av bruk av forebyggende behandling og kriterier for dette.

#### *Psykososial oppfølging*

Innen dette område, er det mindre enighet om tilnærming og om effekt med hensyn til forebyggende behandling. Den eneste oppfølgingsstudien i Norge, av Solveig Dahl, framhever at helsearbeidernes holdning ved mottak av voldtekts ofre kan ha avgjørende betydning for senere plager. Det betyr at kompetanse om psykologiske krisereaksjoner og evne til å snakke med kvinnene er nødvendig for god behandling også i akuttstadiet (5). Hvordan eventuelt senere oppfølging skal være, er det fortsatt lite systematisk erfaring med i Norge. Det er lite kapasitet på rådgiversiden og det er en generell erfaring at få voldtekts ofre benytter seg av henvisning til psykiatrisk poliklinikk (3). Når det gjelder beskrivelse av kompetanse og type oppfølging man skal velge, er det heller ingen enighet. Innenfor det psykiatriske miljøet også i Norge, er det en økende interesse for kriseintervensjon generelt. Det er imidlertid kontroversielt om denne metoden er den beste etter et traume som voldtekt. Her trengs det en debatt ut ifra forståelsen av behovet både for medisinsk og psykisk oppfølging av voldtekts ofre og forståelse av voldtekt som traume.

#### *Hjelp utenfor helsevesenet*

Det finnes en rekke selvhjelpsgrupper. Krisesentrene både tar imot kvinner etter voldtekt og formidler kontakt til denne type grupper. Denne aktiviteten er det viktig å bygge videre på. Det er samtidig viktig at denne type tilbud også evalueres. Det er også viktig at aktiviteten knyttes til helsetjenestens tilbud til voldtekts ofre ut ifra et ønske om en synergistisk effekt og muligheter for faglig dialog om innhold og type aktivitet.

#### *Rettsmedisinske forhold*

Det foreligger retningslinjer for prøvetaking og dokumentasjon ved voldtekt. Det er imidlertid en pågående diskusjon om kvalitet av denne dokumentasjonen og nytten av dem under rettslig behandling. Alle sakkyndig-erklæringer ved voldtekt skal sendes i kopi til den rettsmedisinske kommisjon, og kvalitetsbedømmes. Denne prosessen bør følges opp og kommunikasjonen mellom den rettsmedisinske ekspertisen og de kliniske mottak styrkes. Det bør også etableres et kontinuerlig samarbeid mellom enheter som tar imot

voldteksofre, slik at det kan foregå dialog om kvalitetsheving både av denne delen av mottaket men også de medisinske og psykososiale forhold.

### *Utsatte grupper*

Kvinner som kommer fra andre kulturer, som innvandrere eller flyktninger fra kriserammede områder har spesielle behov. Psykososiale senter for flyktninger bør styrkes og ha en landsfunksjon i veiledning innenfor dette område. Prostituerte utgjør en gruppe som har høy risiko for overgrep og trenger spesialtiltak.

### **Utfordringer**

#### *Samfunnsmedisinske utfordringer*

Det bør foretas regelmessig innhenting av befolkningsdata om voldtekt. Dette kan gjøres som ledd i levekårs/helseundersøkelser. Statistikk om konsekvenser av seksuelle overgrep, blant annet ved å inkludere seksuelle overgrep som medvirkende årsak i kriminal- og drapssaker.

#### *Helsetjenestetilbud*

Tilbudene til voldteksofre, bør standardiseres og krav om slike tjenester bør stilles i hvert fylke. Det bør opprettes ordninger som ikke baserer seg på bruk av ubetalte tjenester i helsevesenet. Man kan bruke modeller fra tiltak for andre tilstander når det gjelder kompensasjon for vaktbelastninger

#### *Utdannelse/kompetanse*

Det bør utarbeides kvalitetskrav til leger som arbeider med voldteksofre. Disse bør inneholde komponenter som kommunikasjon ved traumer, medisinsk behandling, rettsmedisinsk kunnskap og ferdigheter. Det er etablert et nordisk samarbeid om vold og helse (NordVold) med støtte fra Nordisk ministerråd. Utdanningsprogram kan utarbeides på nordisk nivå. Behovet for et slikt program bør kartlegges.

#### *Rettslige forhold*

Av forhold utenfor helsetjenesten, er politietat, rettsapparat og lovgivende forsamlinger viktige instanser for behandlingen av voldteksofre. Her foregår det debatt om endringer av lovgivning. Det er reist spørsmål om det finnes holdninger innenfor rettsapparatet som hindrer kvinner i å anmelde voldtektssaker.

#### *Hjelpetiltak utenfor helsevesenet*

Det bør etableres samarbeidsinstanser mellom frivillige organisasjoner og helsevesenet på dette område.

### *Litteratur*

1. Schei B, Muus KM, Bendixen M. Forekomst av seksuelle overgrep blant studenter i Trondheim. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2491–4.
2. Nordhelle G. Rettsapparatets hjelp til voldteksofre. I Bang L, Hydle I. Mis-

- handlling og seksuelle overgrep. Oslo: Tano, 1992: 173–80.
3. Nesvold H. Oslo Kommune: Helsetjenesten for seksualvoldsutsatte. Rapport fra jubileumsseminar 1996.
  4. Schei B, Muus KM, Moen MH. Medisinske og rettslige aspekter av voldtekt. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 30–3.
  5. Dahl S. Rape a hazard to health. Oslo: Scandinavian University press, 1993

### 15.3 Seksuelle overgrep mot barn

#### **Erik Kreyberg Normann, Barne- og familieetaten. Oslo kommune.**

I nesten alle samfunn, verden over, er seksuell omgang mellom voksne og barn forbudt. Dog finnes det enkelte samfunn der for eksempel seksuell omgang mellom gutter og menn er en del av et rituale for å bli voksen (1).

Seksualisert vold mot barn har kommet for dagen som en konsekvens av feministbevegelsen som startet i USA der kvinner fortalte om overgrep mot dem selv og barna. På 60-tallet hadde man en heftig debatt om forekomsten av barnemishandling. Mange påstod at dette ikke hadde noen rot i virkeligheten. På slutten av 70-tallet dukket en tilsvarende debatt opp rundt seksuelle overgrep med de samme rapportene fra ofre og mødre og med tilsvarende motargumenter.

I Norge har media, politikere og fagfolk vært opptatt av seksuelle overgrep mot barn siden midten av 80-tallet. Således er dette et relativt nytt fagfelt, og mye forskning gjenstår.

#### **Forekomst**

Et av de omdiskuterte spørsmålene har vært hvor stor forekomsten av seksuelle overgrep mot barn egentlig er. Det er gjennomført en rekke studier om dette i mange land. Forekomsten varierer betydelig, avhengig av spørsmålsstillingen, utvalget og metoden som er brukt (2). Studiene er derfor ofte ikke sammenlignbare. En rekke av undersøkelsene har lav svarprosent, noe som bidrar til å øke usikkerheten rundt resultatene. Ved et forsøk på å beregne forekomsten av seksuelle overgrep i Norge, kom Normann og medarbeidere til at omtrent 5% av befolkningen blir utsatt for gjentatte, alvorlige former for seksuelle overgrep før fyllte 18 år (2). Med alvorlig form for overgrep menes at offerets kropp skal ha vært berørt. En slik beregning inkluderer derved ikke episoder som blotting, slibrig tilsnakk og fremvisning av pornografisk materiale. Å ikke ta med dette kan representere en feilkilde fordi en blottere episode kan være svært dramatisk for offeret, selv om overgrepet ellers vanskelig kan sammenlignes med voldtekt eller det man tradisjonelt forbinder med begrepet incest.

Seksuelle overgrep mot barn har vært definert på mange forskjellige måter. Den vide definisjonen er at «seksuelle overgrep mot barn er enhver seksuell omgang mellom en voksen og et barn». I denne sammenheng er barn definert som yngre enn seksuell lavalder som er 16 år. Incest har tidligere vært definert som blodskam; seksuell omgang mellom kun nære familiemedlemmer. «Incest er seksuell omgang mellom nære familiemedlemmer i nedstigende eller horisontale linje, eller mellom en voksen i en foreldrerolle og et barn» er en vanligere brukt definisjon. På denne måten inkluderer man at de personene som er omtalt i Straffelovens §207 (foreldre, besteforeldre), §208 (søsken) og §209 (andre foreldrefigurer). Det er viktig at også adoptiv, foster- og stepforeldre inkluderes. Det er ikke det genetiske fellesskapet som

er avgjørende for hvor traumatisk et overgrep blir opplevd, men derimot maktrBruken og tillitsbruddet som blir størst når overgrepet utøves av en foreldrefigur (3).

Det har vært reist spørsmål om det oftere skjer seksuelle overgrep mot barn nå enn tidligere. Ved å dele respondentene fra forekomststudiene inn i alderskohorter, finner man at det ikke har vært noen nevneverdig økning eller reduksjon av seksuelle overgrep mot barn i løpet av dette århundret. Dette er i tråd med hva mange har ment, nemlig at fenomenet har vært der til alle tider og at den økte avdekningen av overgrep man har sett det siste tiåret kun er en økning i antallet avsløringer noe man mener er toppen av isfjellet fortsatt.

I følge mange av forekomststudiene ser det ut til at overgrepene starter først etter 10 års alder. Dette er ikke samsvarende med kliniske observasjoner, som for eksempel ved barneavdelingen ved Aker sykehus i Oslo. Flertallet av barna som henvises til undersøkelse ved Aker sykehus er i barnehagealder/tidlig skolealder (4). Det vil aldri være helt relevant å sammenligne epidemiologiske og kliniske studier. Det er sannsynlig at de epidemiologiske studiene «mister» de yngste barna. Ved å spørre en 40–50 år gammel kvinne som faktisk ble misbrukt før skolealder om hun ble utsatt for seksuelt overgrep som barn, er det tenkelig at hun vil svare benektende. I nevnte aldersgruppe vil mange barn ikke forstå at det de utsettes for egentlig er et seksuelt overgrep eller at overgrepet er av en slik karakter at barnet i stor grad har glemt det innen det kommer opp i voksen alder.

Kjønnsfordelingen er nokså lik i samtlige studier, med forholdet jenter: gutter som 2: 1 (2). Tidligere antok man at seksuelle overgrep var noe kun jenter/kvinner opplevde. Såvel epidemiologiske studier som kliniske materialer tyder på at en slik påstand er feil.

I Norge, som i de fleste andre land, ser det ut til at forekomsten av seksuelle overgrep fordeler seg jevnt, både med hensyn til geografi og sosioøkonomi.

### **Overgriper/overgrep**

Svært mange har vokst opp med foreldrenes advarsel om å se opp for «stygge menn». I forhold til seksuelle overgrep er det ikke disse som utgjør noen stor trussel mot barn. Langt de fleste overgrepene, i mange studier omkring 50%, utføres av kjødelig far. Dernest er det bekjente eller andre familiemedlemmer som er overgriperne. Ved Aker sykehus var det i perioden 1986–95 kun 4 % av barna som ble henvist grunnet overgrep eller forsøk på overgrep av fremmede (4). Dette gjelder for barn før puberteten. Etter puberteten øker andelen overgrep fra fremmede.

Slik rettssystemet fungerer i Norge, har overgriperne intet å vinne på å innrømme et overgrep. I flere stater i USA er det lagt opp til at en innrømmelse av et overgrep medfører lavere straff. Forutsetningen er imidlertid at overgriper går inn i et behandlingsopplegg. Hvorvidt det hjelper eller ikke er fortsatt usikkert. Psykolog Svein Mossige konkluderte etter en omfattende gjennomgang av foreliggende litteratur, at ingen behandlingsopplegg av overgriperne virker (1).

Typen overgrep som utføres er svært variabel. Det ser ut til, blant annet ved Aker sykehus, å være en viss forskjell mellom kjønnene. Guttene er utsatt for noe mere voldelige former for overgrep som anale samleier, mens jentene i større grad er utsatt for beføling. Dette endrer seg med alder. Fra omkring puberteten er det i hovedsak samleier, såvel anale som vaginale, barna utsettes for. Ved Aker sykehus har man mottatt barn som vært påført ett eller flere

medikamenter for å redusere motstanden fra barnet/ungdommen. I mange tilfeller har barnet mistet bevisstheten eller har redusert eller manglende hukommelse fra selve overgrepet (amnesi). Det er grunn til å anta at bruken av slike medikamenter er hyppigere forekommende enn hittil rapportert (4).

### **Langtidskonsekvenser**

Internasjonalt er det gjort flere studier på hvordan barna mestrer et seksuelt overgrep. Dog er det få studier av langtidsvirkningen av overgrep. Det henger sammen med hvor få år det hittil har vært mulig å følge misbrukte barn. Elizabeth Moore og medarbeidere har publisert resultatene av en 12 års oppfølging av misbrukte barn som mottok behandling tidlig i forløpet. I tillegg er det foretatt en litteraturgjennomgang (5). De viktigste faktorene for å lykkes i behandlingen er at foreldrene er optimistiske, støttende og trygge samt at barnet ikke er/har vært emosjonelt misbrukt. Dette gir en klar pekepinn om at det er meget viktig at når et overgrep først er oppdaget, så må foreldrene få nødvendig støtte, råd og veiledning. Behandlingen av foreldrene kan i mange sammenhenger være viktigere enn direkte behandling av barna.

### **Forebygging**

Det har vært stilt spørsmål om hvordan seksuelle overgrep mot barn kan forebygges. Enkelte har hevdet at det ikke lar seg forebygge. I USA har det vært gjennomført en rekke forebyggende program/opplegg i såvel skoler som barnehager. Psykolog Marte Førland gjennomgikk en rekke publikasjoner som hadde evaluert effekten av forebyggende programmer. Konklusjonen var at ingen av dem syntes å ha noen effekt (6). Det er sannsynlig at noe av det viktigste samfunnet kan gjøre er å rette fokus mot problemet samtidig som oppdagelsesfrekvensen er høyest mulig. Derved er risikoen for å bli dømt er størst mulig, noe som har allmennpreventiv virkning.

Det er fortsatt mye vi ikke vet om seksuelle overgrep mot barn, hvem overgriperen er og hvilke konsekvenser overgrep får for såvel barn som familie. Det er viktig at samfunnet holder fokus på problemene og at dette synliggjøres gjennom satsing på fagområdet. Dette må manifestere seg i konkrete tiltak som forskningsprogrammer, mulighet for fagfolk til å opparbeide kompetanse ved kongressdeltakelse i inn- og utland. Kompetansesentre innenfor de kliniske fagområdene (pediatri, barne- og ungdomspsykiatri, barnevern) og politi/påtalemyndighet/etterforskning må opprettholdes og videreutvikles. Det er viktig at seksuelle overgrep mot barn betraktes som en del av en større helhet – vold innen familien, som omfatter ekteskapsvold, -voldtekt, eldrevold og mishandling av barn der seksuelle overgrep er en spesiell form. Det er viktig å samle fagmiljøene i Norge som arbeider med voldsproblematikk. Dette bør skje gjennom et bredt tverrfaglig samarbeid der den somatiske helsetjenesten må samarbeide med både barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri samt barnevern og den øvrige delen av helse- og sosialvesenet.

### **Litteratur**

1. Mossige, S. Barneovergriperen. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
2. Normann EK, Tambs K, Magnus P. Seksuelle overgrep mot barn – et folkehelseproblem? Nord Med 1992; 107: 326–30.
3. Normann EK. Barn og seksuelle overgrep. Oslo: Ad Notam Gyldendal,

- 1993.
4. Normann EK. (10 års erfaringer med seksuelt misbrukte barn ved Aker sykehus, ikke publiserte data)
  5. Moore Em Armsden G, Gogerty PL. A twelve-year follow-up study of maltreated and at-risk children who received early therapeutic child care. *Child Maltreatment* 1998; 1: 3–16.
  6. Førland MD. Forebygging av seksuelle overgrep mot barn. Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt, 1992.

## 16 Overgangsalder og aldring

---

### 16.1 Underlivsproblemer i overgangsalderen

**Johanne Sundby, Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.**

I og etter overgangsalderen er kvinners reproduktive helse preget av at de, i motsetning til mennene, har avtagende produksjon av kjønnshormoner. Det er først og fremst produksjonen som foregår i eggstokkene som stopper opp. De kvinnene som har en del fettvev i behold fremdeles lager noe østrogen i dette vevet. Gjennom overgangsfasen vil mange kvinner oppleve en økning av premenstruelle plager som humørsvingninger og fysisk ubehag som hetetokter. Mange får mer uregelmessige blødninger. Dette er selvsagt et forbigående fenomen frem til blødningene stopper helt opp en gang i begynnelsen av femtiårsalderen eller noe seinere. Det kan være både hyppige og sterkere blødninger og mange kvinner tolererer dette dårlig. Det finnes imidlertid mange behandlingsformer. Noen av dem angriper 'årsaken' til blødningene, nemlig endringer i hormonproduksjonen, andre angriper målorganene, nemlig livmor og eggstokker. Før i tiden brukte man ofte utskraping som behandling, men det har man gått nesten helt bort fra. Nå er det mange som får tilbud om å fjerne livmoren, eller å fjerne slimhinnebunnen inne i livmoren. I gynekologien har det alltid foregått en diskusjon om man skal fjerne eggstokkene når man fjerner livmoren hos kvinnen, *i tilfelle* det senere skulle bli kreft i dem. Eggstokker er et organ man kan fjerne uten at det får livstruende (i motsetning til hjerte, lunger osv.) konsekvenser for organismen, i likhet med mandlene og blindtarmen. Likevel liker mange kvinner å vite at de fremdeles har sine eggstokker selv om de ikke lenger venter å produsere barn. Ingen ville foreslå å fjerne mannens testikler og risikoen for eggstokk-kreft er hos de aller fleste kvinner meget liten. Det samme argumentet gjelder i diskusjonen om man skal la livmortalappen stå igjen når livmoren fjernes. Sannsynligvis har det vært fjernet livmor og eggstokker på for mange kvinner i forhold til helsegevinsten. Mye tyder på at moderne kombinasjoner av hormonbehandling og mindre omfattende kirurgiske inngrep kan hjelpe de kvinnene som har de største plagene. En annen grunn til å skulle fjerne livmoren, er muskelknuter; dersom denne gir plager (tyngdefølelse, smerter, vannlatningstrang). Mange ganger er det de legene som liker å operere som gir råd til kvinnene. Rådene de får kan være preget av den enkelte legens subjektive oppfatning (han er ofte en mann!) eller valg av metode etter hva som er 'in' på hans avdeling for tiden. Mange kvinner får aldri noe reelt valg og det er store regionale forskjeller både i omfang av og type intervensjoner som for eksempel hysterektomi (fjerne livmoren). I og med at inngrep ikke alltid er livsviktige, burde dette være et område der kvinners eget valg gis mest betydning. For-

skning i andre land har vist at det er viktig å koble kirurgisk behandling med god rådgivning og medikamentell behandling etter operasjon.

### **Urininkontinens og livmorfall**

Andre plager som henger sammen med underlivsorganene og delvis med alderdom er urinveislekkasje og nedfall eller fremfall av skjedevegger og livmor. Dette er lidelser som ikke er farlige eller tar liv, men som i betydelig grad reduserer fysisk, seksuell og sosial livskvalitet for de kvinner som rammes. På grunn av kvinnens og mannens ulike anatomi, er lidelsene mange ganger hyppigere hos kvinner enn menn med unntak av urinlatingsproblemer hos eldre menn på grunn av prostatabesvær. Også ved inkontinens er tilgangen på utredning og behandling ikke godt nok utbygget ut over landet. Mange kvinner antas å lide i stillhet. De tar ikke problemet opp med sin lege, men finner middels gode løsninger på egen hånd. En aktiv holdning hos primærlegen overfor kvinner i overgangs- og eldre aldre kan være en måte å komme videre på. Forutsetningen er at det finnes et apparat som kan gjøre en systematisk vurdering på et godt faglig grunnlag, og tilby et utvalg av behandlingsmetoder med moderne hjelpemidler.

## **16.2 Eldre kvinners helse**

**Torgeir Bruun Wyller, Geriatrik avdeling, Ullevål sykehus Conrad Svendsen Senter, Oslo.**

### **Eldrebefolkningens kjønnsfordeling**

Kvinnens høyere levealder medfører overvekt av kvinner blant de eldre. Tendensen vil trolig forsterkes de kommende årene. Figur 8.41 viser hvilken prosentandel kvinner og menn over 80 år utgjorde av totalbefolkningen i 1996, samt prognose for 2005, basert på fremskrivning av folkemengden (mellomalternativet) fra Statistisk sentralbyrå (1997). Gamle menneskers helseproblemer er følgelig i stor grad gamle kvinners helseproblemer. Mange av de tilstandene som omtales i det følgende rammer isolert sett kvinner og menn likt, men har likevel spesiell betydning for kvinner fordi de er eldst.

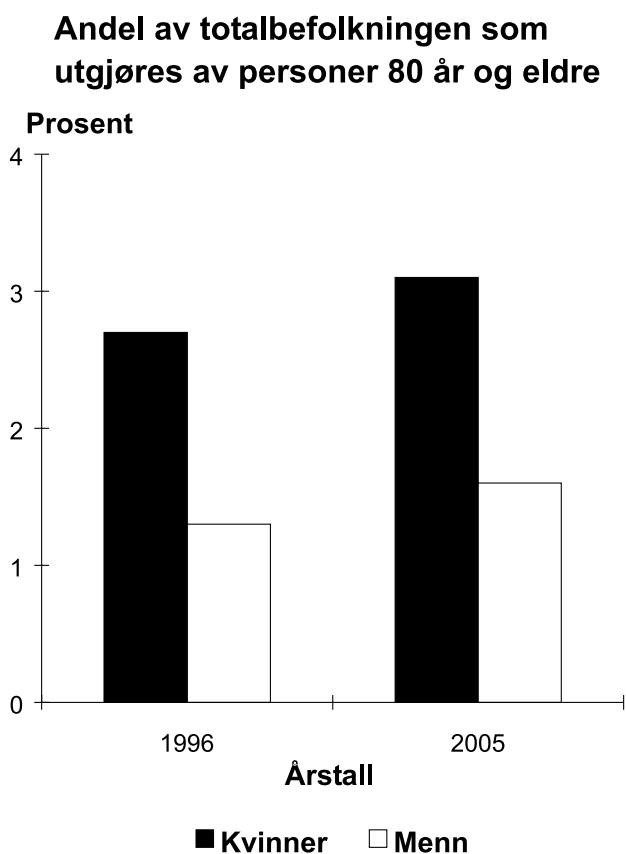
### **Spesielle forhold ved sykdom hos gamle**

#### *Gamle har ofte flere sykdommer samtidig*

Forekomsten av mange sykdommer øker med økende alder. Andelen av befolkningen som har flere kroniske sykdommer er derfor høyere hos de eldste, særlig de over 80 år. Når flere sykdommer foreligger samtidig, vil de som regel forsterke hverandres symptomer, diagnostikken blir mer usikker, og behandlingen mer komplisert. Situasjonen blir ytterligere forverret når den gamle med flere kroniske sykdommer får en akutt tilstand i tillegg. Et eksempel kan være en 85 år gammel kvinne med hjertesvikt, slitasjegikt i hoftene, sukkersyke og lett aldersdemens som legges inn på grunn av lungebetennelse. De kroniske sykdommene gjør forløpet av lungebetennelsen mer alvorlig, samtidig som den blir vanskeligere å diagnostisere og behandle. Samtidig fører lungebetennelsen til en forverring av de kroniske sykdommene.

### *Gamles symptomer er ofte uspesifikke*

Når gamle blir akutt syke, vil de gjerne få andre symptomer enn yngre. Uansett sykdom, vil den gamles symptomer ofte være preget av sviktende funksjon. Tre former for funksjonssvikt er særlig vanlige, nemlig sviktende tenkning (akutt forvirring), sviktende regulering av vannlatingen (urinlekkasje), og sviktende evne til å stå oppreist og holde balansen (falltendens) (Horan 1992).



Figur 8.41 Andel av totalbefolkningen som utgjøres av personer 80 år og eldre

### *Svikt i mentale funksjoner*

Akutt forvirring (delir) er en plutselig svikt i de mentale funksjoner. Tilstanden feiltolkes ofte som demens. Et delir utvikler seg imidlertid raskt (timer til dager), i motsetning til demens som utvikles over måneder. Delir forekommer hos anslagsvis én av fire pasienter over 75 år som innlegges akutt, men erkjennes ofte ikke. Tilstanden er en viktig indikator på underliggende akutt sykdom som trenger behandling (Grønn & Hunskår 1997; Laake 1997).

### *Urinlekkasje*

Urinlekkasje (inkontinens) hos gamle har mange ulike årsaker. Når urinlekkasjen oppstår plutselig hos en person som tidligere ikke har hatt slike prob-



lemer, vil den ofte være symptom på en akutt sykdom – som ikke nødvendigvis sitter i urinveiene (Straand 1997).

### *Falltendens*

Falltendens. Når et gammelt menneske faller flere ganger på kort tid, eventuelt plutselig får vansker med å reise seg fra liggende eller sittende stilling, vil det som regel skyldes en akutt kroppslig sykdom (Grønn 1997; Laake 1997).

De tre nevnte formene for funksjonssvikt vil altså i alminnelighet være uttrykk for at pasienten er akutt syk, men gir ingen holdepunkter for hva slags sykdom som foreligger. Opptreden av slike symptomer bør avstedkomme rask og kvalifisert utredning, da dette medfører bedret overlevelse, reduserte plager, og raskere og bedre funksjonell restitusjon (Sletvold et al. 1997). Det er imidlertid grunn til å tro at akutt syke gamle ofte ikke får hensiktsmessig helsehjelp (Sletvold 1997). Dette skyldes både mangelfull kunnskap og uhen-siktsmessig organisering.

### *Sykdom eller aldersforandringer?*

#### *Det kan være vanskelig å skille mellom sykdom og aldersforandringer*

Vansker med å skille mellom sykdom og aldersforandringer kan medføre både over- og underbehandling. Det er for eksempel grunn til å tro at mange gamle har en feilaktig hjertesviktdiagnose, blant annet fordi mange med alderen får fremmedlyder over lungene som kan feiltolkes som tegn på hjertesvikt (Laake 1997). På den annen side finnes det trolig gamle med uopdaget hjertesvikt, fordi kroppslig slitenhet – et viktig symptom på hjertesvikt – feiltolkes som uttrykk for normal aldring. Andre tilstander som trolig overbehandles hos gamle er høyt blodtrykk (Ekbom et al. 1994) og små hjerneslagtilfeller (transitoriske iskemiske anfall – TIA) (Ferro et al. 1996), mens depresjon (Laake 1997) og Parkinsons sykdom (Larsen 1991) trolig underbehandles.

### *Bivirkninger av legemidler*

#### *Gamle bruker ofte mange legemidler, og er utsatt for bivirkninger*

Siden mange gamle har flere sykdommer, bruker de gjerne flere legemidler. De ulike legemidlene kan påvirke hverandres effekter. Mange legemidler elimineres langsommere fra kroppen hos gamle. Biologiske aldersforandringer i kombinasjon med ulike sykdommer kan føre til at legemidlenes effekt blir annerledes hos gamle enn hos yngre. Samlet fører disse forholdene til at legemiddelbivirkninger sees hyppig hos gamle, og er en viktig årsak til funksjonssvikt og plager i eldre år (Straand 1997; Laake 1997).

### *Hjelp av venner og familie*

#### *Den sosiale situasjonen har særskilt betydning for følgene av sykdom i høy alder*

Sykdom hos gamle fører ofte til vansker med å ta vare på seg selv. Det sosiale nettverket får derfor stor betydning. Er nettverket svakt, vil sykdom hos gamle utløse behov for profesjonelle omsorgstjenester. I norske byer lever nær 80 % av kvinnene over 80 år alene (Straand 1997). Behov for profesjonelle

omsorgstjenester som følge av sykdom er derfor et uttalt kvinnehelseproblem.

### **Typiske aldersrelaterte sykdommer og plager**

Demens og hjerneslag viser svær overhyppighet hos gamle. Andre sykdommer av særlig betydning er hjertesykdommer, hoftebrudd, slitasjegikt (artrose), beinskjørhet (osteoporose), urinlekkasje (inkontinens), depresjon og sukkersyke. For alle gjelder at diagnostikk og behandling vanskeliggjøres av de forholdene som er nevnt i det foregående. Eksempelvis kan symptomene ved akutt hjerteinfarkt hos gamle være annerledes enn hos middelaldrende, og smerter kan være fraværende. Denne tendensen er muligens mest uttalt hos kvinner (Gurwitz et al. 1997). Sukkersyke forblir ofte uopdaget hos gamle. Samtidig er det usikkerhet omkring diagnostikken av sukkersyke hos de eldste, fordi blodsukkernivået øker med alderen (Laake 1997). Bein-skjørhet, hoftebrudd, urinlekkasje og depresjon er tilstander som er vanlige hos gamle, og vanligere hos kvinner enn hos menn. Disse sykdommene har derfor særskilt betydning for eldre kvinner.

### **Andre tilstander med særskilt betydning for eldre kvinners helse**

#### *Sansesvikt*

De fleste svaksynte er gamle. De viktigste årsakene til nedsatt syn i høy alder er aldersbetinget makuladegenerasjon («netthinneforkalkninger»), katarakt (grå stær) og glaukom (grønn stær). Grå stær skyldes at øyets linse blir uklar, og forekommer hos halvparten av alle 75-åringer, hyppigst hos kvinner (Carlsson & Sjöstrand 1996). Sykdommen behandles kirurgisk med godt resultat. Grønn stær skyldes øket trykk i øyet, og behandles effektivt med øyedråper hvis diagnosen stilles tidlig. Ved sen diagnose kan det skje uopprettelig skade på synet. Undersøkelse av øyetrykket er derfor viktig hos eldre. Grønn stær forekommer hos ca. 3 % av alle over 70 år, men det er uklart om det er kjønnsforskjeller i forekomsten (Mitchell et al. 1996; Dielmans et al. 1994). Aldersbetinget makuladegenerasjon forekommer hos ca. 40 % av alle 70-åringer, hyppigst hos kvinner (Klein et al. 1997). Det finnes vanligvis ikke effektiv behandling, og denne sykdommen er den viktigste enkeltårsak til redusert syn hos gamle.

Redusert hørsel er vanlig hos eldre. Hørselstapet skyldes som oftest presbycusis (aldersbetinget hørselstap uten kjent årsak), som er omtrent like vanlig hos begge kjønn (Gates & Cooper 1991). Høreapparat kan være til nytte, men fører aldri til fullstendig normalisering av hørselen. En del eldre gir opp bruken av høreapparat, fordi de ikke klarer å betjene det, fordi det er defekt, eller fordi de ikke synes det hjelper. De fleste gamle som har høreapparat har likevel glede av det (Laukli 1998).

#### *Hjertesvikt*

Ca. 10 % av gamle over 75 år har hjertesvikt (Laake 1997). Akutt forverrelse av kronisk hjertesvikt er en meget vanlig årsak til akuttinnleggelser av gamle i sykehus. Vanligste bakenforliggende årsak er koronar hjertesykdom (hjerteinfarkt, angina pectoris) og høyt blodtrykk. Hjertesvikt er vanskelig å diagnostisere, især hos eldre, og både under- og overdiagnostikk må antas å

forekomme. Prognosen er alvorlig; 50% av pasientene med betydelig hjertesvikt er døde i løpet av ett år (Laake 1997).

### *Parkinsonisme*

Parkinsonisme er et symptomkompleks bestående av skjjelving, stivhet i kroppen og langsomme bevegelser, som kan skyldes Parkinsons sykdom eller andre forhold, ofte legemiddelbruk. Tilstanden er vanlig hos gamle og jevnt fordelt mellom kjønnene (Rosenberg & Standnes 1997), men diagnosen blir ofte ikke stilt (Larsen 1991). Dette er uheldig fordi tilstanden kan behandles effektivt med medikamenter (ved Parkinsons sykdom) eller ved å endre eksisterende medikasjon (ved legemiddelindusert parkinsonisme).

### *Lavt blodtrykk ved oppreising (ortostatisk hypotensjon)*

Ortostatisk hypotensjon forekommer hos hver tredje til hver fjerde av alle over 65 år, likt for menn og kvinner (Raiha et al. 1995). Tilstanden kan føre til besvimelser og fall, i verste fall med alvorlige skader til følge. Viktigste forebyggende tiltak er å unngå legemidler som senker blodtrykket, samt å gi råd om relevante forsiktighetsregler.

### *Lavt stoffskifte (hypothyreose)*

Hypothyreose er vanligere hos kvinner enn hos menn. Forekomsten øker med alderen, og økningen er sterkest hos kvinner. Hos kvinner over 70 år angis forekomsten til rundt 4 % (Wahlberg 1989). Hypothyreose hos gamle kan være umulige å skille fra «normale» aldersforandringer, og er ofte preget av lett mental svikt, depresjon og en viss generell funksjonssvikt. Behandling med hormonet thyroxin i tablettform kan ha god effekt. Det er derfor av stor betydning å stille diagnosen, hvilket rettferdiggjør en liberal bruk av stoffskifteprøver hos eldre, især kvinner.

### *Litteratur*

Carlsson B, Sjöstrand J. Increased incidence of cataract extractions in women above 70 years of age. A population based study. *Acta Ophthalmol Scand* 1996; 74: 64–8.

Dielmans I, Vingerling JR, Wolfs RC, Hofman A, Grobbee DE, de Jong PT. The prevalence of primary open-angle glaucoma in a population-based study in The Netherlands. The Rotterdam Study. *Ophthalmology* 1994; 101: 1851–5.

Ekbom T, Lindholm LH, Odén A, Dahlöf B, Hansson L, Wester PO, et al. A 5-year prospective, observational study of the withdrawal of antihypertensive treatment in elderly people. *J Intern Med* 1994; 235: 581–8.

Ferro JM, Falcão I, Rodrigues G, Canhão P, Melo TP, Olivera V, et al. Diagnosis of transient ischemic attack by the nonneurologist. A validation study. *Stroke* 1996; 27: 2225–9.

Gates GA, Cooper JC. Incidence of hearing decline in the elderly. *Acta Otolaryngol* 1991; 111: 240–8.

Grønn S. Fall og falltendens hos gamle. I: Hunskaar S, red. *Allmennedisin. Klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997: 58–61.

Grønn S, Hunskaar S. Forvirring. I: Hunskaar S, red. *Allmennedisin. Klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997: 89–92.

Gurwitz JH, McLaughlin TJ, Willison DJ, Guadagnoli E, Hauptman PJ, Gao X, et al. Delayed hospital presentation in patients who have had acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1997; 126: 652–3.

Horan MA. Introduction - presentation of disease in old age. I: Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit HM, red. *Textbook of geriatric medicine and gerontology*, 4. utg. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992: 145–9.

Klein R, Klein BE, Jensen SC, Meuer SM. The five-year incidence and progression of age-related maculopathy: the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1997; 104: 7–21.

Laake K. *Geriatrici i praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1997.

Larsen J. Parkinson's disease as community health problem: study in Norwegian nursing homes. *BMJ* 1991; 303: 741–3.

Laukli E. Høreapparater - brukes de? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 1347.

Mitchell P, Smith W, Attebo K, Healy PR. Prevalence of open-angle glaucoma in Australia. The Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmology* 1996; 103: 1661–9.

Raiha I, Luutonen S, Piha J, Seppanen A, Toikka T, Sourander L. Prevalence, predisposing factors, and prognostic importance of postural hypotension. *Arch Intern Med* 1995; 155: 930–5.

Rosenberg S, Standnes B. Nervesystemet. I: Hunskår S, red. *Allmenntmedisin. Klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997: 311–39.

Sletvold O. Klar for utskrivning? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1262–3.

Sletvold O, Engedal K, Tilvis R, Jonsson A, Schroll M, Schultz-Larsen K, et al. *Geriatrisk utredning i Norden. Nordiske retningslinjer for spesialisthelsetjenesten i geriatri*. Oslo: Den norske lægeforening, 1997.

Statistisk sentralbyrå. *Framskrivning av folkemengden 1996–2050. Nasjonale og regionale tall*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1997.

Straand J. De gamle. I: Hunskår S, red. *Allmenntmedisin. Klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997: 649–59.

Wahlberg P. Hypothyreos hos äldre - en dold sjukdom. *Nord Med* 1989; 104: 39–40.

### 16.3 Demens

**Torgeir Bruun Wyller og Anne Brækhus, Geriatrisk avdeling, Ullevål sykehus, Oslo.**

#### **Hva er demens?**

Demens er et syndrom kjennetegnet av:

- Svikt i kognitive funksjoner som hukommelse, orienteringsevne, forståelse, abstrakt tenkning og vurderingsevne,
- Sviktende emosjonell (følelsesmessig) kontroll, og
- Sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets aktiviteter.

Symptomene varierer fra pasient til pasient. Hos rundt 80% er hukommelsessvikt første symptom, mens demens hos andre kan starte med språkproblemer (afasi), personlighetsforandring eller orienteringsvansker. Det er vanskelig å stille diagnosen tidlig i forløpet.

Mange forskjellige sykdommer kan føre til demens. De to vanligste er Alzheimers sykdom, der hjernecellene av hittil ukjente årsaker ødelegges, og vaskulær demens, som kan skyldes tilstopping eller forsnevring av hjernens blodårer (Engedal & Haugen 1996).

### **Forekomst**

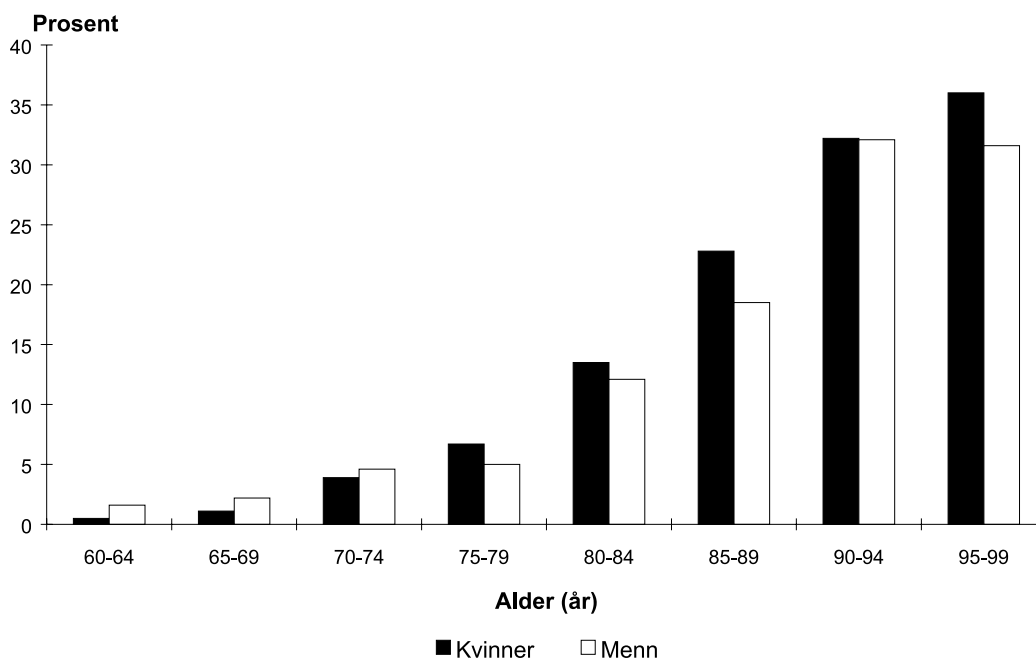
Anslag over andelen av befolkningen som har demens varierer betydelig som en følge av ulike diagnostiske kriterier. Figur 8.42 viser tall basert på undersøkelser gjennomført i flere europeiske land (Hofman et al. 1991). Det er en liten overvekt av menn med demens i de yngste aldersgruppene, og en betydelig overvekt av kvinner i de eldste. Siden det er et generelt kvinneoverskudd i befolkningen over 75 år, er demens en utpreget kvinnesykdom. Norske anslag (Engedal & Haugen 1993) viser samme mønster, men antyder en enda høyere forekomst blant kvinner. Det antas at 50 – 60 % av demenstilfellene skyldes Alzheimers sykdom og om lag 25% vaskulær demens, mens de øvrige tilfellene forårsakes av en rekke forskjellige sykdommer.

### **Alvorlighetsgrad og omsorgsbehov**

De fleste tilfeller av demens utvikler seg gradvis og fører etter hvert til en fullstendig hjelpeløshet. Gjennomsnittlig lever en Alzheimerpasient i 9–10 år etter at diagnosen er stilt (variasjon 2–20 år), mens pasienter med vaskulær demens oftest lever kortere (Engedal & Haugen 1996). For det enkelte individ er det imidlertid svært vanskelig å forutsi utviklingen. Sykdommen utvikler seg i ulikt tempo. Enkelte pasienter kan ha perioder der symptomene er forholdsvis konstante. Av mannlige demenspasienter bor omtrent 80 % hjemme og 20% i sykehjem, mens kvinnelige demenspasienter fordeler seg med omtrent 50 % på hvert sted (Engedal & Haugen 1993). Omlag 70 % av permanente sykehjems plasser er belagt av pasienter med demens (Engedal & Haugen 1993).

### **Diagnostisk utredning**

Demensdiagnostikk faller naturlig i to trinn: Først påvises demenssyndromet, og deretter kartlegges årsaken. Det er viktig å stille en presis diagnose så tidlig som mulig. Dette setter pasient, pårørende og hjelpeapparat bedre i stand til å mestre de ulike symptomene etter hvert som de melder seg. En tidlig og presis diagnose er videre en forutsetning for å tilby spesifikk behandling til de pasientene som kan ha nytte av det.

**Andel (prevalens) i befolkningen som har demens**

Figur 8.42 Andel (prevalens) i befolkningen som har demens

**Forebygging og medikamentell behandling****Forebygging**

Epidemiologiske undersøkelser tyder på at kvinner som bruker østrogen etter overgangsalderen oppnår en viss beskyttelse mot utvikling av Alzheimers sykdom (Tang et al. 1996; Kawas et al. 1997). Før det kan ansees som sikkert at østrogen virker beskyttende, må dette imidlertid også dokumenteres i eksperimentelle undersøkelser der kvinnene fordeles tilfeldig til bruk eller ikke-bruk av østrogen. Det finnes også data som kan tyde på at øket inntak av vitamin E samt bruk av betennelsesdempende legemidler som naproxen (Naprosyn, Napren) og ibuprofen (Ibux, Brufen) kan virke forebyggende (Årslund 1998). Også dette må foreløpig regnes som usikkert.

**Medikamentell behandling av demenssykdom**

En liten andel av demenstilfellene skyldes underliggende sykdommer (vitamin B12-mangel, lavt stoffskifte mv.), der behandling av disse kan ha en viss effekt på demenstilstanden. For de vanlige demenssykdommene, vaskulær demens og Alzheimers sykdom, finnes det imidlertid ingen helbredende behandling. En rekke legemidler som skal kunne redusere symptomene er imidlertid under utprøving (Årslund 1998). Donepezil (Aricept) (Rogers & Friedhoff 1996) er nylig registrert i Norge til bruk ved Alzheimers sykdom. Ikke alle vil ha nytte av medikamentet, men hos en del kan det bedre hukommelsen i et begrenset tidsrom (Engedal 1998).

### *Medikamentell behandling av ledsagende symptomer ved demens*

Demens ledsages ofte av kompliserende psykiatriske problemer, særlig depresjon, men også psykotiske symptomer, angst, aggresjon og uro. Mange demente kan få et bedre liv gjennom målrettet behandling av slike symptomer (Årslund 1998). De aktuelle legemidlene kan imidlertid gi alvorlige og plagsomme bivirkninger. Medikamentell behandling av ledsagende symptomer må derfor bygge på en grundig somatisk og psykiatrisk utredning, og effekten av hvert enkelt behandlingstiltak bør evalueres grundig.

### *Omsorgstjenester og miljøterapeutiske tiltak*

Symptomene ved demens er svært ulike både i type og omfang. Noen pasienter har bare en ganske lett hukommelsessvikt, mens andre er totalt pleietrengende. Demente trenger derfor differensierte og fleksible omsorgstilbud tilpasset den enkeltes problemer. Hjemmehjelp, hjemmesykepleie, dagsenter, korttids plass i sykehjem, bokollektiv, permanent sykehjemsplass, og plass i skjermet avsnitt i sykehjem er tiltak som kan bli aktuelle i forløpet av en demenssykdom. Det er avgjørende at omsorgstilbudene individualiseres etter behovene til den enkelte demente og hennes pårørende, og at personalet har de nødvendige kunnskaper, ferdigheter og holdninger for ivaretagelse av en slik pasientgruppe. God miljøterapi med god kontinuitet i personalgruppen sikrer de demente en best mulig trivsel, og bidrar til at demenssymptomene blir mindre påtrengende og plagsomme. I institusjoner bør demente være i små grupper, for eksempel på rundt 8 pasienter. Videre må alle demente, uansett omsorgstilbud for øvrig, sikres god medisinsk oppfølging av kompliserende og ledsagende sykdommer.

### **Pårørende til pasienter med demens**

Dementes pårørende får ofte tunge og følelsesmessig belastende omsorgsoppgaver. Slik omsorg har trolig positiv betydning for de dementes trivsel, og mange pårørende ønsker å yte betydelig grad av omsorg. Dette representerer likevel en belastning, særlig for kvinnelige omsorgsgivere (Grafström et al. 1994). Dementes pårørende har høy forekomst av depresjon, og dette gjelder særlig kvinnene (Gallagher et al. 1989). Belastninger som følge av å dra omsorg for personer med demens er følgelig et kvinnehelseproblem. Mange pårørende har lite kunnskap om demens og vil ha nytte av informasjonstilbud.

### *Utfordringer*

- Skaffe sikrere kunnskap om kjønnsfordelingen innen spesifikke undergrupper av demens.
- Gjøre eksperimentelle undersøkelser av effekten av østrogenbehandling på risiko for demens hos kvinner.
- Fortsette utbyggingen av et differensiert og fleksibelt behandlings- og omsorgstilbud av høy faglig standard i alle kommuner.
- Sikre alle demente psykososial støtte og en kontinuerlig og forpliktende medisinsk omsorg.
- Utvikle tiltak som også kan være til hjelp for de pårørende.
- Sikre alle pasienter med mistanke om demens, en rask og kvalifisert diagnostisk utredning.

*Litteratur*

Engedal K. Legemidler mot demens - for hvem og hvordan. *Demens* 1998; 2: 13-4.

Engedal K, Haugen PK. The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegians. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8: 565-70.

Engedal K, Haugen PK. Aldersdemens. Fakta og utfordringer. 2. utg. Sem: INFO-banken, 1996.

Gallagher D, Rose J, Rivera P, Lovett S, Thompson LW. Prevalence of depression in family caregivers. *Gerontologist* 1989; 29: 449-6.

Grafström M, Fratiglioni L, Winblad B. Caring for an elderly person: predictors of burden in dementia care. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994; 9: 373-9.

Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MMB, Clarke M, Cooper B, et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1989-1990 findings. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 736-48.

Kawas C, Resnick S, Morrison A, Brookmeyer R, Corrada M, Zonderman A, et al. A prospective study of estrogen replacement therapy and the risk of developing Alzheimer's disease. *Neurology* 1997; 48: 1517-21.

Rogers SL, Friedhoff LT. The efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease: results of a US multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Dementia* 1996; 7: 293-303.

Tang M-X, Jacobs D, Stern Y, Marder K, Schofield P, Gurland B, et al. Effect of oestrogen during menopause on risk and age at onset of Alzheimer's disease. *Lancet* 1996; 348: 429-32.

Årslund D. Medikamentell behandling av emosjonelle og kognitive forstyrrelser ved demens. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 560-5.

## **17 Kjønnforskjeller i sykdomsforekomst og behandling – Kan forskjellene forklares biologisk?**

---

### ***Kirsti Ytrehus, IMB, Universitetet i Tromsø.***

Menn og kvinners forskjellige roller i relasjon til forplantning, svangerskap og fødsel er naturlig nok den mest markante biologiske forskjellen mellom kvinner og menn hvor også de største forskjellene i helseproblemer har sitt utgangspunkt. I tillegg til dette kan vi finne en rekke andre eksempler på kjønnforskjeller hos mennesket. Innen viktige deler av menneskets biologi som immunforsvar og inflammasjon (betennelsesreaksjon), hjerte-karfunksjon, stoffskifte, endokrin funksjon, fordøyelse, hjerne og nervesystem øker både kunnskapen om og forståelsen av betydningen av biologiske kjønnsulikhet i relasjon til kvinners helse. De biologiske ulikhetene kan være en viktig årsak til forskjeller i sykdomshyppighet, diagnostiske kriterier, behandlingsbehov og behandlingssuksess. Andre forskjeller kan være uten betydning for helse, men kan være med på å forklare observasjoner i dagliglivet eller fra biologisk og medisinsk grunnforskning. Det er viktig å være klar over at mange biologiske forskjeller mellom menn og kvinner som grupper er små. På enkeltindividnivå kan de derfor overskygges av interindividuelle forskjeller. I parentes bemerket er det også lett å peke på biologiske forhold hvor det ikke er forskjeller mellom menn og kvinner.

En enkel måte å forklare biologiske ulikhet på er å ta utgangspunkt i velkjente forskjeller i kjønnshormon-produksjon hos de to kjønn. Denne forskjellen er tilstede fra fosterliv til alderdom. Et viktig poeng er at det dreier seg om konsentrasjonsforskjeller i den gruppen av hormoner vi kaller kjønnshor-



moner (spesielt østrogen og testosteron). Kjønnshormonene utøver ikke bare sin effekt på kjønnsorganer, men disse samme hormonene virker på mange, kanskje de fleste av kroppens organsystemer. Gjennom sine reseptorer (tilhørende «nuclear receptor superfamily») nært knyttet til cellens arvestoff og med en funksjon lik en transkripsjonsfaktor bidrar kjønnshormonene til å modifisere genuttrykket. Dermed kan både strukturell og funksjonell påvirkning oppstå. Nukleær-reseptorerens tilstedeværelse og tetthet vil så representere et annet nivå som også kan gi kjønnsavhengig biologisk ulikhet.

Et annet forhold det er viktig å påpeke, er skillet mellom effekter over lang tid og korttidseffekter. Kjønnbestemte hormonendringer kommer parallelt med og som en del av vekst og utvikling i barneår og pubertet, modning i voksen alder og aldring. Mange sykdommer forekommer med økende hyppighet med alder. Selv om målbare forskjeller i enkelte forhold hos menn og kvinner kan utviskes etter menopause så har individets biologiske historie også medvirket til utviklingen av den aktuelle helsetilstand. Forbigående effekter kan sees som en følge av forandringer i hormonnivå gjennom menstruasjonssyklus. I svangerskap kommer ytterligere hormonpåvirkninger. Forandringer i hormonnivå hos kvinner kan føre til at biologiske undersøkelser blir mere kompliserte, og har vært medvirkende til at mange medisinske undersøkelser utføres på menn for å lette standardiseringen. Slik oppstår også situasjoner hvor kvinner kan utgjøre flertallet av brukerne av et medikament mens menn kan være i flertall når utprøving og testing blir gjennomført. Tilsvarende argumenter forekommer også ofte i laboratorieorientert medisinsk forskning som tar utgangspunkt i vevsmateriale eller forsøksdyr.

### ***Inflammasjon (betennelse) og immun-respons***

Svært mange undersøkelser viser at det er kjønnsavhengige forskjeller i immunrespons og at dette har betydning også i helsemessig sammenheng. Dette har vært satt i sammenheng med den økte hyppigheten av mange former for autoimmun sykdom hos kvinner hvor immunforsvaret angriper egen kropp. Det nevnes at celle-mediert immunitet er redusert i situasjoner med høye nivåer av kvinnelige kjønnshormoner, men at dette nødvendigvis ikke gjelder eksogene antigener. Eksogene antigener er fremmedelementer som kommer utenfra, eksempelvis bakterier. På den andre siden nevnes at anti-østrogen fører til lavere nivå av sirkulerende immunoglobulin sekreterende celler og at kvinner har høyere immunoglobulin nivå. Det er også laboratorieresultater som antyder hormonavhengig tendens til større respons på eksogene antigener og kraftigere respons ved infeksjoner hos kvinner. Forenklet sagt gir dette både «positiv og negativ» innflytelse med hensyn til kvinners helse sammenlignet med menns helse. Eksempelvis, større risiko for leddgikt, men færre infeksjonssykdommer. Forskjellige utviklingsstadier i livet kan også antagelig påvirke betennescellers aktivitet, i større grad hos kvinner enn hos menn. Forskjeller kan bli mindre etter overgangsalderen og sykliske forandringer kan være tilstede før overgangsalderen. Svangerskap kan ha betydelig innflytelse. Kompleksiteten både i immunforsvar og i betennelsesreaksjonen, og de mange celletypene som er involvert krever laboratoriestudier på detaljnivå for full forståelse av disse forholdene og vanskeliggjør enkle slutninger. Det er klart at forskjellene er både en følge av en iboende egenskap hos mange av cellene i immunforsvaret, fordi de finnes igjen når cellene isoleres og studeres i laboratoriet, og en følge av påvirkning gjennom sirkulasjon av hormoner i blod. Stor interesse har vært knyttet til påvisning av

østrogenreseptorer i denne gruppen av celler, spesielt i de blodbårne cellene som kan hentes ut ved blodprøve. Både polymorfonucleære celler, monocytter og makrofager viser en østrogenfølsomhet som kan påvirke betennelsesreaksjoner.

Et forskningsmessige grunnlag basert på laboratoriestudier og cellestudier ble lagt for minst 10 år siden i dette feltet. Mye referansemateriale skriver seg fra -80 tallet.

Som et tillegg til dette kommer små forskjeller i kortisolnivåer mellom kvinner og menn både på døgnbasis og i et aldringsperspektiv som teoretisk sett kan påvirke betennelsesreaksjonen også hos friske.

### **Sirkulasjon – hjerte – blodårer**

Vi finner kjønnsavhengige forskjeller i hjertefrekvens (puls) og i karveggens funksjon. Hjertefrekvensen er i gjennomsnitt litt høyere hos kvinner enn hos menn. Forskjeller som har med impulsledning i hjertet har også vært rapportert (med kortere ledningstid i hjertet hos kvinner). Det er forskjeller i hyppighet av forskjellige typer hjerterytmeforstyrrelser som kan tenkes å henge sammen med de fysiologiske forskjellene.

Bakgrunnen for forskjellen i hjertefrekvens ligger antagelig hovedsakelig i det autonome nervesystemet og i kjønnsforskjell i balanse mellom sympatisk og parasympatisk hvilenivå. Voksne kvinner før overgangsalderen har antagelig en autonom balanse som går mer i favør av sympatikus ved hvile. Både hjertet og blodårer har cellulære reseptorer for østrogen. Blodåreveggen isolert sett, kan også vise et kjønnsavhengig responsmønster. Dette framkommer når karveggen stimuleres til kontraksjon eller dilatasjon ved hjelp av forskjellige faktorer. Det har vært antydning av holdepunkter både for langtidseffekter gjennom indirekte påvirkning av glatt muskulatur til demping av impulser og korttidseffekter gjennom forsterkning av utvidelse av blodårene i karveggene. I tillegg til dette har direkte effekter av østrogen på cellemembranfunksjon vært diskutert. Den direkte effekten av østrogen kan sammenliknes med en endogen kalsiumantagonisme. Denne effekten kan vises i laboratorieeksperimenter. Alle disse tre virkningsnivåene for østrogeneffekt på blodkarene synes å forsterke lokale faktorer som fremmer organgjennomblødning. Men når nervøs regulering av karsengen via balansen mellom sympatikus og parasympatikus også trekkes inn, vil karsenger som er under sterk kontroll av det sympatiske nervesystemet sympatikus ha dårligere blodgjennomstrømning under kontrollbetingelser. Kjønnsavhengige forskjeller i regulering av gjennomblødning kan dermed påvises på organnivå. Spørsmålet om hvorvidt dette også kan ha betydning for det kjønnsavhengige mønsteret i forekomst av hjerteinfarkt er ikke avklart, men noen antar at dette er en tilleggsfaktor som beskytter kvinnens hjerte-karsystem fordi hjertets karseng alltid er lite følsom for nevrogen regulering og under sterk metabolsk kontroll. Svært mange studier reiser også spørsmålet om ulikheter i blodtryksregulering hos kvinner og menn. Fordi blodtryksregulering er en svært sammensatt funksjon, kan årsaken til ulikhet i blodtrykk være summen av flere forhold (karveggens funksjon, baroresptor funksjon, det autonome nervesystem, det neuroendokrine samspill, angiotensin – renin systemet, renale forhold osv. osv.). Fordi sykdomsprosessen ved høyt blodtrykk er sammensatt av flere faktorer og fordi høyt blodtrykk mer framstår som et symptom og ikke et definert sykdomsbilde, vanskeligjøres enkle konklusjoner.

### **Stoffskiftet**

Spesielt fettstoffsiftet (lipidmetabolismen) peker seg ut som et område av stor interesse. Her kan det pekes på en rekke områder. Stikkordmessig kan nevnes biokjemiske prosesser i lever, lipoprotein og kolesterol stoffskifte samt konsentrasjonene av disse i blod og det nyopptagede hormonet leptin. Et eksempel fra leverbiokjemien er transport av fettsyrer i cellens cytosol hvor transport av langkjedede fettsyrer som palmitat i cytosol går raskere hos kvinner. I tillegg er det også kanskje et større væskevolum i lever hos kvinner samt et et større overflateareal hvor opptak av fettstoffer fra blod til lever kan finne sted. Dermed er det teoretisk sett tilrettelagt for bedre opptak og utnytting av fettsyrer i lever hos kvinner. Det finnes også fett-transporterende intracellulære proteiner i høyere konsentrasjon hos kvinner.

Kvinner har klart høyere nivåer av det nyopptagede fettregulerende hormonet leptin i sirkulasjonen. Det kommer stadig nye studier som i detalj tar opp regulering av kroppens fettmengde og hvilke forhold som endrer denne reguleringen.

Forskjellene i lipoprotein profil i blod mellom menn og kvinner i menstruerende alder er veldokumentert og vil ikke bli omtalt nærmere. Denne forskjellen er blant annet også en funksjon av forskjeller i leverstoffskiftet. Det er også spørsmål om kvinner forbruker mindre energi enn menn per tidsenhet etter korrigering for vekt. Mange undersøkelser viser en slik forskjell. Både tendens til lavere generelt nivå av fysisk aktivitet og tendens til lavere hvilestoffskifte hos kvinner ligger til grunn for dette spørsmålet.

På bakgrunn av lavere nivå av jern i kroppen hos menstruerende kvinner har oppmerksomhet også vært rettet mot forskjeller i spor-metallomsetning generelt. Lav jernbelastning er assosiert med bedre beskyttelse mot okydativ skade på strukturelle og funksjonelle molekyler og kjemiske forbindelser i biologien.

### **Nedbryting av og omsetning av fremmede substanser i kroppen**

Det er vist gjentatte ganger at omsetting av legemidler i kroppen kan være kjønnsavhengig. En rekke forhold bestemmer legemiddelomsetning i kroppen. Men igjen er kjønns- og hormonavhengige forskjeller i leverfunksjonen sentral.

### **Hormoner**

I tillegg til forskjeller i kjønnshormoner finnes også andre kjønnsavhengige forskjeller. Et hovedtrekk synes å være at østrogenpåvirkningen på hypotalamus – hypofyseaksen har stor innflytelse også på andre hormonsystemer. Et eksempel er veksthormonet. Dette hormonet kan måles i større konsentrasjoner i blod hos kvinner fordi utskillelsen fra hypofysen til blodbanen er større. I praksis brukes derfor forskjellige grenser for normalområder når konsentrasjonen av veksthormonet i blodet vurderes. Detalj kunnskap om hypotalamus og hypofyseaksens fysiologi er økende, men allikevel relativt sparsom. Et annet eksempel er skjoldbruskkjertel hormonet (tyroidehormon). Et tredje eksempel kan hentes fra binyrene som deltar i stressresponsen. Her diskuteres fortsatt muligheten for at kvinner og menn har forskjellig responsmønster på stress, men også at det kan finnes små forskjeller i for eksempel nivå i blod av kortisol.

### **Hjernen og nervesystemet**

Biologiske forskjeller kan deles i strukturelle forskjeller, funksjonelle forskjeller og forskjeller i celledrift (biokjemiske forskjeller). I tillegg kommer utviklingen og organiseringen av hjernen og nervesystemet. Hjernens volum, volum av de forskjellige delene av hjernen og celler relativt til volum er eksempler på strukturelle forhold som har vært undersøkt. Ny ikke-invasiv metodikk (nukleær medisin, computertomografi osv.) vil bringe denne forskningen inn i et mer hensiktsmessig og tolkbart spor. Det nå en etablert en forståelse for at både kvinnelige og mannlige kjønnshormoner har betydning for utvikling og funksjon i hjerne og nervesystem hos begge kjønn. I tillegg til påvisning av nucleære reseptorer er stor interesse knyttet til påvisning av og anatomisk lokalisasjon av aromatase. Dette er et enzymsystem som omdanner androgener (mannlige kjønnshormoner) til østrogener i hjerne og nervesystem og interessen knytter seg til betydningen av dette enzymsystemet utviklingsmessig og funksjonelt. En kompleks samspill mellom konsentrasjon av østrogener og av androgener, reseptortetthet og genuttrykk synes å utgjøre et potensielt substrat for biologiske forskjeller. Små forskjeller i nivå (konsentrasjon) av naturlig forekommende viktige kjemiske signalsubstanser (transmittorsubstanser) i hjernen har vært rapportert i enkle studier. Kunnskapen om de biokjemiske forhold i hjernen på dette området er foreløpig fragmentarisk. Det gjenstår derfor mye grunnforskning før dette kan gi grunnlag for å forklare kjønnsforskjeller i sykdomspanorama for eksempel innen psykiatrien.

### *Referanser*

Biver F et al. Sex differences in 5HT<sub>2</sub> receptors in the living human brain. *Neuroscience Letters* 1996; 204: 25–28.

Cooke JP et al. Sex differences in control of cutaneous blood flow. *Circulation* 1990; 82: 1607–15.

van Cauter E et al. Effects of gender and age on the levels and circadian rhythmicity of plasma cortisol. *J Clin Endocrinol Metabol* 1996; 81: 2468–2473.

Grossman C. Possible underlying mechanisms of sexual dimorphism in the immune response, fact and hypothesis. *J steroid Biochem* 1989; 34: 241–251.

Legato MJ Gender specific physiology: How real is it? How important is it? *Int J Fertil* 1997; 42: 19–29.

Luxon BA et al. Sex differences in multiple steps in hepatic transport of palmitate support a balanced uptake mechanism. *Am J Physiol* 1998; 274: G52–61.

Naftolin et al. Aromatase immunoreactivity in axon terminals of the vertebrate brain. *Neuroendocrinology* 1996; 63: 149–155.

Ng AV et al. Age and gender influence muscle sympathetic nerve activity at rest in healthy humans. *Hypertension* 1993; 21: 498–503.

Ostlund RE et al. Relation between plasma leptin concentration and body fat, gender, diet, age and metabolic covariates. *J Clin Endocrinol Metabol* 1996; 81: 3909–3913.

Pincus S et al. Females secrete growth hormone with more process irregularity than males in both humans and rats. *Am J Physiol* 1996; 270: E107–115.

Pelzer T et al. Modulation of cardiac hypertrophy by oestrogens. I *Hypertension and the Heart*, ed Zanchetti et al. Plenum Press New York 1997, side 83.

Storstein L Likestilling i medisinsk hjerteforskning – myte eller realitet, I Kvinnemedisin ed Schei et al. Ad Notam Gyldendal 1993, side 162.

Schwartz RS. Autoimmunity and autoimmune disease. I Fundamental immunology ed Paul WE  
page 1064, Raven press 1993.

Wingate S. Cardiovascular anatomy and physiology in the female. Critical Care Nurse Clin North Am 1997; 9: 447–452.

Xie CX et al. Gender-related considerations in clinical pharmacology and drug therapeutics. Critical Care Nurse Clin North Am 1997; 9: 459–467.

### **17.1 Effekt av legemidler – Er det forskjell på kvinner og menn?**

***Hedvig Nordeng, Institutt for farmakoterapi, Universitetet i Oslo.***

«Menn er fra Mars, kvinner er fra Venus» er tittelen på en bok av John Gray hvor forskjeller hos menn og kvinner beskrives populærvitenskapelig. Alle kan se at kvinner og menn er forskjellige anatomisk. At vi har forskjellig psyke er kjent, men at legemidler skal kunne ha forskjellig effekt på kvinner og menn, er relativt lite omtalt.

Under kvinnefrigjøringen var forskning på forskjellige effekter av legemidler på menn og kvinner upopulært. Kvinner og menn var like! I dag vet vi at kjønn, i tillegg til alder, arv, miljø og livsstil, er en faktor som kan ha betydning for effekt av legemidler. Det er tre perioder som skiller seg ut i en voksen kvinnes liv; svangerskapsperioden og tiden før svangerskapet og etter overgangsalderen. I disse tre periodene varierer ikke bare legemiddelbruken, men sannsynligvis også effekten av legemidler.

#### ***Kvinner og kliniske studier***

Kvinner og barn blir sjelden inkludert i kliniske utprøvinger på grunn av etiske betenkeligheter. Legemidler introduseres derfor som regel på markedet uten at dokumentasjon på effekt hos kvinner foreligger. Forskningsresultater på menn eller dyr overføres til å gjelde også for kvinner. Metodiske svakheter i studier som legemidlers effekt hos menn og kvinner, gjør evaluering av den beskjedne mengde dokumentasjon vanskelig. Skal kvinner og menn sammenlignes, bør man ta hensyn til alder, alkoholkonsum, røyking og bruk av p-piller. Flere har studert kvinners og menns fysiologi og observert at det finnes forskjeller i funksjoner hos friske menn og kvinner og hvordan sykdommer opptrer hos hvert av kjønnene (tabell 8.12). Slike forskjeller har vært brukt som argument for å kun bruke menn i kliniske utprøvinger av legemidler. Resultater fra studier av menstruerende kvinner er blitt regnet som usikre. I mange kliniske utprøvinger måtte alle kvinner som skulle inkluderes, bruke prevensjonsmidler da effekten på fosteret var ukjent. I mange tilfeller er riktig dose for kvinner aldri bestemt fordi kvinner har blitt utelukket fra fase I og II studier. I slike studier fokuseres det på å finne optimal dose i forhold til effekt og bivirkninger. Fra og med 1993 har det amerikanske «National Institute of Health» og «Food and Drug Administration» (FDA) stilt krav om inklusjon av kvinner i studier av medikamenteffekt.

#### ***Hva gjør at et legemiddel har effekt?***

Et legemiddel i tablettform som svelges vil oppløses i magen eller tarmen, og bli tatt opp i blodet. Noe av legemidlet vil kanskje ikke bli tatt opp i det hele

tatt, eller bli brutt ned før det kan gi effekt. Legemidlet i blodet vil være bundet til proteiner eller være i fri form. Bare den frie fraksjonen av legemidlet kan gi effekt. Når denne delen av legemidlet når målorganet, vil det virke inn på reseptorer, som en nøkkel i ett nøkkelhull og gi effekt. Legemidlet vil bli brutt ned etterhvert som det fraktes rundt i kroppen. Nedbrytningen skjer hovedsakelig i lever, og utskillelsen gjennom nyrene eller via avføringen. Gis et legemiddel i for lav dose, vil optimal effekt ikke oppnås. For høy dose øker risiko for bivirkninger. Kjønnforskjeller i effekt av legemidler er resultatet av strukturelle og funksjonelle forskjeller i kvinne- og mannskroppen.

### **Forskjeller i legemiddelomsetning hos kvinner og menn**

Denne type forskjeller kalles også farmakokinetiske forskjeller. De påvirkes av legemiddelets kjemiske egenskaper, kroppens væskevolum, fettmasse, proteinbinding av legemiddelet og metabolisering av legemidler. Strukturelle og funksjonelle kjønnforskjeller i hjerte/kar, nyre, lunge og mage/tarm-systemet påvirker i varierende grad effekten av legemidler (tabell 8.12). Det er viktig å vurdere klinisk relevans av slike kjønnforskjeller. En gjennomgang av kjønnforskjeller i farmakokinetiske faktorer konkluderte med at kvinner generelt vil oppnå høyere nivåer av psykofarmaka i blodet enn menn (Hamilton 1995).

Opptak av et legemiddel fra mage-tarmkanalen avhenger av legemidlets fettløslighet og syre/base-egenskaper i tillegg til mage-tarmkanalens fysiologi. Selv om studier gir delvis forskjellige resultat, virker det som om kvinner skiller ut mindre magesyre enn menn (Datz 1987). Dette påvirker opptak av noen legemidler, og teoretisk vil svake baser (f.eks psykofarmaka) bli tatt opp mer fullstendig i kroppen hos kvinner.

En annen mulig årsak til kjønnforskjell i effekt av legemidler er at kvinner har mer fettvev enn menn. Fettløslige legemidler (f.eks diazepam, tetra-cykliner) vil ha tiltrekning til fettvevet, og dermed vil kvinner ha lavere konsentrasjoner av legemidlet i blodet enn menn. Etter langtidsdosering kan legemidlet lagres i fettvevet og noe som gir lenger nedbrytningstider og forhøyede plasmakonsentrasjoner av legemidlet hos kvinner (Yonkers 1992).

**Tabell 8.12:** Anatomiske og fysiologiske forhold hos menn, ikke-gravide kvinner og gravide kvinner (Silvaggio 1994, Ljunggren 1987).

|                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| Vekt                           | menn > gravide kvinner > kvinner |
| Fettvev                        | gravide kvinner > kvinner > menn |
| Magesyre produksjon            | menn > kvinner > gravide kvinner |
| Nedbrytning i lever            | menn > kvinner                   |
| Blod-gjennomstrømning i nyrene | gravide kvinner > menn > kvinner |
| Lunge funksjon                 | menn > gravide kvinner > kvinner |
| Hjertets slagvolum             | menn > gravide kvinner > kvinner |
| Plasma proteiner               | menn, kvinner > gravide kvinner  |

Mange legemidler brytes ned i leveren. Genetiske forskjeller i leverenzymenes aktivitet har størst betydning for nedbrytning av legemidler og får stor klinisk betydning. Det er påvist at unge kvinner har cirk a 40% høyere aktivitet i et av de viktigste enzymer involvert i metabolisering av legemidler (CYP

3A4). Dette har resultert i raskere nedbrytning av blant annet erytromycin, verapamil og midazolam hos kvinner. Menn har høyere aktivitet i andre leverenzymmer (CYP2C19, CYP1A2, dihydrouracil dehydrogenase) (Harris 1995). Omdannelsen av legemidler til mer vannløslige stoffer via konjugering skjer sannsynligvis raskere hos menn (Harris 1995). Det er også rapportert kjønnsforskjeller i nedbrytningsmønsteret for propranolol, diazepam, isorbidnitrat, acetylsalisylsyre og heparin (Harris 1995, Sipes 1986).

Legemidler skilles til slutt ut. Hovedsakelig skjer dette gjennom nyre, lever eller lunge. Fysiologiske forskjeller i utskillelse av legemidler gjør kjønns spesifikk effekt av legemidler teoretisk mulig (Sipes 1986). Det er også viktig for ammende kvinner å vite at legemidler kan skilles ut gjennom morsmelk.

For legemidler hvor det er liten forskjell mellom terapeutisk og toksisk dose, er det viktig å ta kjønn i betraktning når dosering skal bestemmes. Legemidler med bred terapeutisk bredde vil ofte ikke ha klinisk relevante kjønnsforskjeller i legemiddelomsættningen og heller ikke kreve dosejusteringer.

Vi har svært liten kunnskap om kjønnsforskjeller i måten legemidler virker ved målorganet (farmakodynamikk) hos mennesker. Muligens har psykofarmaka (Harris 1995) og legemidler som påvirker hjertet (Kitler 1994) forskjellig virkning på menn og kvinner, men den kliniske betydningen er uviss.

### ***Hormonell innflytelse- kjønnshormoner og menstruasjonssyklusen***

Menstruasjonssyklusen kan deles inn i to faser hvor nivået av naturlige kjønnshormoner østrogen og progesteron varierer. Det er kjent at kjønnshormoner kan påvirke kvinners humør og psykiske tilstand. Premenstruelt syndrom opptrer hos 20 % av alle menstruerende kvinner og har vært foreslått som konsekvens av fluktuasjoner i kjønnshormoner (Klaiber 1979). En mulig årsak til postpartum depresjoner (opptrer hos 10 – 20 % av alle fødende) er lavt nivå av østrogen etter fødselen (Hendrick 1998). Østrogen brukes forsøksmessig som behandling. Muligens er hormonsyklusen årsaken til varierende konsentrasjoner av noen legemidler i blodet under menstruasjonssyklusen. En nylig publisert oversiktsartikkel av Kashuba (1998) på menstruasjonssyklusens innvirkning på legemidler ser kritisk på tidligere studier og rapporter. Statistisk påvisbare forandringer i plasmakonsentrasjon under menstruasjonssyklusen er blant annet rapportert for litium, nitrazepam, diazepam, fenytoin, alkohol (Kashuba 1998) og for propranolol (Hamilton 1995). I en godt gjennomført studie på 40 pasienter (Stewart 1994) ble det for fluoxetin ikke påvist noen signifikant variasjon i plasmakonsentrasjon gjennom menstruasjonssyklusen. Det samme er blitt påvist for salicylater, fenazon og paracetamol (Hamilton 1995). Den kliniske relevansen av variasjoner i plasmakonsentrasjoner ble ansett som liten. Behovet for prospektive klinisk kontrollerte studier på betydning av menstruasjonssyklusen for effekt av legemidler, ble fremhevet. Kjønnshormoners påvirkning av leverenzymers aktivitet eller konkurrerende nedbrytning i lever mellom kjønnshormoner og legemidler er to foreslåtte forklaringer på varierende effekt av legemidler gjennom menstruasjonssyklusen (Hamilton 1995, Kashuba 1998).

Legemidler kan påvirke hverandres nedbrytning når de brukes samtidig. Resultatet kan bli økt eller redusert nedbrytning. Dette vil påvirke legemiddelkonsentrasjoner i blodet. Bruk av p-piller kan føre til slike forandringer

(Stockley 1996, Fazio 1991, Teichmann 1991). I en gruppe var konsentrasjonene av et antidepressivum (imipramin) i blodet så høye ved samtidig bruk av p-piller at imipramindosen måtte reduseres til en tredel av opprinnelig dose for å unngå toksisitet (Abernathy 1984). Da omtrent 30 % av kvinner i aldersgruppen 15–55 år bruker p-piller, og hormonerstatning etter menopausen blir vanligere, kan disse interaksjonene ikke ignoreres. Nedsatt effekt av p-piller er observert med alle antiepileptika unntatt valproat. Dette kan føre til uønskede graviditeter.

Det finnes ett legemiddel i Norge som bare er registrert til bruk hos menn, og hvor effekt hos kvinner ikke er påvist. Virkestoffet er tirilazad (Freedox®) med bruksområde «subarachnoidalblødning (hjernehinneblødning) hos menn» (Felleskatalogen 1997/98).

### **Gravide kvinner- en helt spesiell gruppe kvinner**

Epidemiologiske studier har beregnet at omtrent 80 % av gravide bruker ett eller flere legemidler under svangerskapet (Irl 1997, Bonassi 1994). De fleste legemidler passerer morkaken, deriblant psykofarmaka (nervemedisin), og kan påvirke fosteret. Generelt anbefales tilbakeholdenhet ved bruk av psykofarmaka under graviditeten. Kvinnens nytte av medikamenter må veies mot mulig risiko for fosteret. Fysiologiske forandringer i kroppen under graviditet er mange (tabell 8.12) (Loebstein 1997). For noen legemidler er det kjent at doseendringer må gjøres for å opprettholde terapeutisk effekt under graviditeten, blant annet for antiepileptiske midler (Bologa 1991, Lander 1991). Flere legemidler underdoserer hos gravide, sannsynligvis av frykt for å påvirke fosteret. Et eksempel på dette er mesalazin. Noen sykdommer (epilepsi, diabetes) innebærer større risiko for barnet enn legemidlet i seg selv. Fra myndighetenes side stilles det i dag krav til legemiddelprodusentene om å informere om legemidlet til gravide og ammende, men generelt resulterer dette i en advarsel mot bruk hos disse to gruppene. Produsenten tar ingen risiko og anbefaler ikke bruk med tanke på mulig erstatningsansvar. Preparatomtalene blir i tillegg sjeldent oppdaterte når nye data vedrørende bruk hos gravide eller ammende kvinne produseres. Når legen gir én beskjed og legemiddelprodusenten en annen, blir resultatet for den gravide kvinnen ofte forvirring og feilbruk av legemidlet. Informasjon til gravide om riktig legemiddelbruk bør være et fremtidig satsningsområde. Overvåkningsstudier av gravide med fokus på legemidlers effekt og optimal dosering hos mor og barn er nødvendig for sikrest mulig legemiddelbruk under svangerskapet. Svært få legemidler er påvist å forårsake misdannelser hos fosteret, men vi vet ennå lite om andre typer skader. Mange spørsmål om langtids effekt av legemiddeleksponering på fosterstadiet er ennå ubesvart. Dette bør studeres ved langtids-oppfølgingsstudier av disse barna.

### **Overgangsalderen – en stor forandring i kvinner liv**

Mange forandringer skjer i overgangsalderen. Forandringer i hormonbalansen påvirker endotelfunksjon, koagulasjonsfaktorer, lipidprofil og benmasse. Hvilken betydning dette har for effekt av legemidler, er svært usikkert. Alder og bortfall av østrogen er viktige faktorer for effekt av legemidler og sykdomsprevalens etter menopausen. Interaksjon av legemidler med østrogen brukt som hormonerstatningsterapi blir mer og mer aktuelt. En undersøkelse i 1998 viste at cirka 30 % av norske kvinner i alderen 50–59 år brukte hormon-



substitusjon (Søgaard 1998). Effekter av legemidler før og etter menopausen er et område der kunnskap og systematiske studier er mangelvare.

### ***Bivirkninger opptrer hyppigere hos kvinner enn hos menn***

Bivirkninger ble definert av Verdens helseorganisasjon (WHO) som enhver skadelig, utilsiktet eller uønsket effekt av et legemiddel gitt i normale doser. Noen bivirkninger er blitt observert oftere hos kvinner enn hos menn: tardive dyskinesier, Parkinsonslignende forstyrrelser og hematologiske forstyrrelser (Yasser 1992). Bivirkninger knyttet til bruk av litium mot psykoser ser ut til å opptre oftere hos kvinner enn hos menn (Bottinger 1979). I 1996 opptrådte 61 % av bivirkningene rapportert til Bivirkningsnemnda i Norge hos kvinner (Nytt om legemidler 1997). Sentralnervøse reaksjoner utgjorde 10 % av de rapporterte bivirkningene. I Sverige er tallene lignende (Jämstalsvärd, SOU 1996). Det er flere mulige årsaker til at det rapporteres flere bivirkninger hos kvinner. Den viktigste årsaken er at kvinner generelt sett bruker mer legemidler enn menn og mottar større doser legemiddel i mg per kilo siden kvinner veier mindre enn menn. Risikofaktorer for bivirkninger er alder, undervekt, antall legemidler som brukes samtidig og lengde på sykehusopphold (Kando 1995). Ved vurdering av kjønnsforskjeller i bivirkningsforekomst, må skjevhet i legemiddelbruk, spontan bivirkningsrapportering, sykdomsprevalens, polyfarmasi og alder tas i betraktning.

### ***Forskjeller i effekt av psykofarmaka hos menn og kvinner***

Psykofarmaka er en gruppe legemidler med virkning på sentralnervesystemet. De inndeles i undergrupper etter hvilke effekter de gir. Psykofarmaka med depressiv effekt inkluderer hypnotika og sedativa som brukes hovedsakelig mot søvnforstyrrelser, anxiolytika som brukes mot angst og antipsykotika som brukes ved alvorlige psykoser. Psykofarmaka med stimulerende effekt inkluderer antidepressiva (SSRI, tricykliske antidepressiva) mot depresjoner, og psykostimulantia.

I løpet av de siste 20 årene har forskning økt forståelsen vår for de faktorer som påvirker bruken av psykofarmaka. En av disse faktorer er kjønn. Signifikante kjønnsforskjeller er også blitt beskrevet for forekomsten av psykiske lidelser (Linzer 1996, Weissman 1977), for antall legebesøk (Kessler 1981) og for antall foreskrevne legemidler per legebesøk. En oversiktsartikkel (Lewis-Hall 1996) omtaler spesielt kjønnsforskjeller i effekten av psykofarmaka og påpeker at det er gjort lite for å undersøke kjønnsforskjeller i effektiviteten, dosering og bivirkninger av psykofarmaka. Dette fører til et tomrom med hensyn på informasjon og kan ha kliniske negative konsekvenser både for menn og kvinner.

### ***Antidepressiva***

Genetiske forskjeller i nedbrytning av tricykliske antidepressiva (TCA) er hovedårsaken til store individuelle variasjoner i plasmakonsentrasjonene. Andre faktorer som bruk av flere legemidler samtidig, sykdomstilstander, alder og kjønn kan i tillegg virke inn. De studiene, som er utført på TCA, har stridende resultater. Mye tyder på at kvinner oppnår høyere plasmakonsentrasjoner av imipramin enn menn, men ikke ved bruk av amitriptylin eller nortriptylin. (Yonkers 1992). Desipramin nedbrytes raskere hos kvinner enn

hos menn (Greenblatt 1989). En studie på 110 innlagte pasienter viste at kvinner over 50 år oppnådde høyest plasmakonsentrasjoner av amitriptylin og kunne dermed redusere dosen (Prescorn 1997).

I Norge er det per i dag registrert fem legemidler som klassifiseres som selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI) (citalopram, paroxetin, fluvoxamin, sertralin og fluoxetin). Få studier har inkludert begge kjønn i stort nok antall slik at kjønnsforskjeller i effekt kan vurderes. En upublisert norsk studie på 370 pasienter med depresjon der tre former for depresjonsbehandling ble sammenlignet i et randomisert design, viste bedre effekt av sertralin på kvinner enn på menn (Malt 1998). En oversiktsartikkel (Prescorn 1997) omhandler SSRI beskriver betydning av kjønn og alder for sertralin med plasmakonsentrasjoner 35–40% la vere hos unge menn, enn hos eldre menn og kvinner i alle aldre. Ingen forandring i plasmakonsentrasjon med alder ble observert for fluvoxamin, men hos menn var plasmakonsentrasjonene 40–50% la vere enn hos kvinner. Dette kan ha klinisk betydning.

### *Antipsykotika*

Flere studier vedrørende kjønnsforskjeller i effekt finner at kvinner trenger lavere dosering av psykofarmaka enn menn. Dette ble observert for pimozid og fluspirilen (Yonkers 1992). Høyere plasmakonsentrasjoner hos kvinner enn hos menn sees ved sammenlignbare doser i mg/kg for flufenazin og tiotixen (Ereshetsky 1991). Østrogens antidopaminerge effekt har vært foreslått som en årsak til behov for lavere doser og til forskjellig effekt av antipsykotika hos kvinner (Kando 1995). Flere oversiktsartikler konkluderer med at kvinner oppnår høyere plasmakonsentrasjoner av antipsykotika enn menn og får oftere bivirkninger av legemidler enn menn, som av dyskinesier (Yonkers 1992, Lewis-Hall 1996).

### *Benzodiazepiner*

Benzodiazepiner kan brukes som søvndyssende og angstdempende legemidler. Oversikter over kjønnsvariasjon i effekt av benzodiazepiner viser hvilken kompleks rolle kjønn kan spille i en og samme legemiddelgruppe (Yonkers 1992, Harris 1991). En del metodologiske svakheter har gjort resultatene vanskelig å tolke i ettertid. De fleste av studiene er gjort tidlig på 80-tallet med få pasienter. Noen av studiene har tatt i betraktning røyking, p-pillebruk og bruk av andre medisiner, andre studier gjør det ikke. Mye tyder på at temazepam (ikke tilgjengelig i Norge) og oxazepam har lavere utskillelse hos kvinner enn hos menn, og kan derfor få større effekt hos kvinner. Mer usikkert er det om diazepam utskilles forskjellig i menn og kvinner. Ingen kjønnsforskjeller ble funnet for triazolam, lorazepam og nitrazepam (når man ser bort fra interaksjon med p-piller). Midazolam brytes ned raskere hos kvinner enn hos menn. Det fins overbevisende dokumentasjon på at p-piller har kunnet redusere utskillelsen av benzodiazepiner.

### *Konklusjon og anbefalinger*

Effekten av et legemiddel bestemmes av mange faktorer. Det er bred vitenskapelig enighet om at variasjon i legemidlers effekt kan oppstå på grunn av genetiske variasjoner, alder, og på grunn av interaksjoner med andre legemidler, men dokumentasjon på betydning av kjønn er ennå sparsomme-

lig. Kan dosejustering for vekt oppveie forskjeller mellom menn og kvinner, eller er det behov for mer tilpassede justeringer? Kjønnsspesifikk dokumentasjon på hva som utgjør optimal legemiddelterapi savnes. Små studier og ingen korreksjon for røyking eller menstruasjonssyklus gjør evaluering av data svært vanskelig. Mangel på kunnskap øker risikoen for feilaktig behandling av kvinner. Det er derfor viktig å øke kunnskapene våre omkring kjønnsforskjeller i effekten av psykofarmaka.

*Det anbefales:*

1. En kontinuerlig evaluering av litteratur omhandlende kjønnsspesifikk effekt av legemidler og bivirkningsfrekvens.
2. Utarbeidelse av retningslinjer for inklusjon av kvinner i kliniske utprøvinger. Fra juni 1993 var det i USA krav om å inkludere kvinner i kliniske utprøvinger og analysere data kjønnsspesifikt før godkjenning av nye legemidler. I SOU Jämställd Vård 1996 anbefales en lignende politikk og det anses som viktig at Norge legger seg på en tilsvarende politikk.
3. Forskning på forandring av legemidlers effekt på menstruasjonssyklus eller samtidig bruk av hormoner.
4. Studere effekt (og bivirkninger) av legemidler hos eldre brukere, som gjennomsnittlig er tynnere og bruker flere legemidler enn yngre.

Mer kunnskap om kjønnsforskjeller i effekt av legemidler er nødvendig for fremme effektiv og sikker bruk av legemidler. Målet for legemiddelbruken for det norske helsevesenet frem til år 2000 er riktig legemiddel – i riktig dose, til riktig tid og i riktig varighet – skal kunne gjelde kvinner så vel som menn.

*Litteratur*

Abernathy DR, Geenblatt DJ, Shader RI. Imipramine disposition in users of oral contraceptive steroids. *Clin Pharmacol Ther* 1984; 35 (6): 792–7.

Bologa M, Tang B, Klein J et al. Pregnancy-induced changes in the drug metabolism in epileptic women. *J Pharmacol Exp Ther* 1991; 257(2): 735–40.

Bonassi S, Magnani M, Calvi A, Repetto E, Puglisi P, Pantarotto F, et al. Factors related to drug consumption during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 535–40.

Bottinger LE, Furhoff AK, Holmberg L. Fatal reactions to drugs. *Acta Med Scand* 1979; 205: 451–6.

Datz FLI, Christian RE, Moore J. Gender-related differences in gastric emptying. *Nucl Med* 1987; 28: 384–91.

Ereshetsky L, Saklad SR, Watanabe MD, et al. Thiothixene-pharmacokinetic interactions: a study of hepatic enzyme inducers, clearance inhibitors, and demographic variables. *J Clin Psychopharmacol* 1991; 11: 269–301.

Fazio A. Oral contraceptive drug interactions: important considerations. *South Med J* 1991; 84: 997–1002.

Felleskatalogen 1997/98.

Greenblatt DJ, Divoll MK, Abernathy DR et al. Age and gender effects on chlordiazepoxide kinetics: relation to antipyrine disposition. *Pharmacology* 1989; 38: 327–34.

Hamilton JA, Yonkers KA. Sex differences in pharmacokinetics of psychotropic medications. Part 1: Physiological basis for effects. In: Jensvold MJ, Halbreich U, Hamilton JA, editors. *Psychopharmacology of women: sex, gender*

and hormonal considerations. 1<sup>st</sup> ed., Vol. 1. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1995.

Harris R, Benet L, Schwartz J. Gender effects in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Drugs* 1995; 50 (2); 222–39.

Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics* 1998; 39: 93–101.

Irl C, Hasford J, and the Pegasus study group. The PEGASUS project- a prospective cohort study for the investigation of drug use in pregnancy. *Int J Clin Pharmacol Ther* 1997; 12: 572–6.

Jämstalsvärd- olika vård på lika villkor. SOU 1996; 133: 74, ISBN 91–38–20375-8.

Kando JC, Yonkers KA, Cole JO. Gender as a risk factor for adverse events to medication. *Drugs* 1995; 1: 1–6.

Kashuba ADM, Nafziger AN. Physiological changes during the menstrual cycle and their effects on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs. *Clin Pharmacokinet* 1998; 34: 203–218

Kessler RC, Brown RL, Broman CL. Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys. *J Health Soc Behav* 1981; 22: 49–64.

Kitler ME. Coronary disease: are there gender differences? *Eur Heart J* 1994; 15: 409–17.

Klaiber EL, Broverman DM, Vogel W, et al. Estrogen therapy for severe persistent depressions in women. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 550–4.

Lander CM, Eadie MJ. Plasma antiepileptic drug concentrations during pregnancy. *Epilepsia* 1991; 23: 57–66.

Lewis-Hall. Gender differences in psychotropic medications. *Mount Sinai J Med* 1996; 63: 326–329.

Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, deGruy F. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: Results from the PRIME-MD 1000 Study. *Am J Med* 1996; 10: 526–33.

Ljunggren H. Sex differences in body composition. In: Brozek J, ed. *Human Body Composition: Approaches and applications*. Oxford, England: Pergamon Press, 1963.

Loebstein R, Lalkin A, Koren G. Pharmacokinetic changes during pregnancy and their clinical relevance. *Clin Pharmacokinet* 1997; 33: 328–43.

Malt UF. Predicting antidepressant response in general practice. Poster ved Skandinavisk selskap for psykofarmakologis årsmøte, København 1998.

Nytt om legemidler nr.4–5, 1997.

Prescorn SH. Clinically relevant pharmacology of selective serotonin reuptake inhibitors: An overview with emphasis on pharmacokinetics and effects on oxidative drug metabolism. *Clin Pharmacokinetics* 1997; 32: 1–21.

Silvaggio T, Mattison D. Setting occupational health standards: Toxicokinetic differences among and between men and women. *JOM* 1994; 36 (8): 849–54.

Sipes IG, Gandolfi AJ. Biotransformation of toxicants. In: Klaassen DC, Amdur MO, Doull J, eds. *Casarett and Doull's Toxicology*. New York: Macmillan Publishers 1986.

Stewart DE, Fairman M, Barbadoro S, et al. Follicular and late luteal phase serum fluoxetine levels in women suffering from late luteal phase dysphoric disorder. *Biol Psychiatry* 1994; 36: 201–2.

Stockley IH. *Drug interactions*. The Pharmaceutical Press, 4<sup>th</sup> edition 1996.

Søgaard AJ, Fønnebo V, Magnus JH, Tollan A. Hormonsubstitusjon blant norske kvinner. Selvrapportert bruk og omsetning av østrogenholdige preparater. Tidsskr Nor Lægeforen 1998b; 118: 590–5.

Teichmann A. Influence of oral contraceptives on drug therapy. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 2208–2213.

Weissman M, Klerman G. Sex differences and the epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry 1977; 34: 98–111.

Yassar, Jeste DV. Gender differences in tardive dyskinesia: a critical review of the literature. Psychol Bull 1992; 114: 701–15.

Yonkers KA, Kando JC, Cole JO et al. Gender differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics of psychotropic medication. Am J Psychiatry 1992; 149: 587–95.

## 17.2 Kvinner og legemiddelbruk

**Hedvig Nordeng og Ingrid Matheson, Institutt for farmakoterapi, Universitetet i Oslo.**

De siste ti årene har forståelse for hvilke faktorer som påvirker bruken av legemidler økt betydelig. Kjønnforskjeller i legemiddelbruken har fått økende oppmerksomhet. Medikalisering av kvinners liv har vært påpekt flere ganger. Unge kvinner konfronteres med tablettbruk allerede ved første menstruasjon, senere blir de oppfordret til å ta p-pillen (3 0% av kvinner i aldersgruppen 15–45 år bruker peroral antikonsepsjon), og fra 50-års alderen er presset på østrogenbruk sterkt. Østrogenbruk i Norge var lavest i Norden i 1990, men har siden den tid blitt firedoblet. Nå får 45 % av kvinner i alderen 46–65 år østrogen erstatning (Eggen 1998). Høsten 1998 ble det satt igang en stor kampanje om folsyre til gravide. For å redusere antallet barn som fødes med neuralrørsdefekt oppfordres alle kvinner som ønsker å bli gravide å bruke foltilskudd fra 1 måned før unnfangelsen til tre måneder ut i svangerskapet.

Kvinner har høyere forbruk enn menn av de fleste legemiddeltypene. I Sverige viser kjønnsspesifikk salgsstatistikk at menn bare ligger høyere i bruk av magesårmedisiner, antidiabetika, lipidsenkende og de nye hjertemidlene (Svensk läkemedelsstatistikk 1995). Mange spørsmål om kvinners legemiddelbruk trenger å bli diskutert. Hvorfor bruker kvinner dobbelt så mye avføringsmidler? Er dette skjult slanking? Hvorfor bruker kvinner under 60 år mer astmamidler enn menn selv om forekomsten av astma er nokså lik hos kvinner og menn?

Kvinner har totalt sett større forbruk av psykofarmaka enn menn. At kvinner generelt lever lenger enn menn, bidrar ytterligere til økt totalbruk.

Flere studier fra utlandet viser at kvinner og menn bruker helsevesenet forskjellig og at de har forskjellig helsekultur. Kvinner har flere legebesøk generelt (Kessler 1981) og flere legebesøk på grunn av psykiske plager enn menn (Linzer 1996). Kjønnforskjeller finnes i kvinners og menns symptombeskrivelser. Dette kan kanskje forklare kjønnforskjeller i psykofarmakabruk ved siden av økt sykkelighet. Kjønnforskjeller observeres også i misbruk av psykofarmaka. En teori er at menn bruker alkohol i situasjoner der kvinner bruker psykofarmaka.

Forut for en reseptforeskrivning har det foregått en kommunikasjon mellom pasient og lege og en beslutning er tatt om farmakologisk behandling. Faktisk fører 8 0 % av alle konsultasjoner i allmennpraksis til reseptforeskrivning, i følge Norsk Reseptstatistikk fra 1995. Kvinner bruker opptil 70% av alle antidepressiva, hypnotika og smertestillende, og størst forbruk sees blant

kvinner over 65 år (Kampmann 1996). Vi har relativt liten kunnskap om pasientenes kjønn har avgjørende betydning om valg av terapi. Legens avgjørelse er avhengig av pasientens problem, alder og situasjon, av legens kunnskaper og tidligere erfaring med preparatet samt av kollegenes bedømmelse av denne type behandling (Denig 1994). Legens oppfatninger om legemidlets effekt og bivirkningsprofil er viktige faktorer som varierer mye fra lege til lege. Oppfatningen er påvirket av reklame, produsentuavhengig informasjon og etterutdannelse. Pasientfaktorer som sosial klasse, verbal formuleringssevne og forventninger, kan også spille inn. I noen tilfelle vil samfunnsnytte og pris være viktige, samt type og tilgjengelighet av helsetjeneste, privat eller offentlig.

Legemiddelbruk hos kvinner er vist å ha nær sammenheng med naturlige biologiske tilstander (Svarstad 1987). Økt legemiddelbruk er registrert for å fjerne/ lindre ubehag forbundet med menstruasjonen og med overgang til menopausen. Tromsøstudien viser at 30% av alle kvinnene hadde brukt legemidler mot menstruasjonsplager, og at smertestillende var høyest i aldersgruppen 15–19 år (Eggen 1989). Kvinner tar seg ofte av hele familiens helse i tillegg til sin egen.

Kvinner representerer en sterk kjøpergruppe, og mange av dagens nye legemidler er nettopp rettet mot plager hos kvinner. En årsak til økt bruk av legemidler blant kvinner kan ha en sammenheng med mye mediaomtale av nye legemidler, og økt åpenhet omkring kvinners plager. Legemiddelbruken avhenger også av mulighet for refusjon av legemiddelutgiftene. Antidepressiva betales delvis av myndighetene via blå-reseptordningen, mens anxiolytika dekkes av kvinnen selv.

### ***Lykkepillen (SSRI) et aktuelt problem***

Selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI) er antidepressiva som er blitt tatt i bruk i Norge de siste syv årene. Cirka 80 % av pasientene som bruker SSRI er kvinner. Størst forskjeller i SSRI finnes i aldersgruppen 30–54 år, hvor kvinner bruker fire ganger så mye som menn. Etter 54 år er bruken av SSRI ca. tre ganger så høy (Legemiddelforbruket i Norge 1992–1996). Kraftig markedsføring av SSRI som «lykkepiller» uten bivirkninger og positiv omtale i media har bidratt til salget. Den omfattende bruk av SSRI-legemidlene har vakt debatt og påkalt offentlig interesse. Noen av årsakene til økt bruk er diskutert nedenfor.

Depresjon er underdiagnostisert og hyppigere hos kvinner enn hos menn. Både legemiddelindustrien og spesialistene har fortalt allmennpraktikere at de overser depresjoner og nye diagnostiske verktøy er derfor utarbeidet av industrien og brukes til å finne flere pasienter. Stadig flere undergrupper av depresjon øker risiko for pseudoeksakthet. I følge døgndosestatistikken kan det ha vært en fordobling fra 1993–96 i antall pasienter som får antidepressiva (Legemiddelforbruket i Norge 1993–1997). Det hevdes også at angsttilstander som før ble behandlet med benzodiazepiner nå behandles med SSRI. Stigning i bruken av SSRI også skyldes at helt nye pasienter settes i behandling.

Noen SSRI har nylig fått utvidete indikasjonsstillinger. Bulimi er utbredt og godkjent indikasjon for noen SSRI. Blant skolejenter og yngre kvinner er prevalensen av spiseforstyrrelser 10–15 % hvis man tar med alle alvorlighetsgrader. Man kan anta/ frykte en medikalisering av store grupper, det vil si en farmakologisk løsning på et vanskelig, ofte terapieresistent problem. Brukere av «lykkepillen» kan ha diffuse diagnoser der dårlig selvbilde, arbeidslivsprob-

lemer, livskrise, kroppslig ubehag og sosial nød blir omdefinert til sykdom med behov for medikamenter. Enkelte brukere er redde for å gå tilbake til sitt gamle jeg. De liker bedre sin nye personlighet med høy selvtillit, og frykter at de skal bli sky og sjenerte igjen. En rask kjemisk løsning i form av lykkepiller er resultat av et samfunn som ikke har tid til problemer. Tendensen til utvidet bruk av SSRI observeres i alle de nordiske land. En utflating av bruken forventes i tiden fremover.

### ***Avhengighet av SSRI***

Farmakologisk sett er SSRI-midlene beslektet med appetitthemmere som amfetamin. Amfetaminlignende effekter sees ved SSRI-legemidlene. Det diskuteres nå i litteraturen om SSRI er like avhengighetsskapende som benzodiazepiner (Medawar 1997). Bivirkninger som seponeringsproblemer, personlighetsforandringer og aggresjon er erfart, og lagt en demper på en populær forestilling om at SSRI var «lykkepiller» (Gerlach 1998, Rusdal 1997). Spesifikke seponeringsproblemer for denne gruppen er godt dokumentert (Lane 1996), og langsom nedtrapping av dosen er nødvendig. Man har kanskje med et relativt nytt avhengighetsproblem å gjøre.

### ***Har legens kjønn betydning for legemiddelbruken?***

En forklaring på variasjon i kvinnelige og mannlige legers foreskrivning kan være at deres pasienter er forskjellige med hensyn til hvilke problemer som presenteres. Noen leger foretrekkes av kvinner med gynekologiske eller psykiatriske problemer. For å belyse forekomst av virkelige forskjeller bør man gjøre en form for standardisering av pasienten. I et forsøk der 57 mannlige og 42 kvinnelige leger fra Midt-Sverige deltok, skulle hver lege bedømme to pasienteksemplere der fem faktorer varierte systematisk, slik at hver serie besto av til sammen 26 papirpasienter. De to eksemplene dreidde seg om behandling av forverrelse hos en astmapasient og valg av antibiotika ved ukomplisert urinveisinfeksjon hos en kvinne. Var det kjønnsforskjeller i bedømmelsen? Første spørsmål gjaldt eventuell forskrivning av en kort tablettkur med kortison. Det var ingen forskjeller mellom mannlige og kvinnelige legers bedømmelse (Stålby 1997). Fra serien om urinveisinfeksjoner valgte flere mannlige enn kvinnelige leger et nytt dyrt antibiotikum, norfloxacin, som ikke anbefales som førstehåndsmiddel av frykt for resistensutvikling. De kvinnelige legene var mer tilbøyelig til å lytte til det restriktive budskapet og valgte trimetoprim, som er et billig anbefalt førstehåndsmiddel.

I en studie av allmennpraktiserende legers antatte foreskrivning av antihipertensiva (mot høyt blodtrykk) til eldre pasienter i Oslo, fant man også at mannlige (især yngre) leger foretrakk å skrive ut kalsiumblokkere oftere enn sine kvinnelige kolleger. De kvinnelige legene foretrakk oftere diuretika og betablokkere som har vært på markedet lenge. I dette tilfelle er det også en kjennsgjerning at dokumentert effekt på dødelighet av hjerte-kar sykdommer forelå for diuretika og betablokkere, men ikke for de relativt nye og dyre kalsiumblokkerne (Strømme 1992).

### ***Forskjell i legemiddelkostnader***

Kostnader til legemidler er en funksjon av mengde legemiddel som foreskrives og stykkpris på legemidlet. Kvinner bruker totalt mer legemidler

enn menn, men kostnadene blir ikke alltid større for kvinner. Svensk Jämställd vård 1996 skriver angående legemiddelkostnader:

- i tre fjerdedeler av legemiddelgruppene fikk menn større mengde legemidler per resept enn kvinner
- i fire femtedeler av legemiddelgruppene kostet en manns resept mer enn kvinnens
- i aldersgruppen 25–69 år bruker kvinner mer penger på reseptbelagte legemidler enn menn

Noe høyere kostnad per resept hos menn kan bero på at menn får høyere dose og/eller får dyrere preparater. Den svenske diagnose-reseptstatistikken viser også at kvinner i høyere utstrekning enn menn får diuretika og betablokkere ved høyt blodtrykk. Det kan synes som om gjennomslag for nye (og dyrere) blodtrykksmedisiner skjer raskere hos menn enn hos kvinner. Når det gjelder hjertesvikt behandles 34 % av menn, men bare 17% av de svenske kvinnene med ACE-hemmere, som regnes som anbefalt terapi (Svensk läkemedelsstatistikk 1995). Dansk reseptstatistikk viste i 1996 at menn utgjør en større andel av de SSRI-behandlede enn de som bruker de eldre TCA, som er gjennomsnittlig halvparten så dyre om SSRI. I de yngre aldersgrupper bruker kvinner dyrere legemiddel per døgndose for angstdempende midler, sovemedisin og antidepressiva. Mønsteret er omvendt for de eldre aldersgrupper (etter 54 år), men forskjeller er mindre (Kampmann 1996).

### **Avslutning**

Det er mange årsaker til at kvinner og menn bruker legemidler forskjellig. I tillegg til biologiske forskjeller mellom kjønnene, spiller kanskje holdninger til legemidler og helsevesenet, samt ulik kunnskap om legemidler, en rolle. Ulik oppdragelse av gutter og jenter, nedarvede kjønnsroller og rollefordelinger i hjemmet forklarer muligens forskjellig bruk av legemidler blant kvinner og menn. Helsevesenet i Norge bør ta hensyn til at kvinner og menn tilhører to forskjellige helsekulturer, og har forskjellig behov til forskjellig tid.

Et viktig satsingsområde for å øke riktig bruk av legemidler, redusere feilbruk, hindre skade og misbruk, er å gi ungdom økt kunnskap om legemidler i skolen.

### *Litteratur*

Denig P. Drug choice in medical practice. Rationales, routines, and remedies. Rijksuniversiteit Groningen 1994. (ISBN 90-9007160-1).

Eggen AE. What factors have influence on drug use?- Pattern of drug use in the population. Master of Public Health, Thesis. (In norwegian.) Tromsø: Institute of Community Medicine, University of Tromsø, 1989.

Eggen AE, Bakken K, Lund E. HTR in Norwegian women. prevalence of use, choice of therapy and influence from sociodemographic factors. 8de. Norske epidemiologikonferansen, Oslo Juni 1998, Abstract.

Gerlach J. Seponeringsproblemer ved SSRI-antidepressiva. Ugeskr Læger 1998; 160: 181-2.

Jämställd vård-olika vård på lika villkor. SOU 1996: 133 (ISBN 91-38-20375-8).



Kampmann JM. Sovemedisin, nervemedisin og antidepressiva- kortlægning af forbruget i Danmark. Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelafdelingen København 1996. (ISBN 87-90301-09-9).

Kessler RC, Brown RL, Broman CL. Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys. *J Health Soc Behav* 1981; 22: 49-64.

Lane RM. Withdrawal symptoms after discontinuation of selektive serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). *J Serotonin Res* 1996; 3: 75-83.

Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, deGruy F. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: Results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med* 1996; 101: 526-33.

Medawar C. The Antidepressant Web. *International J Risk Safety Med* 1997; 10: 75-126.

Rusdal L, Matheson I. Selektive serotoninreopptakshemmere og bivirkninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3706-7.

Svarstad BI, Cleary PD, Mechanic D, Robers PA. Gender differences in the acquisition of prescribed drugs: An epidemiological study. *Med Care* 1987; 25: 1089-98.

Svensk läkemedelstatistikk 1995. Stockholm Apoteksbolaget 1996.

Strømme HK, Botten G. Factors relating to the choice of antihypertensive and hypnotic drug treatment in old patients. *Scand J Prim Health Care* 1992; 10: 301-5.

Stålby Lundborg et al. Antibiotic choices for UTI-Effects of feedback of prescriptions and paper patients. *Pharmacoepidemiol and Drug Safety* 1997.

Øyvind K (red). Legemiddelforbruket i Norge 1992-1996. Norges Medicinal Depot AS, Oslo 1997.

Øyvind K (red). Legemiddelforbruket i Norge 1993-1997. Norges Medicinal Depot AS, Oslo 1998.

### 17.3 Hva er psykofarmaka og hva brukes de til?

**Kari Furu, Institutt for allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.**

Psykofarmaka er en gruppe reseptpliktige legemidler med virkning på nervesystemet og som brukes ved ulike psykiske lidelser. De kan deles i fire grupper:

1. Anxiolytika er beroligende/angstdempende midler som brukes ved nevroser preget av angst/uro.
2. Hypnotika/sedativa brukes hovedsaklig ved søvnløshet.

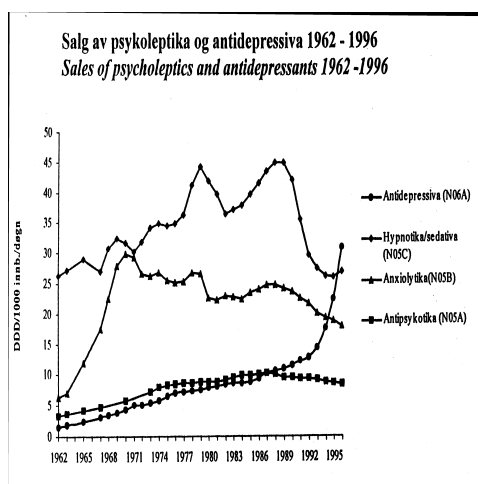
Begge disse gruppene består i all hovedsak av benzodiazepiner. De er potensielt avhengighetsskapende og går inn i B-preparatgruppen, dvs legemidler som følges spesielt med tanke på misbruk. Disse legemidlene må pasientene i sin helhet betale selv. Det gis ingen refusjon via blåreseptsystemet.

1. Antidepressiva brukes ved depressive lidelser og består hovedsaklig av to typer: tricykliske antidepressiva (TCA) og selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI). De sistnevnte har blitt tatt i bruk i Norge de siste 5 årene og har noe misvisende vært omtalt i mediene som «lykkepiller».
2. Antipsykotika brukes ved alvorligere psykiske lidelser som schizofreni og andre psykoser. I lavere doser har de også vært brukt ved angst- og depresjonstilstander.

Antidepressiva og antipsykotika dekkes vanligvis over blåreseptsystemet.

### **Forbruk av psykofarmaka – endring over tid**

Salgstall for psykofarmaka viser at forbruket av sovemidler var høyest i 1988–89 og har deretter blitt kraftig redusert (figur 8.43). I 1996 var forbruket på 26,9 DDD/1000 innbyggere/døgn<sup>33</sup>. Det tilsvarer at 2,7 % av den norske befolkningen daglig kan bruke sovemedisin. Salget av beroligende midler har derimot hatt en jevn nedgang siden tidlig på 70-tallet. I 1996 lå salget av beroligende midler på et nivå som tilsvarer at 1,8% av befolkningen daglig kan bruke beroligende midler (Øydvin 1997). Salget av antidepressive midler har steget gradvis i 30 år, men har hatt en meget kraftig økning siden 1992 fra 12,8 DDD/1000innbyggere/døgn til 30,9 DDD/1000innbyggere/døgn i 1996. Dette skyldes introduksjonen av flere nye substanser, de såkalte selektive serotoninreopptaks-hemmere (SSRI). Disse utgjør nå 2/3 av forbruket av antidepressiva. Det mest brukte SSRI, paroxetin (Seroxat®), var det mest solgte legemiddel totalt i Norge i 1996 (ca. 300 millioner kroner). Den kraftige stigningen i forbruket av nye antidepressiva (SSRI) og et noe mindre fall i forbruket av tricykliske antidepressiva (TCA) og benzodiazepiner kan tyde på at det har skjedd et skifte i behandlingen. En dansk undersøkelse viser at vel 20 % av de personer som har innløst resept på SSRI, tidligere har innløst resept på enten TCA eller benzodiazepiner (Kampmann 1996). Stigningen i bruk av SSRI kan også skyldes at en ny gruppe pasienter nå får behandling for sin depresjon. Tilsvarende undersøkelser er ikke gjennomført i Norge. Salget av antipsykotika har ligget stabilt rundt 7–8 DDD/1000 innbyggere/døgn de siste 20 år. Det tilsvarer at under 1% av befolkningen kan bruke antipsykotika.



Figur 8.43

Kilde: Norsk medisinaldepot. Legemiddelforbruket 1992–1996 (side 170)

33. DDD, definerte døgndoser, er definert som den antatte gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne. Legemiddelforbruk angitt i DDD/1000 innbyggere/døgn gir et estimat av andelen av befolkningen i promille som kan få en bestemt medikamentell behandling.

**Geografiske forskjeller i forbruk av psykofarmaka.**

Det er store forskjeller mellom fylkene i forbruk av psykofarmaka. Finnmark har i alle år ligget på 5 0% av landsgjennomsnittet for hypnotika/sedativa og anxiolytika, mens Østfold og Agderfylkene har ligget 3 0 – 5 0% over landsgjennomsnittet. Det samme mønsteret gjør seg gjeldende for bruk av antidepressiva. Disse stabile og store fylkesforskjellene er vanskelig å forklare, men skyldes delvis ulik aldersfordeling i fylkene. Legemiddelbruk generelt, og bruk av psykofarmaka spesielt, øker sterkt med alderen. Salgsstatistikkene for de enkelte fylkene er imidlertid ikke justert for verken alder eller kjønn (Øydvin 1997). Det er grunn til å anta at fylkesvariasjonene også skyldes ulike terapitradisjoner og holdninger til bruk av legemidler i befolkningen. Sammenlignet med andre nordiske land har Norge et lavt forbruk av psykofarmaka, men disse opplysningene er basert på salgstall for psykofarmaka og er ikke justert for eventuelle alders- og kjønnsforskjeller (NLN Publication No34, 1993)

**Kjønns- og aldersforskjeller**

Vi har ingen studier i Norge som gir oss insidens av bruk av de ulike psykofarmaka. Prevalens av psykofarmakabrukere på ethvert tidspunkt vil variere med tidsperiode som er undersøkt og hvilke aldersgrupper som er involvert. Det har vært gjort studier av psykofarmakabruk på regionalt nivå i Norge (Bjørndal 1990, Eggen 1994, Furu 1996), men vi har manglet kjønns spesifikk informasjon om psykofarmakabruk på nasjonalt nivå. I Helseundersøkelsen 1995 (SSB) er det gjort personlig intervju av et representativt utvalg av den norske befolkning (10 248 personer i alt) med spørsmål om bruk av legemidler siste 14 dager. Dette er den første undersøkelsen som gir oss representative nasjonale tall om psykofarmakabruk på individnivå. Helseundersøkelsen 1995 (Tabell 8.13 8.14 8.15) bekrefter tidligere undersøkelser (Isacson 1992, Furu 1993, Riska 1993) som viser at dobbelt så mange kvinner som menn har brukt psykofarmaka siste 14 dager og at eldre kvinner utgjør den største brukergruppen. En mindre norsk reseptstudie viste at kvinner over 60 år utgjør 4 3 % av benzodiazepinbrukerne, mens de bare utgjør 12,3% av befolkningen (Aune 1995). Andelen psykofarmakabrukere stiger sterkt med alderen. Tabell 1a viser at økningen er sterkest for sovemidler, der andelen kvinnelige brukere blant de over 60 år er 10 ganger så høy (19 %) som blant kvinner under 40 år (1,9 %), mens aldersgradienten er noe svakere for beroligende medisin og antidepressiva (tabell 8.14 8.15).

**Tabell 8.13:** Brukere av sovemedisin siste 14 dager (Helseundersøkelsen 1995, SSB)

| Alder    | Kvinner | Menn  | Kvinne/mann ratio |
|----------|---------|-------|-------------------|
| 20–39 år | 1,9 %   | 0,8 % | 2,4               |
| 40–59 år | 5,0 %   | 3,0 % | 1,7               |
| 60–79 år | 19,0 %  | 8,6 % | 2,2               |
| 20–79 år | 6,6 %   | 3,3 % | 2,0               |

Finland har hatt en mindre kjønnsforskjell i psykofarmakabruk enn de andre nordiske land og på 1990-tallet er kjønnsforskjellen helt utvisket (Riska 1993, Sepponen 1995).

**Tabell 8.14:** Brukere av midler mot depresjon siste 14 dager (Helseundersøkelsen 1995, SSB)

| Alder    | Kvinner | Menn  | Kvinne/mann ratio |
|----------|---------|-------|-------------------|
| 20–39 år | 1,7 %   | 0,8 % | 2,1               |
| 40–59 år | 3,5 %   | 2,2 % | 1,6               |
| 60–79 år | 5,9 %   | 2,7 % | 2,2               |
| 20–79 år | 3,3 %   | 1,7 % | 2,0               |

I Helseundersøkelsen 1995 ble det ikke spurt om bruk av antipsykotika, og vi mangler derfor alders- og kjønns spesifikke data for denne typen psykofarmaka, men svenske tall viser liten kjønnsforskjell i bruk av antipsykotika (Svensk Läkemedelsstatistik 1996).

Egenvurdert helse og opplevelsen av psykiske plager er de viktigste faktorer som påvirker bruken av psykofarmaka, men effekten av kjønn på bruken av psykofarmaka består selv etter justering for disse to faktorer (Furu 1996a, 1996b).

### Varighet

I flere svenske studier har man funnet en lav insidens og høy prevalens for bruk av psykofarmaka og mest uttalt for benzodiazepiner. Dette kan tyde på at langtidsbruk er relativt vanlig (Blennow et al 1994, Svensk Läkemedelsstatistik 1996), til tross for at effekt av benzodiazepiner ikke er dokumentert utover 3–4 måneders bruk. Isacson har vist at 25% av de som brukte benzodiazepiner i 1976 fortsatte å bruke det jevnlig i 13 år (Isacson 1997). Daglig bruk av benzodiazepiner er mer vanlig blant eldre, mens sporadisk bruk dominerer blant de unge (Bjørndal 1990, Isacson 1997, Furu et al 1998). Alder er en sterk prediktor for langtidsbruk av benzodiazepiner mens derimot kjønn har vist seg å ha liten betydning (Isacson 1997). Men fordi flere kvinner enn menn bruker benzodiazepiner (to kvinnelige brukere for hver mannlig bruker) er langtidsbruk likevel mye mer vanlig blant kvinner enn menn.

Mye av bekymringene omkring bruk av psykofarmaka, spesielt benzodiazepinene skyldes potensialet for avhengighet. Langtidsbruk er relativt utbredt til tross for at anbefalt behandlingstid er maksimalt åtte uker, siden effekten av benzodiazepiner avtar etter en viss tid. Disse legemidlene brukes mest av eldre kvinner. Det har vært gjort studier som kan tyde på at disse legemidlene kan forårsake forvirring, påvirke balansen og medvirke til økt falltendens hos eldre. Hos eldre er det anbefalt bruk av lavere doser, men studier viser at det brukes samme dosering hos eldre som hos yngre (Aune 1995). Når det gjelder nye legemidler, som de nye antidepressiva, har vi liten eller ingen kunnskap om sjeldne bivirkninger eller langtidseffekter, som for eksempel potensialet for avhengighetskapende effekt. Om noen år vil vi kanskje oppleve samme nedgang i forbruket av de nye antidepressiva (SSRI) som ved benzodiazepinene, når bivirkningsbildet blir mer komplett etter at SSRI har vært i bruk i en ikke-selektert befolkning over lengre tid.

**Tabell 8.15:** Brukere av beroligende medisin siste 14 dager (Helseundersøkelsen 1995, SSB)

| Alder    | Kvinner | Menn  | Kvinne/mann ratio |
|----------|---------|-------|-------------------|
| 20–39 år | 2,4 %   | 1,2 % | 2,0               |
| 40–59 år | 5,9 %   | 2,9 % | 2,0               |
| 60–79 år | 11,4 %  | 6,2 % | 1,8               |
| 20–79 år | 5,7 %   | 2,9 % | 2,0               |

**Hva mangler av kunnskap?**

Kunnskap om legemiddelforbruket i Norge relatert til brukernes alder og kjønn har vært begrenset da vi ikke har noen løpende informasjon om legemiddelforbruket på individnivå. Vi har ingen studier i Norge som gir oss innsikt i bruk av de ulike psykofarmaka, det vil si antallet av nye legemiddelforbrukere. Tidligere har vi også manglet prevalensdata på nasjonalt nivå, men Helseundersøkelsen 1995 som Statistisk Sentralbyrå gjennomførte på slutten av 1995 gir oss 14-dagers prevalens for brukere av psykofarmaka på et overordnet nivå. Undersøkelsen gir oss imidlertid ikke informasjon om spesifikke legemidler eller om hvilke indikasjoner de brukes ved eller hvilke doser som benyttes i klinisk praksis.

Generelt kan man si at et legemiddel gjennomgår ulike faser i sitt «liv»: fra utvikling i laboratoriet, gjennom kontrollerte kliniske utprøvinger fram til registreringsfasen og deretter til et kortere eller lengre liv som godkjent legemiddel. Det er stor enighet om at kliniske, kontrollerte utprøvinger av legemidler har klare begrensninger. Det er derfor viktig å følge opp bruken av legemidler systematisk etter registrering, for å øke kunnskapen om hvordan legemidler brukes i den daglige kliniske praksis. Hvilke effekter har bruken av legemidler på helsetilstanden, det vil si hva skjer når et legemiddel tas i bruk av en vanlig heterogen befolkning? På registrerings- og markedsføringstidspunktet for nye legemidler er vår kunnskap om legemidler relativt begrenset fordi:

- et begrenset antall personer har fått legemidlet (vanligvis 500–3000 personer). Det betyr at bivirkninger som opptrer med en hyppighet på mellom 0,1 % og 1% ikke med sikkerhet kan identifiseres før registrering og bruk i den vanlige befolkningen
- utprøvingene er gjort på et selektert materiale med liten aldersspredning, og ofte ikke representativ kjønnsfordeling
- én sykdom og ett legemiddel testes om gangen
- legemidlet er brukt over et begrenset tidsrom og vi kan derfor si lite om langtidseffekter

I dag er det ingen systematisk oppfølging av legemidler i Norge etter at de er registrert og markedsført. I dag vet vi for eksempel lite om hvilke effekter (både korttids- og langtids-) de nye antidepressiva og antipsykotika som er registrert de seinere år, kan ha på gravide og ammende kvinner. Mangel på kunnskap kan skape mye usikkerhet og føre til at kvinner må avstå fra nødvendig behandling. En dansk studie viser at SSRI i høyere grad enn TCA blir ordinert til menn (Kampmann, 1996). Dette er i overensstemmelse med at menn oftere enn kvinner får de nye og dyrere preparater.

Forbruket av benzodiazepiner er synkende i Norge, men man vet ikke om det gjelder både kort-, intermitterende- eller langtidsbruk. Vi vet heller ikke om denne nedgangen skyldes bruk av mye lavere doser nå enn før, eller om antall behandlede pasienter er gått ned, da disse tallene er basert på salgsstatistikk av legemidler og ikke individbasert statistikk.

Årsaker til og konsekvenser av kjønnsforskjellene i bruk av psykofarmaka er ikke fullstendig kjent, men hyppig diskutert (Riska et al 1993, Ettorre et al 1994, Furu 1996a, 1996b). Det må stilles spørsmål ved det rasjonelle at dobbelt så mange kvinner bruker psykofarmaka som menn, samt de store geografiske variasjoner. Det savnes belegg for at det foreligger medisinsk indikasjon for bruk av psykofarmaka dobbelt så ofte hos kvinner som hos menn. Det er behov for studier av hvilke faktorer som styrer og påvirker foreskriving og bruk av legemidler. Vi har ingen data som belyser om det høye forbruket av benzodiazepiner hos de eldste kvinnene er en ren alderseffekt eller et kohort-fenomen, det vil si om dette er et fenomen som er knyttet til individer født i en bestemt periode og som forskyver seg i takt med deres aldring og som om noen år ikke lenger vil være noe problem.

Sosial- og helsedepartementet jobber for tiden med å få igang en nasjonal reseptbasert legemiddeldatabase som vil representere et stort framskritt i å framskaffe alders- og kjønns-spesifikk informasjon om legemiddelbruk i den norske befolkning. Andre land, blant annet Danmark, har hatt en individbasert legemiddeldatabase i flere år. De kan nå presentere både prevalens og insidens av legemiddelforbruket kjønns-spesifikt for hele den danske befolkningen (Kampmann 1996). Sverige har hatt flere regionale individrettede legemiddelregistre siden 1970-tallet som har gitt både insidens og prevalenstall for legemiddelbruk (Svensk Läkemedelsstatistik 1996). Fra og med 1.januar 1998 startet Sverige en nasjonal individbasert reseptdatabase.

### *Litteratur*

Aune JS: Benzodiazepiner – legemidler til korttidsbruk eller fast medisiner- ing? Prosjektoppgave ved Farmasøytisk institutt, Universitet i Oslo, 1995.

Bjørndal A: Forbruk av psykofarmaka i Norge. Kartlegging og analyser. Rapport nr.7 -1990. Seksjon for helsetjenesteforskning. Statens institutt for folkehelse.

Blennow G, Romelsjø A, Leifman H, Leifman A, Karlsson G: Sedatives and hypnotics in Stockholm: Social factors and kinds of use. *American Journal of Public Health* 1994; 84: 242–6.

Bruk av benzodiazepiner. Konsensuskonferanse 13–14.februar 1996. Rap- port nr.10 fra Komitéen for medisinsk teknologivurdering. Norges forskning- sråd. 1996. ISBN 82–12–00707–3.

Eggen AE: Patterns and predictors of drug use. A pharmacoepidemiologic study, linking the analgesic drug prescriptions to a population health survey in Tromsø, Norway. Thesis. Universitetet i Tromsø 1994.

Ettorre E, Klaukka T, Riska E: Psychotropic drugs: Long-term use, depen- dency and the gender factor. *Soc Sci Med* 1994; 39(12): 1667–1673.

Furu K: Legemiddelbruk i Finnmark – en farmakoepidemiologisk studie basert på data fra Helseundersøkelsen i Finnmark 1987–88. Master of Public Health 1993, Universitetet i Tromsø.

Furu K: Use of psychotropic drugs in northern Norway: association with age, gender, self-evaluated health and lifestyle. Abstract. *Pharmacoepidemiol- ogy and Drug Safety* 1996; 5: Suppl.1: S119.

Furu K: Hvem bruker benzodiazepiner? Foredrag på NFR's konsensuskonferanse om Bruk av benzodiazepiner. Februar 1996.

Furu K, Eggen AE, Thelle DS: Using 14 days recall period of drug use – what do we measure? Abstract. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1998; 7: 52.

Isacson D, Carsjö K, Bergman U, Blackburn JL: Longterm use of benzodiazepines in a Swedish community: an eight-year follow-up. *J Clin Epidemiol* 1992; 45(4): 429–36.

Isacson D: Long-term benzodiazepine use: factors of importance and the development of individual use patterns over time – a 13 year follow-up in a Swedish community. *Social Science and Medicine* 1997; 44: 1871–1880.

Kampmann JM: Sovemedisin, nervemedisin og antidepressiva – kortlægning af forbruget i Danmark, Sundhedsstyrelsen, Lægemedjelaftdelingen, København 1996. ISBN 87–90301–09–9.

Nordic Statistics on Medicines 1990–92. NLN Publication No 34. Nordiska Läkemedelsnämnden, Uppsala 1993

Riska et al (eds): Minor tranquillizers in the Nordic Countries. Nordic Council for Alcohol and Drug research NAD publication No 23, Helsinki 1993.

Sepponen K: The use and the users of psychotropic drugs. Gender differences in the use of tranquillizers and neuroleptics. Thesis for Master of Science in Pharmacy. The University of Kuopio, Finland, 1995.

Svensk Läkemedelsstatistik 1996. Apoteksbolaget Stockholm 1997.

Øydvin K (red): Legemiddelforbruget i Norge 1992–1996. Norsk Medisinaldepot AS, Oslo 1997.

#### **17.4 Bruk av smertestillende medikamenter**

***Kari Furu, Institutt for allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.***

##### ***Kjønnsforskjeller i bruk av smertestillende medikamenter***

Smertestillende medikamenter kan deles inn i to hovedgrupper:

1. Ikke-opioide analgetika som består av paracetamol, acetylsalicylsyre og andre ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs) og fenazon. Disse virker best på hodepine, muskel-skjelettsmerter og menstruasjonsmerter. De er reseptpliktige, men minstepakning på 20 tabletter kan kjøpes uten resept.
2. Opioidanalgetika (morfinliknende) der de mest brukte substansene er morfin, dekstropropoxyfen samt kodein i kombinasjon med paracetamol. Disse legemidlene er reseptpliktige og underlagt forskrivningsrestriksjoner pga faren for avhengighet og misbruk.

Smertestillende medikamenter er blant de mest brukte legemidler, og blant kvinner er det flere brukere av smertestillende enn blant menn (Eggen 1994, Antonov 1997). I Helseundersøkelsen 1995 (SSB) er det gjort personlig intervju av et representativt utvalg av den norske befolkning (10 248 personer i alt) og det er stilt spørsmål om bruk av legemidler siste 14 dager. Det er skilt mellom reseptfrie og reseptpliktige smertestillende medikamenter (Furu, personlig meddelelse). Tabell 8.16 og 8.17 viser kjønns- og aldersfordeling av de som har svart at de har brukt smertestillende medikamenter siste 14 dager.

**Tabell 8.16: Brukere av reseptpliktig smertestillende medisin siste 14 dager (Helseundersøkelsen 1995, SSB)**

| Alder    | Kvinner | Menn   | Kvinne/mann ratio |
|----------|---------|--------|-------------------|
| 20–39 år | 8,6 %   | 4,1 %  | 2,1               |
| 40–59 år | 15, 5%  | 9,0 %  | 1,7               |
| 60–79 år | 18, 4%  | 12, 4% | 1,5               |
| 20–79 år | 13, 3%  | 7,7 %  | 1,7               |

Nesten 37 % av kvinnene i alderen 20–79 år svarte at de hadde brukt reseptfrie smertestillende medikamenter de siste 14 dagene, mens bare 20 % av mennene svarte ja på dette i Helseundersøkelsen 1995 (Furu et al, 1998). Det er flest brukere blant de unge, og kjønnsforskjellen (kvinne/mann ratio) øker med alderen for reseptfrie analgetika. mens for de reseptpliktige smertestillende medikamenter er bruken høyest hos de gamle. Ved 13% av kvinnene i alderen 20–79 år svarte at de hadde brukt reseptpliktige analgetika de siste 14 dager, mens 7,7 % av mennene hadde brukt. Det var flere brukere blant de eldre, mens kjønnsforskjellen avtok med alderen. Eggen har vist at kjønnsforskjellen i bruk av smertestillende medikamenter bare delvis skyldes bruk av smertestillende medikamenter ved menstruasjonsplager (Eggen 1993). I en reseptstudie av sterke smertestillende (kodein-analgetika) fant man at både prevalens av bruk og gjennomsnittlig dose som ble brukt var høyere hos kvinner (og spesielt eldre kvinner) enn hos menn (Eggen og Andrew, 1994).

**Tabell 8.17: Brukere av reseptfri smertestillende medisin siste 14 dager (Helseundersøkelsen 1995, SSB)**

| Alder    | Kvinner | Menn   | Kvinne/mann ratio |
|----------|---------|--------|-------------------|
| 20–39 år | 39, 4%  | 23, 8% | 1,7               |
| 40–59 år | 38, 4%  | 20, 4% | 1,9               |
| 60–79 år | 28, 5%  | 13, 8% | 2,1               |
| 20–79 år | 36, 8%  | 20, 4% | 1,8               |

### **Hva mangler av kunnskap?**

Kunnskap om legemiddelforbruket i Norge relatert til brukernes alder og kjønn har vært begrenset da vi ikke har noen løpende informasjon om legemiddelforbruket på individnivå. I dag er det ingen systematisk oppfølging av legemidlene etterat de er registrert og markedsført.

Jeg viser for øvrig til samme punkt under delutredning av Bruk av psyko-farmaka, de fleste punktene der vil også gjelde bruk av smertestillende medikamenter.

### *Litteratur*

Antonov K: Pharmacoepidemiological Studies on the use of analgesics in Sweden. Thesis, Universitetet i Uppsala 1997.



Eggen AE: The Tromsø Study: frequency and predicting factors of analgesic drug use in a free-living population (12–56 years). *J Clin Epidemiol* 1993; 46(11): 1297–1304.

Eggen AE: Patterns and predictors of drug use. A pharmacoepidemiologic study, linking the analgesic drug prescriptions to a population health survey in Tromsø, Norway. Thesis. Universitetet i Tromsø 1994.

Eggen AE, Andrew M: Use of codeine analgesics in a general population. A Norwegian study of moderately strong analgesics. *Eur J Clin Pharmacol* 1994; 46: 491–496.

Furu K, Eggen AE, Thelle DS: Using 14 days recall period of drug use – what do we measure? Abstract. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1998; 7: Suppl. (in press).

## 17.5 Østrogenbruk

**Anne Johanne Sjøgaard, Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid, Statens institutt for folkehelse. Gro K. Rosvold Berntsen, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.**

### **Hva er østrogenbehandling?**

I Norge brukes østrogen i form av p-piller (høypotente), systemisk østrogen (middels potente) og østrogen mot urogenitale plager (lav potente) (tab 1). I det etterfølgende vil vi i hovedsak diskutere systemisk bruk av østrogen (Hormone Replacement Therapy – HRT), men østrogen mot urogenitale plager vil også bli omtalt. Bruk av p-piller drøftes andre steder.

HRT er substitusjon av endogent østrogen. Dette er aktuelt når østrogen nivået reduseres i forbindelse med langvarig amenoré (treningsrelatert, anoreksi o.l.) eller ved kirurgisk/naturlig menopause. Østrogenregimer ble eksperimentelt tilgjengelig for hundre år siden og har vært kommersielt tilgjengelige i hele etterkrigstida (Kopera & van Keep 1991).

### **Kort- eller langtids-behandling**

*Indikasjonsområdet for HRT kan deles i to:*

*Korttids symptomlindrende behandling:*

Perimenopausale plager er indikasjon for HRT (NIS 1990). Behandlingen varer så lenge plagene vedvarer – det vil si fra noen måneder og opptil fem år. HRT gir umiddelbar og effektiv lindring. Slik behandling er ikke vist å øke risiko for brystkreft (Grady et al. 1992).

*Langtids sykdomsforebyggende behandling:*

Man må trolig bruke HRT kontinuerlig over noen år for å oppnå de forebyggende effektene. De beskyttende effektene avtar når medikamentet seponeres (Clarkson et al. 1995). Langtidsbehandling er kontroversielt – det mangler konsensus både om positive og negative langtids effekter og om hvilke behandlingsregimer som er de beste.

### **Hva er effektene av østrogen?**

Vår kunnskap om HRT's effekter baserer seg i hovedsak på observasjonsstudier. Hovedkritikken mot slike studier er muligheten for seleksjonsbias (Posthuma et al. 1994). Brukerne av HRT har vist seg å ha høyere utdanning og gunstigere livsstil enn ikke-brukerne (Persson et al. 1997a) og de får oftere utført cervixcytologi og mammografi (Derby et al. 1995). I tillegg har langtidsbrukere av HRT pr. definisjon høy medikament «compliance», og denne egenskapen er tidligere vist å forutsi lav risiko for sykdom (Petitti 1994). HRT kan derfor være en markør på, ikke en årsak til, lavere sykkelighet og dødelighet hos HRT-brukerne, selvom dette neppe kan forklare hele effekten.

### **Umiddelbare effekter**

#### *Symptomer lindres effektivt*

Prevalensen av hetetokter blant perimenopausale kvinner i en normalbefolkning er 45–50 prosent. 20–25 prosent av kvinnene har fortsatt hetetokter 4–5 år etter menopausens inntreden (Avis & McKinlay 1995). HRT i alle former lindrer hetetokter så fremt en oppnår tilstrekkelig plasmanivå av medikamentet. Urogenital slimhinneatrofi (tørr irritabel skjede, dyspareuni, urininkontinens, recidiverende UVI) kan behandles effektivt med alle typer østrogen, også østriol (lavpotent) (Milsom 1996).

#### *Effekter på sentralnervesystemet (CNS)*

HRT har effekt på verbal hukommelse, men har sannsynligvis ingen generell effekt på kognitiv funksjon (Sherwin 1996). HRT øker stemningsleiet hos kvinner som ikke på forhånd er klinisk deprimerte, men klinisk deprimerte pasienter viser ingen bedring ved HRT-behandling (Sherwin 1996).

#### *Bivirkninger og livskvalitet*

Ufarlige bivirkninger som brystspreg, hodepine, ødemer, følelse av vektøkning og kvalme er rapportert ved bruk av HRT (Nachtigall 1990). Vi vet pr. i dag lite om omfang og alvorlighetsgrad av disse plagene. Det er en myte at HRT gir vektøkning (PEPI 1995, Medical Research Council 1996).

Avbruddsblødninger som følge av kombinasjonsregimer oppfattes av mange som uønsket og er en viktig grunn til redusert «compliance» (Ryan et al. 1992, Speroff et al. 1996). Det finnes et blødningsfritt HRT-alternativ som tolereres bedre av pasientene der gestagen komponenten gis kontinuerlig sammen med østrogen (Doren et al. 1995).

HRT øker livskvaliteten hos kvinner med perimenopausale plager (Derman et al. 1995), men resultatene kan ikke generaliseres til kvinner uten slike plager da disse ikke vil oppleve samme symptomlindring ved bruk.

### **Effekter på alvorlig sykdom ved langtids bruk**

#### *Total mortalitet reduseres*

Brukere av HRT har en reduksjon i total mortalitet av alle årsaker på 20–50 prosent sammenliknet med ikke brukere (Schairer et al. 1997). Lavere hjertekar dødelighet ser ut til å bidra mest til denne reduksjonen, men total cancer mortalitet er også redusert med 15–20 prosent blant HRT-brukere (Persson et

al. 1996). En nyere meta analyse viser at nesten alle kvinner vil øke sin levetid ved bruk av HRT (Col et al. 1997). Unntaket er kvinner med meget lav hjerte-kar risiko og meget høy risiko for brystkreft.

En nylig publisert studie av eldre kvinner med *tidligere hjerte-kar* sykdom som brukte østrogen/gestagen over gjennomsnittlig 4.1 år, viste imidlertid ingen reduksjon i totaldødeligheten (Hulley et al. 1998) (Se kommentar under koronarsykdom).

#### *HRT forebygger osteoporose og brudd*

Kvinner som tar HRT bevarer eller øker *benmassen* (Nachtigall et al. 1979a, PEPI 1996a, Speroff et al. 1996). Bentetthetsresultatene er like gode eller bedre for kombinasjonsregimer (PEPI 1996a, Speroff et al. 1996). HRT og bisfosfonater (Wimalawansa 1998), HRT og mosjon (Prince et al. 1991) – og HRT og kalsium (Aloia et al. 1994, Nieves et al. 1998) ser alle ut til å være mer effektive enn HRT alene. HRT brukt over 2 år ser ut til å øke benmassen noe mer enn bisfosfonat blant ikke-osteoporotiske postmenopausale kvinner (Hosking et al. 1998).

En randomisert kontrollert studie viser signifikant reduksjon i insidens av vertebrale *brudd* med HRT (RR- 0,39) (Lufkin et al. 1992). Observasjonsstudier gjort på kvinner under 70 år viser at HRT gir risikoreduksjon på rundt 50 prosent for hoftebrudd og rundt 20 prosent for alle typer brudd (Kanis et al. 1992, Folsom et al. 1995). Dersom bentap fortsetter etter fylte 70 år (Jones et al. 1994), vil man anta at HRT også vil være gunstig for de eldste. Den før omtalte randomiserte studien blant eldre kvinner med *tidligere hjerte-kar sykdom* ga imidlertid ikke statistisk signifikant reduksjon i brudd (Hulley et al. 1998). Denne studien var primært designet for å teste HRT's effekt på hjerte-kar sykdom og gikk over forholdsvis kort tid (Lauritzen 1998).

#### *Brystkreftisiko øker?*

Flere store observasjonsstudier på sammenhengen mellom HRT og *brystkreft* viser en relativ risiko på 1,0–1,5 hos brukere (Colditz et al. 1995, Collaborative Group 1997).

Kombinasjonsregimer ser ut til å gi samme, eller noe forhøyet risikoøkning for *brystkreft* i forhold til ensidige østrogen regimer (Colditz et al. 1995, Persson et al. 1997b). En randomisert kontrollert studie av eldre kvinner som brukte østrogen/gestagen i gjennomsnittlig 4.1 år, ga imidlertid ingen statistisk signifikant økning i antall *brystkreft*tilfeller (Hulley et al. 1998).

*Brystkreft* som er diagnostisert blant HRT-brukere har ikke dårligere prognose enn *brystkreft* diagnostisert blant ikke brukere (Bonnie et al. 1995). Med ett unntak (Colditz et al. 1995), er tvert imot bruk av HRT assosiert med en ca. 20–30 prosent lavere risiko for *brystkreftdød* (Willis et al. 1996, Schairer et al. 1997), men dette reflekterer trolig fordelene HRT-brukerne har av økt kontroll fra helsevesenets side (Bonnie et al. 1995).

#### *Andre kreftformer øker ikke*

En stor prospektiv observasjonsstudie gir relative risiko for 16 forskjellige kreftformer på 1,0 eller mindre (Persson et al. 1996) hos brukere. *Kreft* i cervix, ovarier, vulva og vagina øker ikke i hyppighet (Posthuma et al. 1994, Schairer et al. 1997). Mange studier viser, med kun ett unntak (Beresford et

al. 1997) at forekomst av endometriekreft ikke påvirkes av *kombinasjonsregimer* (Schairer et al. 1997) og randomiserte kontrollerte studier støtter dette idet endometriehyperplasi er like hyppig i HRT og placebogruppene (PEPI 1996b). *Ensidige østrogenregimer* gir derimot en eksponentiell økning i risiko for endometriekreft med økende bruk og er derfor ikke anbefalt til kvinner med uterus.

### **Redusert risiko for koronarsykdom**

Spørsmålet om hvorvidt HRT reduserer risikoen for koronarsykdom er viktig fordi dette er en vanlig sykdom i Norge med betydelig morbiditet og mortalitet også blant kvinner (Njolstad et al. 1996). HRT endrer lipidprofilen hos postmenopausale kvinner i gunstig retning, men ensidig østrogen og kombinasjonsregimer virker forskjellig (PEPI 1995, Tonstad et al. 1995, Medical Research Council 1996). Hvilket gestagen som velges og måten HRT inntas på (peroralt/ transdermalt) har sannsynligvis betydning.

I observasjonsstudier har HRT-brukere en relativ risiko på 0,13–0,59 for angiografisk påvist alvorlig atherosclerose, etter justering for kjente risikofaktorer (Sullivan 1995).

Den eneste randomiserte placebo kontrollerte studien på primær koronarsykdom og HRT (Nachtigall et al. 1979b) viser en relativ risiko på 0,3 for hjerteinfarkt hos brukere, men dette var ikke statistisk signifikant. Noen eldre case-kontroll studier (Rosenberg et al. 1980, Thompson et al. 1989) rapporterer ingen eller moderat økt risiko for koronarsykdom. Reanalysen av Framingham data, viste at HRT-brukere i alderen 60–69 år økte sin risiko for hjerteinfarkt, mens de øvrige fikk redusert risiko (Eaker & Castelli 1987).

De øvrige observasjonsstudier viser gjennomgående en risikoreduksjon for hjerteinfarkt/koronar død hos brukere på ca 20–60 prosent (Sullivan et al. 1990, Grodstein et al. 1996a, Schairer et al. 1997). Effekten oppheves ikke etter justering for kjente hjerte-kar risikofaktorer. De få studiene som har sett på *kombinasjonsregimer* rapporterer RR fra 0,39 til 0,89 for koronarsykdom (Grodstein et al. 1996a, Schairer et al. 1997).

Den omtalte randomisert kontrollert studie av eldre kvinner med *tidligere hjerte-kar sykdom*, ga etter gjennomsnittlig 4.1 år med østrogen/gestagen, ingen reduksjon i ny hjerte-kar sykdom, selv om treden var positiv i siste del av studieperioden (Hulley et al. 1998). Innvendinger mot metodiske forhold, slik som for liten styrke, for kort observasjonstid, for lav østrogendose og manglende informasjon om røyking og blodtrykk, er senere fremsatt (Speroff 1998, Lauritzen, 1998). I tillegg er det studier som tyder på at det gestagenet som ble brukt i denne studien (medoxyprogesterone acetat) kanskje kan motvirke den gunstige effekten av østrogen på hjerte-kar sykdom – spesielt når det brukes daglig som i denne studien (Speroff 1998, Lauritzen, 1998). Det østrogenet som ble benyttet (konjugert østrogen), brukes ikke i HRT-preparater solgt i Norge.

### **Økt risiko for dyp vene trombose og lungeemboli ?**

Nyere studier på HRT og venøse tromboser rapporterer økt risiko (RR fra 2 til 4) (Grodstein et al. 1996b, Daly et al. 1996, Pérez Gutthann et al. 1997), mens en del eldre studier viser ingen endring i risiko (Nachtigall et al. 1979b, Devor et al. 1992). Den randomisert kontrollert studien av eldre kvinner med *tidligere hjerte-kar sykdom* ga økt risiko for dyp venetrombose (RR=3.18; CI 1.43–7.04)

blant dem som benyttet østrogen/gestagen (Hulley et al. 1998). Økningen var spesielt stor det første året av studien. Det er vanskelig å avgjøre om trombose-erisikoen er reelt økt for alle kvinner, før randomiserte kontrollerte studier er gjort blant kvinner *uten* tidligere hjerte-kar sykdom.

#### *Mulig positiv effekt på apopleksi og Alzheimers demens*

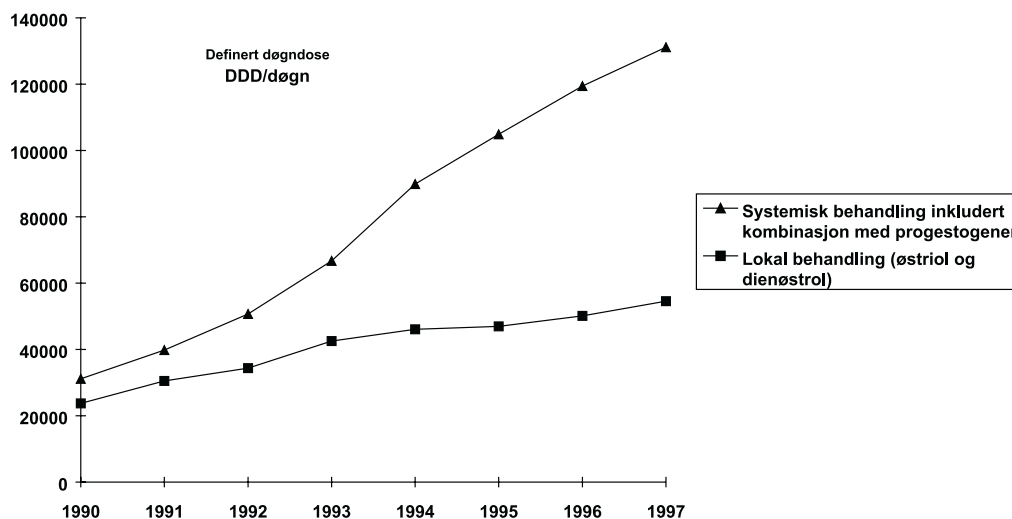
Resultatene på HRT og apopleksi spriker, RR varierer fra 0 til 2 hos brukerne (Paganini Hill 1995). To nyere studier gir hverken økt eller redusert risiko for slag etter bruk av HRT (Pedersen et al. 1997, Petitti et al. 1998). Studier av død som følge av apopleksi viser imidlertid en gjennomgående reduksjon i risiko på mellom 20–60 prosent (Paganini Hill 1995).

**Tabell 8.18:** Selvrapportert bruk av hormonsubstitusjon (middels potente – østrogen tabletter/plaster) blant norske kvinner (30–79 år) etter alder og utdanningslengde

|                       | 1994<br>(n=565)  | 1996<br>(n=460) | 1998<br>(n=489) |
|-----------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| Alder (år)            | %                | %               | %               |
| 30–39                 | 2.8              | 0.7             | 0.7             |
| 40–49                 | 6.7              | 9.8             | 7.5             |
| 50–59                 | 29.8             | 23.8            | 29.4            |
| 60–69                 | 7.9              | 13.6            | 10.9            |
| 70–79                 | 18.0             | 0.0             | 1.6             |
| P                     | <0.001           | <0.001          | <0.001          |
| Utdanning (år)        |                  |                 |                 |
| <9                    | 11.1             | 9.2             | 9.2             |
| 10–12                 | 10.1             | 8.1             | 9.3             |
| 13+                   | 7.4              | 6.9             | 7.8             |
| P                     | 0.588            | 0.804           | 0.884           |
| p (justert for alder) | 0.868            | 0.886           | 0.885           |
| Totalt                | 9.9 <sup>1</sup> | 8.1             | 8.9             |

<sup>1</sup> Spørsmålet om østrogen var formulert noe annerledes i 1994. Totaltallet inneholder trolig noen yngre kvinner som brukte p-piller og noen eldre som brukte lokal østrogen mot urogenitale plager

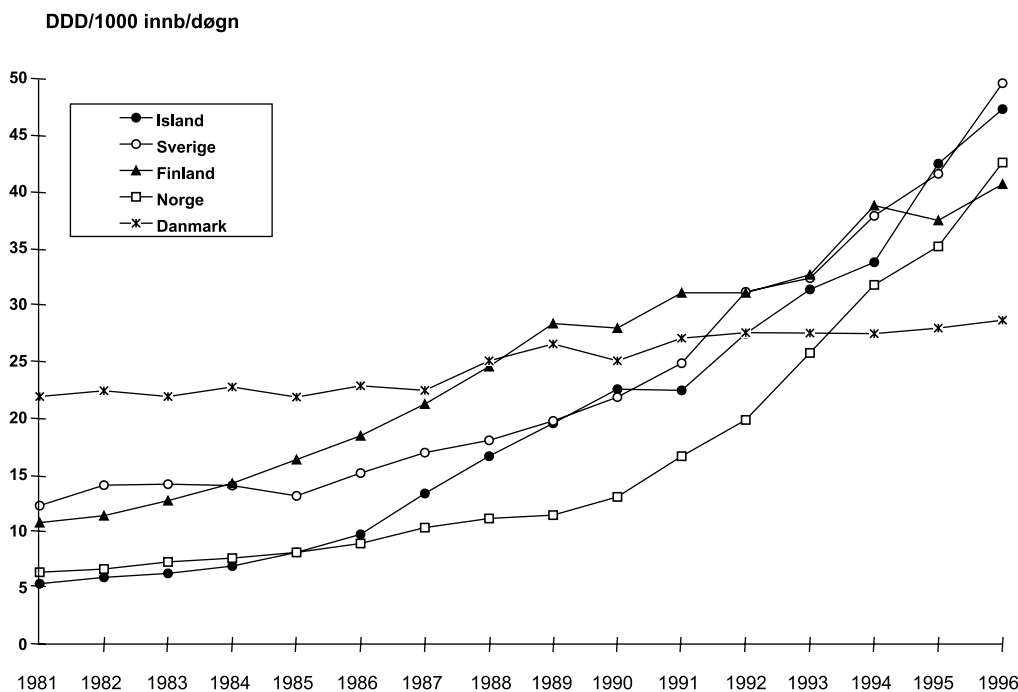
Den samme inkonsistens finner en i studiene på HRT og Alzheimers sykdom hvor brukernes RR varierer fra 0,33 til 2,38 (Tang et al. 1996, Paganini Hill 1996). I små kliniske behandlingsforsøk av pasienter med Alzheimer's sykdom er det vist positive effekter på blant annet hukommelse og tidsorientering (Paganini Hill 1996). En meta-analyse fra 1998 viser en gjennomsnittlig redusert risiko for utvikling av senil demens på 2,9% blant brukere av HRT, men forfatterne påpeker svakheter og inkonsistenser i disse studiene, og etterlyser placebo-kontrollerte klinisk forsøk (Yaffe et al. 1998).



Figur 8.44 Salg av østrogenholdige preparater i Norge (ATC gr G03C og G03F). (Norsk Medisinaldepot AS, personlig meddelelse). Hormonsubstitusjon, middels potente og østrogen mot urogenitale plager, lav potente

### **Bruk av østrogen – og endringer over tid**

Tall for bruk av HRT varierer fra 3% i Italia til 47% i USA (Søgaard et al. 1998b). I en sammenlignende studie basert på salgstall (Jolleys & Olesen 1996) lå Norge (13%) sammen med England og de øvrige skandinaviske land i en midtkategori, mens USA lå alene høyest (20%) og alle de øvrige kontinentale europeiske land lå lavest (Spania og Italia under 1%).



Figur 8.45 Salg av østrogenholdige preparater (ATC gr G03C og G03F). Tall fra Finland i 1985 og fra Danmark i 1993 mangler, og er ekstrapolert. (Nordiska Läkemedelsnämnden, personlig meddelelse).

Andre studier har vist at norske kvinner tidligere har ligget beskjedent an mht bruk av østrogen per- og postmenopausal sammenlignet med andre vestlige land (Topo et al. 1995, Søgaard et al. 1998b).

### *Hormonsubstitusjon i Norge – middels potente*

#### *Selvrapportert bruk*

I 1981 oppga 9 % av Oslokvinner (45–55 år) at de brukte østrogen (Topo et al. 1995), mens tall fra fylkesundersøkelsene (Oppland, Sogn & Fjordane, Finnmark) i perioden 1985–88 var 4% i tilsvarende aldersgruppe (Lund-Larsen & Stensvold 1990). I 1998 var prosenten 23.2 i samme aldersgruppe i et representativt utvalg av norske kvinner.

Tall for bruk av hormonsubstitusjon fra landsrepresentative utvalg av norske kvinner i 1994, 1996 og 1998 er gjengitt i tabell 8.18. I 1998 rapporterte nær 30 % av kvinnene mellom 50 og 59 år at de brukte hormonsubstitusjon. Andelen HRT-brukere var høyest på Østlandet og lavest i Trøndelag/Nord-Norge (Søgaard et al. 1998 b). Mens det i de fleste andre land er kvinner med lang utdanning som i størst grad bruker HRT (Oddens et al. 1992, Scalley & Henrich 1993, Topo et al. 1995, Limouzin-Lamonthe 1996, Persson et al. 1997a), var det ingen forskjell i bruk av østrogen mellom utdanningsgruppene i de norske undersøkelsene (Søgaard et al. 1998 a, Søgaard et al. 1998 b).

*Omsetning*

Salgstall for systemisk østrogen (ATC gr G03C og G03F) for perioden 1990–1997 fremgår av figur 8.44.

Totalt ble det i 1997 solgt døgndoser med østrogen som tilsvarer et estimert forbruk på 23,6 % beregnet ut fra antallet kvinner i aldersgruppen 45–69 år. Ingen andre nordiske land har hatt større økning i omsetning av slik østrogen i perioden 1990–96, men Norge lå fortsatt lavere enn Sverige og Island i 1996 (fig 8.44).

*Østrogen mot urogenitale plager – lavpotente**Selvrapportert bruk*

I 1996 rapporterte 8. 5% av norske kvinner (40–79 år) at de brukte østrogen mot urogenitale plager (østriol-tabletter/-stikkpiller/-krem), mens tilsvarende prosent i 1998 var 9.3 (fig 8.45). Bruken var i 1998 høyest i aldersgruppen 60–69 år (18. 8%). For den mest aktuelle aldersgruppen (50–79 år) var det ingen økning i bruken fra 1996 til 1998.

*Omsetning*

I perioden 1990–97 har salget av preparater mot urogenitale plager i Norge blitt mer enn fordoblet (fig 8.44). Økningen i salget var størst de første årene.

**Tabell 8.19: Selvrapportert bruk av lokal østrogen (lav potente – østriol tabletter/krem/ vagitorier) mot urogenitale plager blant norske kvinner (40–79 år) etter alder og utdanningslengde**

|                       | 1996<br>(n=305) | 1998<br>(n=334) |
|-----------------------|-----------------|-----------------|
| Alder (år)            | %               | %               |
| 40–49                 | 0.8             | 3.3             |
| 50–59                 | 15.9            | 8.5             |
| 60–69                 | 13.6            | 18.8            |
| 70–79                 | 13.7            | 12.3            |
| P                     | <0.001          | <0.005          |
| Utdanning (år)        |                 |                 |
| <9                    | 10.4            | 9.7             |
| 10–12                 | 7.6             | 10.3            |
| 13+                   | 7.4             | 6.6             |
| P                     | 0.698           | 0.664           |
| p (justert for alder) | 0.760           | 0.235           |
| <b>Totalt</b>         | <b>8.5</b>      | <b>9.3</b>      |



### **Hvilke faktorer påvirker østrogenbruk?**

Det er mange årsaker til de variasjoner i østrogenbruk vi ser landene imellom – kulturelle forskjeller mht oppfatningen av menopause og menopausale symptomer (Oddens et al. 1992), ulik tradisjon mht bruk av p-piller (Stampfer et al. 1991, Brett & Madans 1997), ulik praksis når det gjelder hvem som forskriver østrogen – gynekolog eller primærlege (Oddens et al. 1994), ulikheter i praksis mht administrasjonsmåte (Cano 1995, Crosignani 1996) og forskjellige holdninger i legestanden og blant kvinnene selv til medisinerings av en naturlig prosess (Hunnskaar & Backe 1992, Backe et al. 1992, Oddens et al. 1994, Barentsen 1996).

Når det gjelder årsaker til hvorfor mange kvinner ikke begynner med østrogen, viser litteraturen at disse ofte er de samme som angis for manglende «compliance», nemlig frykt for kreft, uønskede månedlige blødninger, vektøkning og andre subjektive bivirkninger (Nachtigall 1990, Draper & Roland 1990, Cano 1995, Limouzin-Lamonthe 1996).

### *Begrenset informasjon og kunnskap om østrogen*

I en norsk intervjuundersøkelse fra 1994 går det frem at en av tre kvinner (15–79 år) hadde fått informasjon om østrogen de siste par år og at hovedkildene var ukeblader og lege (Søgaard et al. 1998a). Andelen som hadde fått informasjon lå over 50 % i aldersgruppen 45–59 år og blant kvinner med 13 år eller lengre utdanning. Hele 90,7% (195 av 215) av dem som ikke brukte østrogen i den mest aktuelle alderen (45–69 år) oppga at de *ikke* hadde fått noen informasjon om østrogen fra lege i løpet av de siste par år.

Flere undersøkelser har vist at kvinnene selv ønsker mer informasjon om østrogen (Ferguson et al. 1989, Hunnskaar & Backe 1992, Graziottin 1996). Andelen kvinner som gav riktig svar på kunnskapsspørsmålene i 1994 undersøkelsen varierte fra 35 til 50 % (Søgaard et al. 1998a).

### *Ambivalente holdninger til østrogen*

Nesten 70 % av kvinnene i den nevnte undersøkelsen mente at vitenskapen vet for lite om østrogen og vel 50% sa seg helt eller delvis enig i at østrogenbehandling har mange bivirkninger (Søgaard et al. 1998a). På den annen side mente nesten 65 % av kvinnene at østrogenbehandling øker livskvaliteten. Informasjon fra lege syntes generelt å gi mindre skepsis til bruk av østrogen enn informasjon fra mediene.

### *Stor villighet til å bruke østrogen mot konkrete lidelser*

Nær 75 % av kvinnene i den samme undersøkelsen sa seg villige til å bruke østrogenbehandling mot plager i overgangsalderen, mens en noe lavere andel var villige til å bruke østrogen for å forebygge hjerteinfarkt (68,1%) og beinskjørhet (65,0 %) etter anbefaling fra lege.

### *Informasjon, holdning og kunnskap er viktigst for bruken av østrogen*

Utenom informasjon, var positiv holdning til østrogen den faktoren som betydde mest for norske kvinners bruk av østrogen etter justering for andre bakgrunnsvariabler, dernest kom kunnskap og villighet til å bruke østrogen etter legens anbefaling (Søgaard et al. 1998b). Dette er i tråd med funn fra

tidligere studier (Ferguson et al. 1989, Scalley & Henrich 1993, Groeneveld et al. 1994, Jensen & Hilden 1996).

Undersøkelsene fra 1994 og 96 (Søgaard et al. 1998b) fant ingen sammenheng mellom bruk av østrogen og sivilstatus, egen inntekt, bostedsstrøk, medlemskap i ulike organisasjoner/foreninger, om de var arbeidsløse, antall timer husarbeid pr. uke eller om kvinnene hadde en ledende stilling.

### *Legene har stor betydning*

Legen er en viktig informasjonskilde når det gjelder bruk av substitusjonsbehandling i de aktuelle aldersgrupper. De som hadde fått informasjon fra lege hadde i større grad korrekt kunnskap, positive holdninger og var mer villig til å bruke østrogen. Men mange kvinner i aktuell alder får ikke informasjon fra sin lege om østrogen. Flere forfattere har pekt på at legens holdning og forskrivningspraksis kanskje er det som betyr aller mest for kvinners bruk av østrogen (Barentsen 1996, Limouzin-Lamonthe 1996), og at det åpenbart er behov for mer informasjon fra leger om østrogen (Nachtigall 1990, Coope & Marsh 1992, Topo et al. 1993). Undersøkelser har vist at kvinner i større grad får forskrevet østrogen hvis de går til kvinnelige leger (Seto et al. 1996), at kvinnelige leger er mer positive til substitusjonsbehandling enn mannlige (Greendale et al. 1990), og at de har mindre problemer enn sine mannlige kolleger når det gjelder å fastsette/justere behandlingsopplegg med østrogen (O'Connor et al. 1996). Etter den norske konsensuskonferansen om bruk av østrogen i 1990, endret kvinnelige leger sin forskrivningspraksis mer enn mannlige (Hunskår et al. 1994). Det er også vist at kvinnelige leger i større grad enn den generelle befolkning bruker østrogen og at de bruker det over flere år (Isaac et al. 1995). Bruken av østrogen blant norske kvinnelige gynekologer og mannlige gynekologers partnere er fire ganger høyere enn i den øvrige del av den kvinnelige befolkningen (Moen et al. 1998).

### **Problemområder og utfordringer**

#### *Mangler randomiserte studier med harde endepunkt*

Dagens økende behandlingsoptimisme er, med unntak av noen små, randomisert kliniske studier og en større sekundærforebyggende undersøkelse, basert på observasjonstudier og randomiserte studier med surrogat endepunkt – for eksempel bentetthet, kolesterol eller blodtrykk. Seleksjonsbias kan derfor tenkes å forklare *deler* av observasjonsstudienes effekt på morbiditet og mortalitet. Den manglende konsensus mht anbefaling av østrogen, fører til sprik i de faglige råd som gis, med påfølgende usikkerhet blant kvinnene.

Selv om to større randomiserte kontrollerte primærforebyggende studier mht bruk av østrogen/gestagen er satt igang, vil det fortsatt være behov for flere slike studier – da effekten trolig varierer med dose, type østrogen, type gestagen, varighet av bruken og måten HRT inntas på. Myndighetene har et spesielt ansvar mht initiering av slike studier på langtidseffektene av HRT på morbiditet og mortalitet, idet legemiddelindustrien ikke vil prioritere denne type forskning fordi patenttiden på østrogen er ute.

*Andre medikamenter mht forebygging av osteoporotiske frakturer er på blå resept.*

En ekspertgruppe nedsatt av Statens legemiddelkontroll (Terapianbefalinger 1997) har anbefalt østrogen som førstevalg for kvinner under 70 år. Fordi man mangler gode data mht. effekt av østrogenbruk hos kvinner over 70 år, er bisfosfonat foreslått som førstevalget i denne gruppen.

Til tross for at Stortinget har vedtatt at «både kvinner og menn uansett alder som lider av såkalt sekundært etablert osteoporose, kan få foreskrevet Fosamax og Didronate eller andre midler med påvist effekt på blå resept» (Innst S nr 180, 1996–97), er østrogen fortsatt ikke å få på blå resept. En nyere studie har vist at HRT har sammenlignbar eller muligens bedre effekt på ben tetthet enn bisfosfonatet alendronat (Hosking 1998). På bakgrunn av dette er det vanskelig å forstå hvorfor HRT ikke har samme status som bisfosfonat når det gjelder forebygging av brudd. Denne ulikheten fører trolig til en dreining av medikamentbruken mot bisfosfonater, som både er langt dyrere for samfunnet og kanskje gir dårligere totale helseeffekter.

*Det dyreste preparatet gir trolig minst bivirkninger.*

Bare 2,8 % av norske kvinner i aldersgruppen 45–69 år brukte transdermal østrogen i 1996 (Søgaard et al. 1998b), mens prosenten i 1998 var steget til 3,8. Plaster er en administrasjonsform som synes å ha de samme positive effekter som østrogen i tablettform, men trolig mindre bivirkninger (Nachtigall 1995). I tillegg er det langt høyere «compliance» ved bruk av plaster enn tabletter (Scalley & Henrich 1993, Nachtigall 1995). Fordi plaster er langt dyrere enn tabletter, vil valg av administrasjonsform være et økonomisk spørsmål for mange, men også et spørsmål om å bli informert om de alternativene som finnes.

*Manglende kunnskap om hvordan vi øker «compliance» blant kvinner som bruker HRT.*

Vi har begrenset kunnskap om hvordan man får kvinner til å fortsette med HRT når de først har begynt (økt «compliance»). Økt bruk av plaster og HRT-typer som ikke gir blødning, samt mer vekt på informasjon om mulige bivirkninger og oppfølging fra legens side (Nachtigall 1990, Speroff et al. 1996), vil trolig gi bedre «compliance».

*Mer vekt på HRT's forebyggende effekter.*

Det er langt høyere bruk av østrogen blant perimenopausale enn postmenopausale vest-europeiske kvinner (Topo et al. 1993, Oddens et al. 1994), og mange kvinner slutter med østrogen etter relativ kort tid (1/2–2 år) (Topo et al. 1993, Draper & Roland 1990, Scalley & Henrich 1993, Oddens et al. 1994). Dette skyldes trolig at HRT først og fremst brukes mot klimakterielle plager, ikke i forebyggende øyemed. Vektlegging av og begrunnelse for bruk av østrogen bør i kommende år trolig dreies mer mot disse medikamentenes forebyggende effekt på kroniske lidelser (hjerte- og karsykdom og osteoporose) og død, enn på lindring av klimakterielle plager.

*Legenes rolle er viktig – behov for mer kunnskap.*

Det er viktig at leger, på en objektiv måte, videreformidler den kunnskap og innsikt man i dag har på området substitusjonsbehandling, slik at kvinnene selv kan foreta selvstendige, informerte valg (Berntsen et al. 1997a). Det er lite samsvar mellom andel brukere av østrogen og andelen som er positive til slik bruk mot hjerteinfarkt og beinskjørhet etter legens anbefaling (Søgaard et al. 1998a, Søgaard et al. 1998b). For at kvinnene selv kan foreta informerte valg, trenger vi mer kunnskap om hvilke administrasjonsmåter kvinnene foretrekker, hvorfor mange leger er tilbakeholdne med å informere om og forskrive østrogen, og hvordan kunnskap om positive og negative effekter av østrogen kan bedres blant leger og i befolkningen generelt.

**Konklusjon**

Langtidshormonsubstitusjon (HRT) ser ut til å være forbundet med 20–50 prosent reduksjon i mortalitet, opp til 3 1/2 års økt levetid og opp til 50 prosent reduksjon i risiko for koronarsykdom og osteoporotiske brudd (Berntsen et al. 1997b). Det er imidlertid rapportert en moderat økning av brystkreftrisiko og en viss økt risiko for venøs trombose. En rekke hormonelt induerte bivirkninger kan tilskrives HRT, men omfanget av disse er lite studert. Det er usikkert om HRT gir redusert hjerte-kar sykdom blant eldre kvinner som allerede har hjerte-lidelse – og som starter med HRT i relativt høy alder.

Metodiske svakheter ved de siste tiårs HRT-forskning bidrar til at det fortsatt ikke er konsensus om praksis ved forskrivning av HRT. Slik forskrivning må fortsatt baseres på individuell vurdering av den enkelte pasients risikoprofil og plager.

Det lave informasjonsnivået, den begrensede kunnskapen og de ambivalente holdninger til substitusjonsbehandling generelt i den kvinnelige befolkning er en stor utfordring for landets helsepersonell. Det er den enkelte kvinne selv som, på bakgrunn av nøktern informasjon og råd fra egen lege, må avgjøre om hun ønsker å bruke HRT eller ikke.

*Litteratur*

Aloia JF, Vaswani A, Yeh JK, Ross PL, Flaster E, Dilmanian FA. Calcium supplementation with and without hormone replacement therapy to prevent postmenopausal bone loss. *Ann Intern Med* 1994; 120: 97–103.

Avis NE, McKinlay SM. The Massachusetts Women's Health Study: an epidemiologic investigation of the menopause. *J Am Med Assoc* 1995; 50: 45–59,63.

Backe B, Hunskaar S, Skolbekken JA. General practitioners' attitude to oestrogen prescription in the menopause: a national survey in Norway. *Scand J Prim Health Care* 1992; 10: 179–84.

Barentsen R. The climacteric in The Netherlands: a review og Dutch studies on epidemiology, attitudes and use of hormone replacement therapy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 64 (suppl): 7–11.

Beresford SAA, Weiss NS, Voigt LF, McKnight B. Risk of endometrial cancer in relation to use of oestrogen combined with cyclic progestogen therapy in postmenopausal women. *Lancet* 1997; 349: 458–61.

Berntsen GKR, Tollan A, Fønnebø V. Postmenopausal hormonsubstitusjon for de mange eller de få? Del II – Relevante beslutningsfaktorer for langtids hormonsubstitusjon. *Nord Med* 1997a; 112: 327–30.

Berntsen GKR, Tollan A, Fønnebø V. Postmenopausal hormonsubstitusjon for de mange eller de få? Del I – Effekter av langtids hormonsubstitusjon. *Nord Med* 1997b; 112: 276–9. Rettelse: *Nord Med* 1997: 112; 330.

Bonnier P, Romain S, Giacalone PL, Laffargue F, Martin PM, Piana L. Clinical and biologic prognostic factors in breast cancer diagnosed during postmenopausal hormone replacement therapy. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 11–7.

Brett KM, Madans JH. Use of postmenopausal hormone replacement therapy: Estimates from a Nationally Representative Cohort Study. *Am J Epidemiol* 1997; 145: 536–45.

Cano A. Compliance to hormone replacement therapy in menopausal women controlled in a third level academic centre. *Maturitas* 1995; 20: 91–9.

Clarkson TB, Hughes CL, Klein KP. The nonhuman primate model of the relationship between gonadal steroids and coronary heart disease. *Prog Cardiovasc Dis* 1995; 38: 189–98.

Col NF, Eckman MH, Karas RH, Pauker SG, Golberg RJ, Ross EM et al. Patient-specific decisions about hormone replacement therapy in postmenopausal women. *JAMA* 1997; 277: 1140–7.

Colditz GA, Hankinson SE, Hunter DJ, Willett WC, Manson JE, Stampfer MJ, Hennekens C, Rosner B, Speizer FE. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1995; 332: 1589–93.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy; collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 108 411 women without breast cancer. *Lancet* 1997; 350: 1047–59.

Coope J, Marsh J. Can we improve compliance with long-term HRT? *Maturitas* 1992; 15: 151–8.

Crosignani PG. Management of hormone replacement therapy: the Italian experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 64 Suppl: S13–5.

Daly E, Vessey M, Hawkins MM, Carson JL, Gough P, Marsh S. Risk of venous thromboembolism in users of hormone replacement therapy. *Lancet* 1996; 348: 977–80.

Derby CA, Hume AL, McPhillips JB, Barbour MM, Carleton RA. Prior and current health characteristics of postmenopausal estrogen replacement therapy users compared with nonusers. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 544–50.

Derman RJ, Dawood MY, Stone S. Quality of life during sequential hormone replacement therapy – a placebo-controlled study. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1995; 40: 73–8.

Devor M, Barrett Connor E, Renvall M, Feigal D, Jr., Ramsdell J. Estrogen replacement therapy and the risk of venous thrombosis. *Am J Med* 1992; 92: 275–82.

Doren M, Reuther G, Minne HW, Schneider HP. Superior compliance and efficacy of continuous combined oral estrogen-progestogen replacement therapy in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1446–51.

Draper J, Roland M. Perimenopausal women's views on taking hormone replacement therapy to prevent osteoporosis. *BMJ* 1990; 300: 786–8.

Eaker E, Castelli WP. Coronary heart disease and its risk factors among women in the Framingham Study. I: Eaker E, Packard B, Wenger N, Clarkson T, and Tyroler HA. red. *Coronary Heart Disease in Women*. New York: Haymarket Doyma, 1987; p. 122–30.

Ferguson KJ, Hoegh C, Johnson S. Estrogen replacement therapy. A survey of women's knowledge and attitudes. *Arch Intern Med* 1989; 149: 133–6.

Folsom AR, Mink PJ, Sellers TA, Hong CP, Zheng W, Potter JD. Hormonal replacement therapy and morbidity and mortality in a prospective study of postmenopausal women. *Am J Public Health* 1995; 85: 1128–32.

Grady D, Rubin SM, Petitti DB, Fox CS, Black D, Ettinger B, Ernster VL, Cummings SR. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann Intern Med* 1992; 117: 1016–37.

Graziottin A. HRT: the woman's perspective. *Int J Gynecol Obstet* 1996; 52

Suppl 1: S11-S16.

Greendale GA, Carlson KJ, Schiff I. Estrogen and progestin therapy to prevent osteoporosis: attitudes and practices of general internists and gynecologists. *J Gen Intern Med* 1990; 5: 464–9.

Grodstein F, Stampfer MJ, Manson JE, Colditz GA, Willett WC, Rosner B, Speizer FE, Hennekens C. Postmenopausal estrogen and progestin use and the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 1996a; 335: 453–61.

Grodstein F, Stampfer M, Goldhaber SZ, Manson JE, Colditz GA, Speizer FE, Willett WC, Hennekens C. Prospective study of exogenous hormones and risk of pulmonary embolism in women. *Lancet* 1996b; 348: 983–7.

Groeneveld FP, Bareman FP, Barentsen R, Dokter HJ, Drogendijk AC, Hoes AW. Determinants of first prescription of hormone replacement therapy. A follow-up study among 1689 women aged 45–60 years. *Maturitas* 1994; 20: 81–9

Hosking D, Chilvers CED, Christiansen C, Ravn P, Wasnich R, Ross P et al. for the Early Postmenopausal Intervention Cohort Study Group. Prevention of bone loss with alendronate in postmenopausal women under 60 years of age. *N Eng J Med* 1998; 338: 485–92.

Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA* 1998; 280: 605–13.

Hunnskaar S, Backe B. Attitudes towards and level of information on perimenopausal and postmenopausal hormone replacement therapy among Norwegian women. *Maturitas* 1992; 15: 183–94.

Hunskår S, Hannestad YS, Backe B, Matheson I. Holdningsendring til forskrivning av østrogen blant norske allmennpraktikere 1990–92. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 2095–8.

Innst S nr 180 – 1996–97. Enkelte endringer på statsbudsjettet for 1997. jf. St. prop. 1996–97 nr. 47. Oslo: Sosialkomiteen, april 1997.

Isaacs AJ, Britton AR, McPherson K. Utilisation of hormone replacement therapy by women doctors. *BMJ* 1995; 311: 1399–401.

Jensen LB, Hilden J. Sociological and behavioral characteristics of perimenopausal women with an express attitude to hormone substitution therapy. *Maturitas* 1996; 23: 73–83.

Jolleys JV, Olesen F. A comparative study of prescribing of hormone replacement therapy in USA and Europe. *Maturitas* 1996; 23: 47–53.

Jones G, Nguyen T, Sambrook P, Kelly PJ, Eisman JA. Progressive loss of bone in the femoral neck in elderly people: longitudinal findings from the Dubbo osteoporosis epidemiology study. *BMJ* 1994; 309: 691–5.

Kanis JA, Johnell O, Gullberg B, Allander E, Dilsen G, Gennari C, Lopes Vaz AA, Lyritis GP, Mazzuoli G, Miravet L, et al. Evidence for efficacy of drugs affecting bone metabolism in preventing hip fracture. *BMJ* 1992; 305: 1124–8.

Kopera H, van Keep PA. Development and present state of hormone replacement therapy. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol* 1991; 29: 412–7.

Lauritzen C. A critical European view of the HERS trial. *Maturitas* 1998; 31: 15–19.

Limouzin-Lamonthe MA. What women want from hormone replacement therapy: results of an international survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 64

Suppl 1: S21–4.

Lufkin EG, Wahner HW, O'Fallon WM, Hodgson SF, Kotowicz MA, Lane AW, Judd HL, Caplan RH, Riggs BL. Treatment of postmenopausal osteoporosis with transdermal estrogen. *Ann Intern Med* 1992; 117: 1–9.

Lund-Larsen PG, Stensvold I. Østrogenbruk blant kvinner i fylkesundersøkelsene; I: Backe B, red. Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen. NIS-rapport nr. 5/1990. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, 1990: 43–6.

Medical Research Council's General Practice Research Framework. Randomised comparison of oestrogen versus oestrogen plus progestogen hormone replacement therapy in women with hysterectomy. *BMJ* 1996; 312: 473–8.

Milsom I. Rational prescribing for postmenopausal urogenital complaints. *Drugs Aging* 1996; 9: 78–86.

Moen MH, Fredriksen T, Nilsen ST, Iversen O-E. Bruk av hormonsubstitusjon blant norske kvinnelige gynekologer og mannlige gynekologers partnere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2944–6.

Nachtigall LE. Enhancing patient compliance with hormone replacement therapy at menopause. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 77S–80S.

Nachtigall LE. Emerging delivery systems for estrogen replacement: Aspects of transdermal and oral delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 993–7.

Nachtigall LE, Nachtigall RH, Nachtigall RD, Beckman EM. Estrogen replacement therapy I: a 10-year prospective study in the relationship to osteoporosis. *Obstet Gynecol* 1979a; 53: 277–81.

Nachtigall LE, Nachtigall RH, Nachtigall RD, Beckman EM. Estrogen replacement therapy II: a prospective study in the relationship to carcinoma and cardiovascular and metabolic problems. *Obstet Gynecol* 1979b; 54: 74–9.

Nieves JW, Komar L, Cosman F, Lindsay R. Calcium potentiates the effect of estrogen and calcitonin on bone mass: review and analysis. *Am J Clin Nutr* 1998; 67: 18–24.

Njolstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure and sex differences in myocardial infarction – a 12 year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 1996; 93: 450–6.

Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS). Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen. NIS-rapport 1990. Trondheim: Norsk Institutt for Sykehusforskning 1990; 76–95.

O'Connor V, Del Mar C, Sheehan M, Fox-Young S, Cragg C, Siskind V. The menopause and hormone replacement therapy: Australian general practitioners' self-reported opinions, attitudes and behaviour. *Fam Pract* 1996; 5: 421–6.

Oddens BJ, Boulet MJ, Lehert P, Visser AP. Has the climacteric been medicalized? A study on the use of medication for climacteric complaints in four countries. *Maturitas* 1992; 15: 171–81.

Oddens BJ, Boulet MJ, Lehert P, Visser AP. A study on the use of medication for climacteric complaints in western Europe – II. *Maturitas* 1994; 19: 1–12.

Pedersen AT, Lidegaard O, Kreiner S, Ottesen B. Hormone replacement therapy and risk of non-fatal stroke.

*Lancet* 1997; 350: 1277–83.

Paganini Hill A. Estrogen replacement therapy and stroke. *Prog Cardiovasc Dis* 1995; 38: 223–42.

Paganini Hill A. Oestrogen replacement therapy and Alzheimer's disease. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 80–6.

PEPI Writing Group. Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. *JAMA* 1995; 273: 199–208.

PEPI Writing Group. Effects of hormone therapy on bone mineral density. Results from the Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. *JAMA* 1996a; 276: 1389–96.

PEPI Writing Group. Effects of hormone replacement therapy on endometrial histology in postmenopausal women. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. *JAMA* 1996b; 275: 370–5.

Pérez Gutthann S, Rodriguez L, Castellsague J, Oliart A. Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: population based case-control study. *BMJ* 1997; 314: 796–800.

Persson I, Yuen J, Bergkvist L, Schairer C. Cancer incidence and mortality in women receiving estrogen and estrogen-progestin replacement therapy – long term follow-up of a Swedish cohort. *Int J Cancer* 1996; 67: 327–32.

Persson I, Bergkvist L, Lindgren C, Yuen J. Hormone replacement therapy and the major risk factors for reproductive cancers, osteoporosis, and cardiovascular diseases: evidence of confounding by exposure characteristics. *J Clin Epidemiol* 1997a; 50: 611–8.

Persson I, Thurfjell E, Bergstrom R, Holmberg L. Hormone replacement therapy and the risk of breast cancer. Nested case-control study in a cohort of Swedish women attending mammography screening. *Int J Cancer* 1997b; 72: 758–61.

Petitti DB. Coronary heart disease and estrogen replacement therapy. Can compliance bias explain the results of observational studies? *Ann Epidemiol* 1994; 4: 115–8.

Petitti DB, Sidney S, Quesenberry CP Jr, Bernstein A. Ischemic stroke and use of estrogen and estrogen/progestogen as hormone replacement therapy. *Stroke* 1998; 29: 23–8.

Posthuma WF, Westendorp RG, Vandenbroucke JP. Cardioprotective effect of hormone replacement therapy in postmenopausal women: is the evidence biased? *BMJ* 1994; 308: 1268–9.

Prince RL, Smith M, Dick IM, Price RI, Webb PG, Henderson NK, Harris MM. Prevention of postmenopausal osteoporosis. A comparative study of exercise, calcium supplementation, and hormone-replacement therapy. *N Engl J Med* 1991; 325: 1189–95.

Rosenberg L, Slone D, Shapiro S, Kaufman D, Stolley PD, Miettinen OS. Noncontraceptive estrogens and myocardial infarction in young women. *JAMA* 1980; 244: 339–42.

Ryan PJ, Harrison R, Blake GM, Fogelman I. Compliance with hormone replacement therapy (HRT) after screening for post menopausal osteoporosis. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 325–8.



Schairer C, Adami HO, Hoover R, Persson I. Cause-specific mortality in women receiving hormone replacement therapy. *Epidemiology* 1997; 8: 59–65.

Scalley EK, Henrich JB. An overview of estrogen replacement therapy in postmenopausal women. *J Women's Health* 1993; 2: 289–94.

Seto TB, Taira DA, Davis RB, Safran C, Phillips RS. Effect of physician gender on the prescription of estrogen replacement therapy. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 197–203.

Sherwin BB. Hormones, mood, and cognitive functioning in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 20S–6S.

Speroff L, Rowan J, Symons J, Genant H, Wilborn W for the CHART Study Group. The comparative effect on bone density, endometrium, and lipids of continuous hormones as replacement therapy (CHART Study). *JAMA* 1996; 276: 1397–1403

Speroff L. The Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS). *Maturitas* 1998; 31: 9–14.

Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Manson JE, Rosner B, Speizer FE et al. Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease: ten-year follow-up from the Nurses' Health Study. *N Engl J Med* 1991; 325: 756–62.

Sullivan JM. Coronary arteriography in estrogen-treated postmenopausal women. *Prog Cardiovasc Dis* 1995; 38: 211–22.

Sullivan JM, Vander Zwaag R, Hughes JP, Maddock V, Kroetz FW, Ramanathan KB, Mirvis DM. Estrogen replacement and coronary artery disease. Effect on survival in postmenopausal women. *Arch Intern Med* 1990; 150: 2557–62.

Søgaard AJ, Berntsen GKR, Magnus JH, Tollan A. Østrogenbehandling. Kunnskaper og holdninger blant norske kvinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998a; 118: 582–7.

Søgaard AJ, Fønnebø V, Magnus JH, Tollan A. Hormonsubstitusjon blant norske kvinner. Selvrapportert bruk og omsetning av østrogenholdige preparater. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998b; 118: 590–5.

Tang M, Jacobs D, Stern Y, Marder K, Schofield P, Gurland B, Andrews H, Mayeux R. Effect of oestrogen during menopause on risk and age at onset of Alzheimer's disease. *Lancet* 1996; 348: 429–32.

Terapianbefalinger. Behandling av osteoporose. Basert på terapiverksted 23. og 24. oktober 1996. *Nytt fra Statens legemiddelkontroll* 1997; 20: (suppl 1).

Thompson SG, Meade TW, Greenberg G. The use of hormonal replacement therapy and the risk of stroke and myocardial infarction in women. *J Epidemiol Community Health* 1989; 43: 173–8.

Tonstad S, Ose L, Gorbitz C, Djoseand O, Bard JM, Fruchart JC. Efficacy of sequential hormone replacement therapy in the treatment of hypercholesterolaemia among postmenopausal women. *J Intern Med* 1995; 238: 39–47.

Topo P, Hemminki E, Uutela A. Women's choice and physicians' advice on use of menopausal and postmenopausal hormone therapy. *Int J Health Sci* 1993; 4: 101–9.

Topo P, Koster A, Holte A, Collins A, Landgren BM, Hemminki E et al. Trends in the use of climacteric and postclimacteric hormones in Nordic countries. *Maturitas* 1995; 22: 89–95.

Willis DB, Calle EE, Miracle-McMahill EL, Heath CW. Estrogen replacement therapy and risk of fatal breast cancer in a prospective cohort of post-

menopausal women in the United States. *Cancer Causes Control* 1996; 7: 449–57.

Wimalawansa SJ. A four-year randomized controlled trial of hormone replacement and bisphosphonate, alone or in combination, in women with postmenopausal osteoporosis. *Am J Med* 1998; 104: 219–26

Yaffe K, Sawaya G, Lieberburg I, Grady D. Estrogen therapy in postmenopausal women: effects on cognitive function and dementia. *JAMA* 1998; 279: 688–95.