

Helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten 2018

Spørsmål til lederen av kompetansetjenesten

SETT MARKØREN I DET GRÅ FELTET FØR DU STARTER SKRIVINGEN.

Navn på tjenesten:	Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse
Lokalisering:	Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus HF, Rikshospitalet
Tjenestens innhold og organisering	
1. Gi en kort beskrivelse av organisering og bemanning av tjenesten. Tjenesten har til sammen 22 ansatte; 5 fast ansatte: 1 leder, 1 spesialrådgiver og 3 forskere. Videre har tjenesten 17 midlertidig ansatte; 1 forsker, 8 postdoktorforskere, 7 Phd stipendiater og 1 kommunikasjonsrådgiver. Flere av de midlertidige ansatte har arbeidsplass i andre helseregioner.	
2. Angi en prosentvis fordeling mellom tjenestens viktigste oppgaver. Tjenestens viktigste oppgaver er formidling av kunnskap, forskning og fagutvikling, og rådgivning. Tjenestens aktiviteter er jevnt fordelt med ca. 30 % på hver av disse oppgavene.	
3. Inngår nasjonal pasientbehandling som en del av tjenesten? (ja/nei – dersom svaret er ja – beskriv behandlingstiltak) Nei	
Kompetansespredning	
4. Beskriv den primære målgruppen for tjenestens virksomhet knyttet til veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning? Helsepersonell og publikum	
5. Beskriv hvilke virkemidler tjenesten benytter for å nå denne målgruppen. Det bes om at	

plan for kompetansespredning legges ved rapporteringen og merkes vedlegg 1.

Helsepersonell:

- Kurs i ulike kvinnehelseemner som holdes i samarbeid med faglige nettverk i alle helseregioner og utvides når nye og relevante emner tilsier det.
- Undervisning av medisinske studenter og annet helsepersonell
- Utforming av kliniske veiledere

Helsepersonell og publikum:

- Nyhetsbrev
- Blogg og forskningsnytt på forskning.no, og innlegg i pressen.

I tillegg deltar tjenesten i opprettelsen av en kvinnehelseportal som oppsummerer kunnskap om kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse. Dette gjør kunnskapen mer tilgjengelig for alle som trenger den

Forskning

6. Gi en kort beskrivelse av tjenestens forskningsvirksomhet og i hvilken grad dette involverer kliniske fagmiljø i andre helseregioner.

I tråd med oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet 2006 og strategiplanen for 2014-18 har tjenesten initiert forskningsprosjekter innenfor følgende fagområder: hjerte- og karsykdom, eldre kvinners helse, og utvalgte områder innenfor reproduksjon (se hjemmeside <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-kvinnehelse/forskning-og-utvikling/forskningsprosjekter>).

Tjenesten har samarbeid med andre helseregioner i 14 av 22 pågående forskningsprosjekter som involverer kliniske miljøer i andre helseregioner. Tjenesten har samarbeid med alle helseregioner i 5 av prosjektene, med Helse Vest i 11 prosjekter, Helse Midt-Norge i 7 og Helse Nord i 6 prosjekter.

Dokumenterte resultater av tjenestens virksomhet

7. Gi en kort beskrivelse av de dokumentasjonssystemer/verktøy som tjenesten benytter for å overvåke resultater av utredning og behandling og effekt av tjenestens virksomhet (se Veilederen s. 16 + 17 - §4-6)

Mødredødelighet er en sensitiv indikator for kvinners helse generelt og på kvaliteten av svangerskapsomsorgen. Tjenesten har derfor opprettet et register over mødredødsfall som fortløpende registrerer alle slike dødsfall med kjernevariabler for hvert enkelt kasus som sosio-demografi, dødsårsak, medvirkende faktorer, og kvaliteten på omsorgen. Hvert enkelt kasus granskes av en gruppe erfarne obstetrikere fra hele landet. Informasjon fra dette registeret brukes til å identifisere kompetansesvake områder som trenger mer klinisk trening og videre forskning.

For eksempel er svangerskapsforgiftning den viktigste årsaken til mødredødsfall i Norge.

Gransking av disse kasus viste at 14 av 16 slike dødsfall kunne muligens vært unngått ved en annen behandling. Mer adekvat blodtrykksbehandling og forløsning i tide er sentralt her. Registeret gir kunnskap om kvinners helse generelt og danner grunnlag for å forebygge fremtidige mødredødsfall. Sentrale publikasjoner og 3-årige rapporter med kliniske anbefalinger formidles til fagmiljøene i hele landet. Informasjon fra registeret brukes også til å identifisere temaer for fremtidige kurs.

8. Gi en oppsummert beskrivelse av hvilke resultater tjenesten har oppnådd (se Veilederen s. 17). Det bes om at dokumentasjon for oppnådde resultater vedlegges og merkes vedlegg 2. Dersom det vises til dokumentasjon som er publisert, kan det benyttes referanse til hvor relevant dokumentasjon er tilgjengelig.

Tjenesten sitt overordnede resultatmål er å redusere mødredødsfall til det halve samt å utrydde dødsfall av svangerskapsforgiftning. De siste fire årene har det ikke vært noen dødsfall av svangerskapsforgiftning. Men vi trenger en lengre observasjonsperiode for å bestemme om målet er nådd. Mødredødelighetsratioen generelt viser også en nedadgående trend, men det er fortsatt en vei å gå før den er halvert.

Tjenesten har utarbeidet et system for å måle aktiviteten fra år til år ved å gi poeng (max. 5) for å ha oppnådd et definert antall innen hvert resultatmål.

1. Vitenskapelige publikasjoner, mål N=20.
2. PhD-grader, mål N=1.
3. Rapporter, mål N=1 hvert 5. år.
4. Deltakelse på møter i nasjonale og internasjonale forskningsnettverk, mål N=4 hvorav to internasjonale.
5. Arrangere kurs for helsepersonell, mål N=4 hvorav 2 i andre regioner.
6. Samarbeid med andre regioner, mål samarbeid med andre regioner i minst 2/3 av prosjektene.
7. Publisere Nyhetsbrev, mål N=3.
8. Spre informasjon på digitale medier (mål N=12 blogger/artikler på forskning.no eller media).

Det har vært en økende aktivitet innen hvert resultatmål siden 2006 da tjenesten ble opprettet. I 2017 oppnådde tjenesten følgende resultat, (tall for 2016 i parentes for sammenligning):

1. 34 (30) vitenskapelige publikasjoner, alle relatert til tjenestens mandat, Resultat: 5p
2. 3 (3) PhD-grader, Resultat: 5p
3. Rapporter: ikke aktuelt for 2017
4. 4 (4) nettverksmøter, 1 nasjonal, 2 internasjonale, Resultat: 5p
5. 6 (5) kurs/fagdager for helsepersonell, Resultat: p 5
6. Forsknings samarbeid med andre regioner i 14 av 22 prosjekter (15/24). Resultat: p 4.8 (4.7)
7. 3 (3) Nyhetsbrev, Resultat: 5p
8. 27 (26) blogger/artikler på forskning.no eller i media, Resultat: 5p

Egenvurdering: 34.8 (34,7) av max. 35, dvs en viss forbedring siden fra 2016. Tjenesten nådde målet for de fleste resultatmålene i 2017. Vi er nå nesten i mål når det gjelder samarbeid med andre

regioner.

For dokumentasjon se tjenestens hjemmeside:

<https://oslo-universitetssykehus.hn.nhn.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-kvinnehelse>

9. Beskriv hvilke tiltak som er iverksatt for å videreføre kompetansetjenestens arbeid i alle helseregionene.

Tjenesten har opprettet samarbeid om formidling, forskning og fagutvikling når det gjelder kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse med faglige nettverk i alle helseregionene. Tjenesten samarbeider med alle helseregionene om å arrangere kurs om viktige temaer. Videre har tjenesten samarbeid med andre helseregioner i 14 av 22 forskningsprosjekter, og flere av tjenestens ansatte har sin arbeidsplass i andre helseregioner.

10. Dersom det er behov for å videreføre kompetansetjenestens virksomhet, gi en beskrivelse av hvorfor dette er nødvendig (se Veilederen s. 15 + 16). Legg ved dokumentasjon for behov og en tidsplan for gjennomføring. Det bes om at dokumentasjonen legges ved rapporteringen og merkes vedlegg 3.

Kunnskapsgrunnlaget når det gjelder kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse er fremdeles meget sparsomt. Det gjenstår derfor fortsatt et stort arbeid for å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget for risikofaktorer, diagnose og behandling av typiske kvinnesykdommer. Videre gjenstår et stort arbeid når det gjelder implementering av denne kunnskapen i helsetjenesten.

Tilleggsinformasjon

11. Beskriv evt. andre nasjonale kompetansetjenester eller behandlingstjenester som har oppgaver innenfor denne tjenestens faglige ansvarsområde?

Tjenesten kjenner ikke til andre nasjonale kompetansetjenester som retter oppmerksomheten spesielt mot kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse.

12. Er det gjort en formel ansvarsavklaring med disse tjenestene? Hvis ja, gi en kort beskrivelse

For tjenester som jobber med tilstøtende fagområder er det avklart at Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse jobber med kjønnsaspektet.

13. Eventuelle andre forhold som er viktig å kjenne til ifm en helhetlig gjennomgang av denne nasjonale kompetansetjenesten?

Tjenesten ble opprettet på bakgrunn av NOU 1999: 13 "Kvinnens helse i Norge" Opprettelsen var en politisk avgjørelse om å styrke kunnskapsgrunnlaget i helsetjenesten om kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse.

Signering av ansvarlig leder

Dato og navnet på den som har skrevet denne tilbakemeldingen:

Oslo 01.03.2018 Siri Vangen

Vedlegg

Det bes om følgende vedlegg:

- Tjenestens plan for kompetansespredning - vedlegg 1
- Dokumentasjon for oppnådde resultater - vedlegg 2
- Dokumentasjon for at helsetjenesten fortsatt er kompetansesvak - vedlegg 3

040118 arl

Vedlegg 1 - Tjenestens plan for kompetansespredning

Tjenesten sprer kompetanse til helsepersonell, myndigheter og publikum gjennom kurs, artikler i nasjonale og internasjonale tidsskrift, rapporter og digitale medier.

For perioden 2014-18 ble det utarbeidet en strategiplan, som er beskrevet under.

Tjenesten vil oppdatere denne planen i 2018 i forbindelse med utarbeidelse av ny strategiplan for perioden 2019-2023.

Kurs

For helsepersonell avholdes over en 5-års periode kurs basert på ny kunnskap innhentet fra egen og andres forskning innen følgende emner:

- Infertilitet fra diagnose til behandling
- Overvekt i svangerskap og fødsel
- Alvorlige svangerskapskomplikasjoner
- Jordmorsymposium om aktuelle emner
- Hjerte- og karsykdom hos kvinner

Kursene annonseres nasjonalt og avholdes så vidt mulig i alle 4 helseregioner i samarbeid med respektive fagmiljøer. Kursene bidrar til at deltagerne skal tilegnes seg kunnskap om forskjellige aspekter ved de aktuelle kurstemaene, tilgjengelige behandlingsopsjoner og risiko for komplikasjoner knyttet til behandlingen.

For PhD-kandidatene tilknyttet Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse holdes det ukentlige metodemøter, kurs i databehandling og statistiske analyser og ett fagseminar per år.

Kompetansespredning via publikasjoner og digitale medier rettet mot helsepersonell og publikum:

Forskning er grunnlaget for fagutvikling. Forskningsresultater publiseres og kvalitetssikres gjennom vitenskapelige publikasjoner i høyt rankede internasjonale tidsskrift. Slike publikasjoner er derfor en sentral del av tjenestens kompetansespredning. Det planlegges å publisere 5-årige rapporter med behandlingsresultater fra kompetansetjenestens registre om alvorlig maternell morbiditet og mortalitet.

Digitale medier: Hjemmesider, forskning.no og Wikipedia:

På tjenestens hjemmeside er det et eget meny punkt om kursmateriell. Her legges det ut presentasjoner fra avholdte kurs. Det finns også et meny punkt for annonsering av fremtidige arrangementer.

Via medlemskap i forskning.no skriver tjenestens ansatte populærvitenskapelige resymeer av egne og andres vitenskapelige publikasjoner. Tjenesten har også opprettet Kvinnehelsebloggen på forskning.no, der ansatte ved tjenesten publiserer blogginnlegg om tidsaktuelle emner innen tjenestens felt.

Alle ansatte oppfordres til å bidra til oppdatering av temaer innen kvinnehelse på Wikipedia.

Vedlegg 2 - Dokumentasjon for oppnådde resultater

Milepeler

Siden opprettelsen i 2006 har 26 kandidater fullført PhD.

Dette har bidratt til ny kunnskap og forbedringer innen kvinnehelse:

- Kreftisiko hos mor og barn etter in-vitro fertilisering
- Alvorlige svangerskapskomplikasjoner og mødredødsfall som åpner for nye muligheter for bedre forebygging og målrettet behandling i svangerskapsomsorgen i Norge.
- Bedre oppfølging og behandling av kvinners hjertesykdom herunder hjertesykdom hos gravide. Arbeid ved kompetansetjenesten la grunnlaget til opprettelsen av behandlingstjenesten for gravide med hjertesykdom i 2017.
- Betydningen av fysisk aktivitet for å forbedre reproduktiv helse (fysisk aktivitet som medisin).
- Ny kunnskap innen oppfølging av svangerskap etter organtransplantasjon.
- Innvandrerkvinneres reproduktive helse.
- Bedre og ny behandling av lichen planus, en smertefull, kronisk og behandlingsresistent lidelse i ytre kjønnsorganer.
- Ny kunnskap om kreftisiko ved hormonell behandling av plager i overgangsalderen. Denne kunnskapen kan bidra til bedre beslutningstaking når det gjelder slik behandling.
- Betydningen av sosioøkonomiske og arvelige faktorer for brystkreft.
- Eldre kvinners helse.

Kompetansetjenesten har tatt initiativ til opprettelsen av en nasjonal auditgruppe for mødredødsfall. Denne gruppen fant store feil i den offentlige registreringen av mødredødsfall og opprettet i 2011(?) et eget register for registrering av disse dødsfall i Norge.

På tjenestens hjemmeside finnes det fullstendig oversikt over alle pågående prosjekter, publiserte vitenskapelige artikler og presentasjoner fra tidligere kurs:

<https://oslo-universitetssykehus.hn.nhn.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-kvinnehelse>

Dokumentasjon for oppnådde resultater finnes også i årsrapportene

<https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NK-OUS-12/2012>

Vedlegg 3 – Dokumentasjon for at helsetjenesten fortsatt er kompetansesvak

Kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse er fortsatt et kompetansesvakt felt. Årsaken er at medisinsk forskning i hovedsak har vært utført på menn. Thalidomidkatastrofen på 1950-tallet førte til en meget tilbakeholdende holdning når det gjelder inklusjon av kvinner i forskningsprosjekter. En annen medvirkende årsak er kvinners posisjon i vestlig kulturtradisjon hvor kvinnen ble definert ut ifra mannen og ikke i kraft av seg selv. Vi henger derfor etter når det gjelder kunnskap om kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse.

Mange sykdommer som for eksempel hjerte- og karsykdom har ulikt forløp hos kvinner og menn. Vi trenger derfor mer kunnskap om kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse.

Videre har typiske kvinnesykdommer slik som kroniske smerter, angst og depresjon lav status i helsevesenet og dette medvirker til at kunnskapen som finnes på dette feltet ikke er godt nok implementert i den norske helsetjenesten.

Vedlegger to artikler som illustrerer viktige sider ved utviklingen av det medisinske kunnskapsgrunnlaget og typiske kvinnesykdommers status i dagens samfunn.

INNLEGG

Er kjønn likt fordelt i medisinsk kunnskap?

Dagens helsevesen er først og fremst egnet til å utrede og behandle sykdom hos menn.

Publisert: 2016-05-13 14.36 Skrevet av: Hege Cathrine Finholt / Siri Vangen

Hege Cathrine Finholt, Ph.D. og førstelektor ved Institutt for filosofi, ide- og kunsthistorie og klassiske språk, Universitetet i Oslo

Siri Vangen, seniorforsker og spesialist i obstetrikk og gynekologi. Leder for Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Avdeling for kvinne- og barnehelse, Oslo Universitetssykehus

DET ER EN økende erkjennelse av at kvinner og menn har ulikt sykdomsbilde, og at medisinsk forskning og vårt medisinske system i stor grad har vært utviklet på bakgrunn av menns helse. Derfor er dagens helsevesen best egnet til å utrede og behandle sykdom hos menn. Hvordan er det mulig i et av verdens mest likestilte land?

Et nyttig redskap for å analysere likestilling i et samfunn, er gitt av filosofen Simone de Beauvoir, som diskuterer temaet i verket «Det Annet Kjønn». Hun viser at på de fleste områder defineres kvinnen i relasjon til mannen og ikke i kraft av sin egen person: Mannen er «Den ene» og kvinnen er «Den andre». Mannen blir sett på som det normale, og kvinnen blir sett på som noe som defineres ut ifra normalen.

PÅ ETTERSKUDD. Beauvoir setter fingeren på noe viktig; at definisjonen av kvinnen som Den Andre er infiltrert i både kulturen og det politiske og økonomiske systemet. På tross av at likestillingen har kommet langt i Norge, hevder vi at vi henger etter i vårt medisinske system og i medisinsk forskning: Her er ideen om kvinnen som den andre og mannen den ene så godt infiltrert at det er vanskelig å legge merke til.

Det er lett å tro at i et ressurssterkt og likestilt land som Norge fungerer det medisinske systemet like optimalt for kvinner som for menn. Dette er dessverre ikke alltid riktig.

ULIKT SYKDOMSBILDE. Hjerter- og karsykdom er et eksempel på en sykdom som underbygger påstanden. Hjertesykdom ble lenge oppfattet som en typisk mannsykdom med stor oppmerksomhet i medisinsk forskning. Nå vet vi at hjertesykdom er like vanlig hos kvinner, men at sykdommen har et annet sykdomsbilde hos kvinner enn hos menn. Kvinner rammes ti år senere, og hjertesykdom hos kvinner har ofte mer tvetydige symptomer. Hjertesykdom kan derfor være vanskeligere å oppdage hos kvinner.

Vi trenger mer kunnskap om kjønnsforskjellene for å forebygge og behandle kvinners hjertesykdom best mulig. Problemet ligger ikke hovedsakelig i den medisinske omsorgen, men i at den medisinske kunnskapen definerer et sykdomsforløp basert på menns symptomer. Satt på spissen kan man si at innen sykdomsforståelse er mannen den ene og kvinnen den andre.

UTEN GRANSKNING. Vårt neste eksempel dreier seg om en tilstand som utelukkende er tilknyttet kvinner. Svangerskap og fødsel er grunnleggende hendelser i mange kvinners liv. I dag er risikoen ved å føde lav, men det faktum at kvinner fortsatt dør av svangerskap og fødsel, har fått liten oppmerksomhet. Fordi dette dreier seg om død hos en mor i sin beste alder, ofte med andre små barn, er ett dødsfall et for mye. Mens de fleste uheldige hendelser i helsevesenet granskes, finnes det ingen systematisk registrering eller granskning i offentlig regi av det mest uheldige utfallet av et svangerskap. Videre finnes evidens for at en betydelig andel av slike dødsfall sannsynligvis kunne ha vært unngått med en annen behandling.

Eksempelet viser hvordan kvinner har blitt den andre på grunn av et mangelfullt system. En vesentlig grunn til at svangerskapsrelaterte dødsfall i Norge trolig er høyere enn nødvendig, er at systemet ikke tilrettelegger for å rapportere slike dødsfall: De blir rapportert som dødsfall med årsaker løsrevet fra svangerskapet. Derfor har man mistet en viktig mulighet for å identifisere forbedringspotensial i svangerskapsomsorgen.

FORBEDRINGSPOTENSIAL. Eksemplene tyder på at vi på noen områder har et helsesystem som mangler fokus på det spesifikke ved kvinners helse og gjør kvinnen til «Den andre». I tråd med Beauvoirs analyse tror vi det er viktig at både kvinner og menn må se på både kvinnen og mannen som likeverdige og sørge for at denne verdien gjenspeiles i det medisinske systemet.

Eksemplene viser et forbedringspotensial for likestilling i vårt medisinske system og medisinsk forskning. Resultater fra senere forskning har gitt oss en vekker om at selve grunnlaget for god helse legges i svangerskapet. God helse hos vordende mødre er avgjørende for hele befolkningens helse i generasjoner fremover, og særlig for hjerte- og karsykdom. Mer oppmerksomhet til kvinners helse vil komme alle til gode. Likestilling mellom kvinner og menn handler ikke bare om at kvinner skal ha det bedre, men også om at det vil bedre forholdene til alle som lever i vårt samfunn.

Det foregår en rekke forskningsprosjekter om kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse, men dette er ikke nok. Bevissthet om temaet er viktig og må prioriteres i forskningsbevilgninger og i undervisning på alle nivåer. Ikke minst er det avgjørende med en politisk vilje til å forbedre situasjonen slik at både kvinner og menn blir betraktet som «Den ene» og får nødvendig oppmerksomhet i medisinsk forskning.

Ingen oppgitte interessekonflikter

Tilbake til Debatt og kronikk (/debatt/debatt-og-kronikk/)

Nyhetsbrev

Viten

PREVENSJON

Liten pille, stor revolusjon

[Har gitt kvinner nye muligheter]

I år er det 50 år siden p-pillen kom på det norske markedet. Siden 1967 har salget steget jevnt, og i Norge brukes nå pillen av rundt én av fem kvinner mellom 16 og 44 år, ifølge en sammenstilling av data fra Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå.

Forskningen som lå bak pillen, var til dels tvilsom. Blant annet ble nesten 10.000 peruanske kvinner rekruttert til studier uten å vite hva de var med på, skriver Britt-Ingjerd Nesheim, pensjonert spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, i en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening.

Til tross for pillens forhistorie har sikker prevensjon, kombinert med adgang til trygg abort, bidratt til både å styrke kvinners reproduktive helse og muligheten til et yrkesaktivt og selvstendig liv.

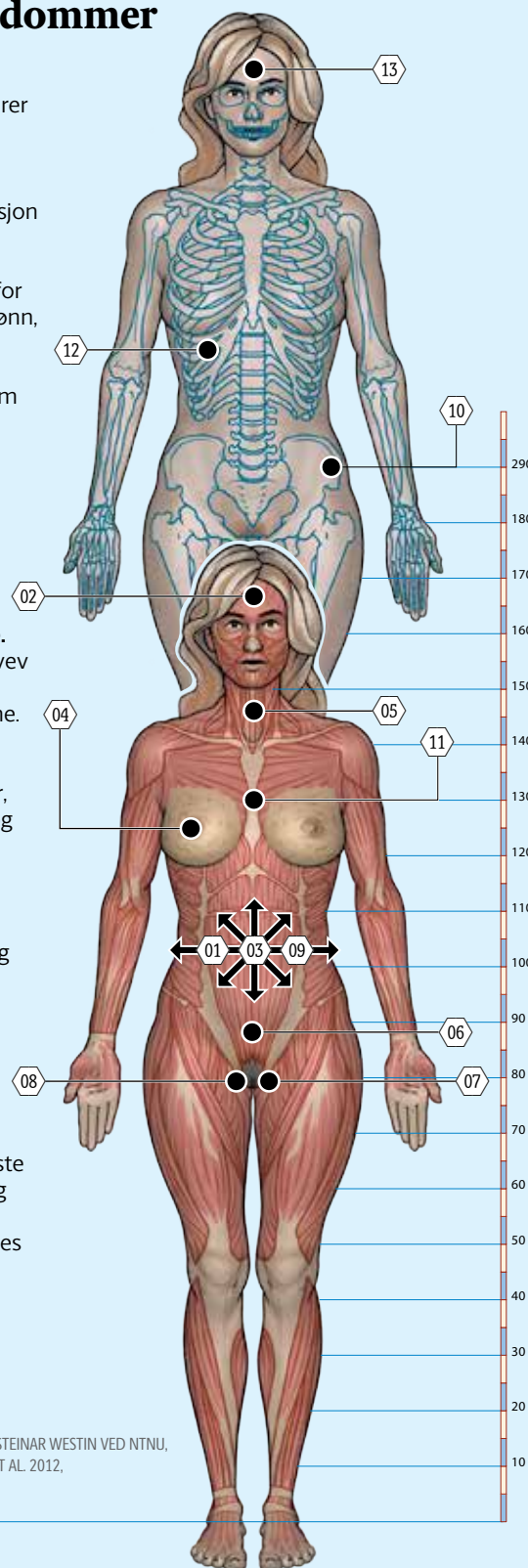
Men hvordan er det gått med kvinners helse på andre områder? Er legemidler i dag tilpasset kvinner i samme grad som menn, og hva vet vi egentlig om de typiske kvinnesykdommene? Det kan du lese om på det neste sidene.

– **Silje Pileberg**

(KILDE: ARTIKKELN «POPULÆR PILLE MED TVILSOM HISTORIE» I TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING, SKREVET AV BRITT-INGJERD NESHEIM.)

Typiske kvinnesykdommer

- 01 **Fibromyalgi.** Kjennetegnet ved kroniske muskelsmerter som varer i minst tre måneder.
- 02 **Depresjon med angst.** Mange kvinner rammes av en kombinasjon av disse to.
- 03 **Kronisk utmattelsessyndrom,** for eksempel ME, rammer begge kjønn, men flest kvinner.
- 04 **Brystkreft.** Vanligste kreftsykdom blant kvinner.
- 05 **Hypotyreose/lavt stoffskifte.** En sykdom som skyldes for lite stoffskiftetormon fra skjoldkirtelen til blodet og alle kroppens celler.
- 06 **Endometriose og adenomyose.** To beslektede sykdommer der vev fra livmorslimhinnen vokser på steder der det ikke hører hjemme.
- 07 **Svangerskapsrelaterte plager.** For eksempel bekkenproblemer, svangerskap utenfor livmoren og svangerskapsforgiftning.
- 08 **Menstruasjonsplager**
- 09 **Hetetokter,** tretthet, slapphet og andre plager som er typiske for overgangsalderen
- 10 **Hoftebrudd.** Rundt 70 prosent av 9000 årlige hoftebrudd skjer blant kvinner.
- 11 **Hjerte-karsykdommer.** Hyppigste dødsårsak både blant kvinner og menn. Men symptomer og sykdomsforløp er ofte annerledes hos kvinner og kan være vanskeligere å oppdage.
- 12 **Gallestein**
- 13 **Migrene**



KILDER: NORSK HELSEINFORMATIKK, PROFESSOR STEINAR WESTIN VED NTNU, KILDEN KJØNNSFORSKNING, TONE K. OMSLAND ET AL. 2012, GYNEKOLOGIPROFESSOR SIRI VANGEN. ILLUSTRASJON: TERJE TØNNESSEN/A-MAGASINET

Bla om og les mer om kvinnehelse ▶

En blodig kamp

Det tok 16 år før Anja Stenslette (40) fikk vite hva som feilte henne. Var det fordi hun var kvinne?

TEKST **Silje Pileberg**

Hun var 12 år da hun fikk menstruasjon for første gang. Den kom ikke punktlig og månedlig. Den kom ofte, og førte med seg slapphet og store smerter. Noen ganger lå hun i sengen og vred seg. Andre ganger satt hun på skolen og så på at de andre hadde gym.

– Jeg følte meg veldig unormal og spurte meg selv: Takler jeg ikke å få menstruasjon?

Da hun var 13, fikk Anja Stenslette utskrevet p-piller. Så ballet det på seg med medisiner – uten at noen visste hvilken sykdom som ble behandlet.

KVINNER FÅR MEDISINER SOM ER TESTET PÅ MENN. Alle vet at kvinnekroppen og mannskroppen er forskjellige. Men hva betyr kjønnsforskjeller for helsen vår? Og vet medisinske forskere like mye om kvinners helse som de vet om menns?

I dag stiller retningslinjer både i USA og Norge krav til kvinnelig deltagelse i medisinske studier. Forskning og utredninger skal også inkludere kjønnsperspektiver. Slik har det ikke alltid vært. Ofte er medisiner bare blitt utprøvd på menn og hanndyr.

– En viktig forklaring har vært at det er billigere bare å ha med menn. Skal man inkludere kvinner, blir det dobbelt så stort utvalg og dobbelt så dyrt. Det er også mer komplisert på grunn av kvinners hormonelle sykdom, forteller Siri Vangen, gynekologiprofessor og leder for Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse.

En annen forklaring på at mange medisiner ikke er prøvd ut på kvinner, er forskningen på legemiddelet thalidomid på 1950- og 60-tallet. Den resulterte i at mange tusen barn ble født med alvorlige misdannelser. Etter dette innførte amerikanske myndigheter retningslinjer som ekskluderte kvinner i

fertil alder fra studier på nye medisiner.

– I dag har vi et stort etterslep, fordi hele det medisinske kunnskapsgrunnlaget hviler på mannen, sier Vangen.

ÅTTE GANGER MER EFFEKTIV FOR KVINNER.

Fortsatt er det slik at mange medisiner som skrives ut til kvinner, i hovedsak er testet på menn. Det opplyser seniorrådgiver Jeanette H. Magnus ved Universitetet i Oslo.

En fersk studie fra Friedrich-Schiller-Universitetet i Jena i Tyskland viser hvor store forskjellene kan være. En av de fem medisinene forskerne testet, var nesten åtte ganger mer effektiv for kvinner enn for menn. En annen hadde ingen effekt på menn, men virket på kvinner. Forklaringen lå i mannshormonet testosteron, som reduserte effekten.

MENER KVINNESYKDOMMER IKKE PRIORITERES.

– Det sies at kvinner lider, mens menn dør. Menn toppe ulykkesstatistikken og dør tidligere, mens kvinner har flere kroniske og skjulte lidelser. Mange får redusert livskvalitet uten at samfunnet ser dem, sier Elisabeth T. Swärd, seniorrådgiver i Norske Kvinners Sanitetsforening, som årlig forvalter 20-25 millioner kroner til forskning på kvinnehelse.

Swärd mener at noen av de typiske kvinnesykdommene ikke prioriteres.

– Barn og ungdoms psykiske helse, kreftsykdommer og prostata har Regjeringens oppmerksomhet. Men det snakkes lite om de usexy diagnosene som rammer kvinner, som endometriose, adenomyose, ME og fibromyalgi.

Mens de to første kan innebære smerter i underlivet og barnløshet, er ME en utmattelsesykdom. Fibromyalgi gir kroniske muskelsmerter. Mange blir utmattet.

I en doktoravhandling fra Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo (2005), skrev Anne Werner at kvinnelige pasienter med uka-



ILLUSTRASJONSFOTO: MARTIN SLOTTEN LINGSTAD

rakteristiske helseplager måtte kjempe for å bli trodd av legene sine. Swärd mener at dette fortsatt er tilfelle.

– Kvinner med ubestemte plager tas ikke alvorlig nok. De kommer ikke videre i systemet.

BESVIMTE PÅ TRAPPEN. Noe av det mest dramatiske Anja Stenslette husker, var en dag hun var 13 og skulle på turnoppvisning. I forkant var hun og moren innom noen butikker. Så sa hun til moren at hun hadde vondt, at hun var kvalm, at hun trodde hun kom til å dø.

– Jeg hadde et voldsomt press i underlivet, nå vet jeg at det føltes som rier.

Hun besvimte på trappen til butikken. Idet moren hjalp henne å reise seg, kjente hun noe falle ned. Hun dro med moren inn på toalettet, og i trusen fant de en klump med blod og slim. På legkontoret fikk de høre at det var endometrievæv. Men hun ble ikke sendt videre til utredning.

Anja Stenslette leser høyt fra egen journal: «Menstruasjon er uregelmessig, hyppig og smertefull.» «Mye plaget med urinveisinfeksjon.» «Smerter i ryggen når hun sitter stille lenge, dette må tas opp med helsesøster på skolen.»

Som 20-åring ble hun akutt innlagt på sykehus fordi hun var svimmel, kvalm, hadde hyppige hjerteslag og stikkende smerter. Hun hadde menstruasjon og ble anbefalt å oppsøke gynekolog.

– Det er mange som har prøvd å se en sammenheng mellom menssmertene og de andre plagene jeg har hatt. Men ingen skjønnte hva som feilte meg.

HØYSTATUS-SYKDOMMENE. I 2012 gjorde forskerne Dag Album ved Universitetet i Oslo og Steinar Westin ved NTNU en studie der de spurte leger hvilke sykdommer de mente hadde høy og lav status i helsevesenet. De fant at det var tre ting som kjennetegnet høystatussykdommene: De var akutte, de kunne gjøres noe med, og de befant seg over mellomgulvet.

– Vi var opprinnelig ikke ute etter å gjøre en kjønnsanalyse. Men vi så en tendens til at kvinners diffuse plager rangerer lavere enn menns akutte blålyssykdommer, sier professor i sosialmedisin Steinar Westin.

De to fremste høystatussykdommene var hjertesykdom og leukemi. Den siste rammer menn hyppigst, mens hjertesykdom er dødsårsak nummer én både for kvinner og menn. De sykdommene som ble rangert aller lavest, var fibromyalgi og angstnevroses, som begge rammer flest kvinner.

Bildet var likevel ikke svart-hvitt. For eksempel havnet graviditet utenfor livmo-



FOTO: PRIVAT

Vanskelig diagnose.

Først som 28-åring fikk Anja Stenslette vite at hun led av endometriose. Nå vil hun spre kunnskap om sykdommen.

UKJENT SYKDOM

[Endometriose]

Det antas at rundt 10 prosent av norske kvinner har endometriose. Sykdommen kan gi store smerter, andre merker lite.

Ved endometriose vokser vevet fra livmorslimhinnen også utenfor livmoren: på eggledere, eggstokker, i bukhinnen, tarmene eller urinblæren.

Mange får barn på vanlig måte, men 30-40 prosent av dem som sliter med barnløshet, har endometriose.

Man vet ikke hvorfor endometriose oppstår, men tror det forverres ved menstruasjon. Vanligste behandling er i dag kirurgi og medisiner, blant annet p-piller og hormonmedisiner, som setter pasienten i kunstig overgangsalder.

I Sverige utarbeides det nå nye retningslinjer som skal gjøre sykdommen lettere å utrede og behandle. I Norge vurderer Helse Sørøst og Helse Vest egne sentre for behandling av endometriose.

KILDER: ENDOMETRIOSEFORENINGEN, NORSK HELSEINFORMATIKK, ELISABETH T. SWÄRD

► ren på høystatuslisten. Kanskje fordi det er en dramatisk tilstand som det kan gjøres noe med, mener Westin.

– **MINDRE FORSKNING PÅ KVINNESYKDOMMER.** Ifølge Anne Winsnes Rødland, journalist og prosjektleder for den kommende Kvinnehelseportalen.no, som skal samle kunnskap om kvinnehelse og kjønnsforskjeller, finnes det mindre forskning på typiske kvinnesykdommer enn på mange andre sykdommer.

Hun har undersøkt norske publikasjoner etter år 2000.

– Muskel- og skjelettsykdommer er den største enkeltårsaken til sykefravær i Norge, og blant uføre er det mer enn dobbelt så mange kvinner som menn med en slik sykdom som hoveddiagnose. Likevel fant vi ikke mye norsk forskning som ser på årsaken til slike smertelidelser, og heller ikke årsaken til de store kjønnsforskjellene, forteller hun.

For mange blir smertene kroniske. En studie av overlege Karin Maria Øien Forseth ved Rikshospitalet viser at kvinner med fibromyalgi ofte har en smerteutvikling over flere år før de får en diagnose. Fibromyalgi innebærer lange perioder med smerter og trøtthet i kroppen.

Det finnes imidlertid lyspunkter. For eksempel har leddgiktpasienter i dag en betydelig bedre hverdag enn før, opplyser Winsnes Rødland.

– De siste årene har det skjedd en betydelig utvikling i den medikamentelle behandlingen av sykdommen. Kvinners helsestilstand har bedret seg mest, og fordi de tidligere var mye hardere rammet enn mennene, er kjønnsforskjellene mindre i dag.

FIKK ENDELIG EN DIAGNOSE. Som 28-åring fikk Anja Stenslette diagnosen endometriose, en sykdom der livmorvev vokser utenfor livmoren. En gynekolog så tydelige cyster ved livmoren hennes og sendte henne videre til ekspertisen ved Ullevål sykehus. Stenslette hadde en alvorlig variant, sykdommen kan vanligvis ikke diagnostiseres uten en kikkhullsoperasjon.

Da hun fikk diagnosen, hadde hun vært inn og ut av legekontorer i 16 år. Hun hadde testet de fleste p-piller på markedet og gått på en rekke hormonmedisiner.

– Jeg er lei meg for at det tok så mange år. Jeg følte meg så annerledes. Venninner på samme alder var sjelden syke, og de kunne trene som normalt rundt mens. Jeg måtte presse meg til alt jeg skulle foreta meg.

HAR ALDRI HØRT ORDET. Stenslette ikke er alene, forteller Trine Aarvold, lege ved Sex og samfunn, Norges største senter for sek-

suell og reproduktiv helse.

– Det er ille hvor mange unge jenter som kommer til meg med kjempesterke mennessmerter og som aldri har hørt ordet endometriose. Mange blir møtt med at det er helt naturlig å ha smerter eller blø mye, sier hun.

I gjennomsnitt tar det mellom seks og syv år før kvinner får diagnosen. Flere allmennleger har kontaktet Aarvold for å få vite mer, både om endometriose og andre underlivsplager. Disse plagene er ofte helt uskyldige og normale, men det finnes lite kunnskap om dem.

– Det snakkes lite om sykdommer som dette på medisinstudiet. Leger opplever at de ikke får hjulpet pasientene sine.

NEDSLÅENDE Å FORSKJE PÅ. Gynekolog Tina Telum ved Ullevål sykehus får støtte fra Norske Kvinners Sanitetsforening til å forskje på adenomyose, en sykdom tett forbundet med endometriose og som hele én av fem kvinner har. Mange uten å vite det.

– Det er litt nedslående å forskje på dette og se hvor liten interessen er, og hvor lite hjelp disse kvinnene får, sier hun.

– Kvinner som er hardt rammet, trenger fysioterapeuter med kompetanse, psykologer som kan hjelpe dem å mestre, sexologer som kan hjelpe dem å finne tilbake til sexlysten, ernæringsfysiologer som kan hjelpe dem å finne rett diett og komme i aktivitet. Er du for eksempel kreftpasient, er dette kjempefint organisert.

– *Men endometriose og adenomyose er ikke dødelig?*

– Nemlig. Men hvorfor må ting være dødelige? Slike sykdommer kan gjøre at du taper mye mer livskvalitet enn om du har hatt kreft og er blitt frisk. Men vi vet ikke hvor stor byrde disse sykdommene gir, og hvor mye kvinnene taper.

BARE I STARTGROPEN. Vet vi mindre om endometriose fordi det er en kvinnesykdom? Vi spør gynekologiprofessor Siri Vangen, leder Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse:

– Jeg vil være litt forsiktig der. Det er nok fortsatt slik at visse sykdommer som rammer kvinner, ikke blir tatt alvorlig nok. Samtidig er det mye satsing på kvinnehelse. Menn oppsøker lege sjeldnere enn kvinner, så det er også mye vi ikke vet om menns helse, sier hun.

Noen mener nå at vi trenger en ny satsing på menn, ifølge Vangen.

– Blant menn er selvmord, ruslidelser, shizofreni og ulykker mer vanlig. De har også større fravall i videregående skole.

Vangen mener at det er kjønnsperspektivet, ikke bare kvinneperspektivet, som er viktig. Vi er fortsatt bare i startgropen på å forstå hva kjønn betyr, påpeker hun.

– Hvorfor er det for eksempel slik at mange kvinner får kroniske sykdommer som smerter, muskel-skjelett-sykdommer og ME? Hva er bio-





ILLUSTRASJONSFOTO: MARTIN SLOTTEN LINGSTAD

logisk, og hva er samfunnsskapt, for eksempel ved at mange kvinner er dobbeltarbeidende eller jobber i omsorgsykker?

I enkelte tilfeller vet man også lite om kvinnelige symptomer på sykdommer som rammer begge kjønn. Et eksempel er hjertesykdommer, der bare en tredjedel av deltagerne i internasjonale studier er kvinner, ifølge en rapport fra blant annet Brigham and Women's Hospital i Boston i 2014. Det rapporteres også sjelden om kjønnsforskjeller i resultatene.

VIL GJØRE SYKDOMMEN KJENT. Anja Stenslette bestemte seg tidlig: Hvis hun noen gang ble frisk nok, skulle hun kjempe for at sykdommen hennes ble mer kjent. I dag jobber hun med å utvikle en informasjonsfilm for Endometrioseforeningen.

– Vi trenger et kunnskapsløft, både blant skoleelever, helsesøstre og fastleger. De som er unge nå, må slippe å gå fra de er 12 til kanskje borti 30 år før de får en diagnose, mener hun.

Hun vet ikke hvordan livet hennes hadde vært hvis hun selv hadde fått diagnosen tidlig. Men hun er glad hun fikk den til slutt, for i ettertid har hun fått den beste behandlingen som finnes.

På veggen i stuen hennes henger et bilde av henne og sønnen, som nå er ti. Anja bruker å fortelle ham at han er ekstra velkommen. For lenge visste hun ikke om hun kunne få barn.

Men i 2006 fikk hun en kikkhullsoperasjon som fjernet en del av endometriosen. Kombinert med sterke hormonmedisiner i et halvt år klarte hun å få barn på naturlig vis. Senere er det blitt flere medisiner og flere operasjoner, der hun blant annet har fjernet livmoren.

Fordi Stenslette har en svært alvorlig variant av sykdommen og i tillegg har adenomyose, har behandlingen vært heftig. Men hun er takknemlig for å ha fått den, og synes det er godt endelig å ha en forklaring på smertene.

– Selv om jeg møter mange som ikke forstår hva endometriose er, er det likevel godt å kunne si at jeg har det. Så kan de heller gå hjem og google. ●

a-magasinet@aftenposten.no

SATSING PÅ KVINNEHELSE

[Kompetanseheving]

Den offentlige utredningen *Kvinner helse i Norge* (1999) avdekket stor kunnskapsmangel om hvordan kjønn påvirker helsen.

I 2001 kom det retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning i Norge.

Forskningsrådet har siden 2004 utlyst midler til kvinnehelseforskning.

Kompetansetjenesten for kvinnehelse ble opprettet i 2006.

Norske Kvinners Sanitetsforening, Forskningsrådet og Kilden samarbeider nå om pilotprosjektet Kvinnehelseportalen.no, som skal samle kunnskap om kvinnehelse og kjønnsforskjeller.

KILDER: UTREDNINGEN KVINNER HELSE I NORGE, DE NASJONALE FORSKNINGSETISKE KOMITEENE, FORSKNINGSRÅDET, KOMPETANSETJENESTEN FOR KVINNEHELSE, ELISABETH T. SWÄRD.

Helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten 2018

Spørsmål til tjenestens faglige referansegruppe

SETT MARKØREN I DET GRÅ FELTET FØR DU STARTER SKRIVINGEN.

Navn på tjenesten:	Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse
Lokalisering:	Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus HF, Rikshospitalet
1. Er det lagt til rette for at referansegruppen kan utøve sin funksjon i tråd med sitt mandat ? (jf. kjernemandat for referansegruppene) Hjemmesiden gir fagmiljø, pasienter og publikum i hele landet elektronisk tilgang til oppdatert informasjon om tjenestens ytelser. Det jobbes aktivt med nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter, publisering både i vitenskapelige og populærvitenskapelige kanaler. Det deltas aktivt i undervisning og formidling av forskningsresultater, og i offentlige og politiske debatter. Nye prosjekter og samarbeidsrelasjoner nasjonalt og internasjonalt er i stadig utvikling i tett samarbeid med brukerrepresentanter som følger alle ledd innenfor studiene.	
2. Er referansegruppens sammensetning dekkende for kompetansetjenestens ansvarsområde og oppgaver? Referansegruppen består av en fagperson fra hver helseregion samt en brukerrepresentant fra Norske Kvinners Sanitetsforening. Følgende fagområder er representert: gynekologi, revmatologi, alders- og sykehjemsmedisin og eldre kvinners helse, og jordmorfaget. Referansegruppens sammensetning dekker dermed tjenestens ansvarsområde og oppgaver.	
3. Er det lagt til rette for aktiv brukermedvirkning i referansegruppens arbeid? Brukerrepresentanten fra Norske Kvinners Sanitetsforening har bred erfaring med brukermedvirkning. Representanten bringer dette perspektivet inn i alle deler av referansegruppens arbeid. Hun representerer ingen pasientorganisasjon eller diagnosegruppe, men er en "vanlig kvinne". Brukerrepresentanten leder også brukerrådet på Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus.	
4. Hvor ofte arrangeres det møter mellom tjenesten og referansegruppen?	

Det arrangeres møter mellom tjenesten og referansegruppen 1-2 ganger årlig. Medlemmer som eventuelt ikke kan være til stede blir inkludert via telefonkonferanse/skype.
5. Får den enkelte helseregion dekket sitt behov for kompetanseoppbygging innenfor kompetansetjenestens ansvarsområde? Gi en kort beskrivelse. Den enkelte helseregions behov for kompetanseoppbygging dekkes ved tjenestens formidlingsaktivitet i form av: • Kurs i ulike kvinnehelseemner som holdes i samarbeid med faglige nettverk i alle helseregioner og utvides når nye og relevante emner tilsier det. • Undervisning av medisinske studenter og annet helsepersonell, for eksempel helsefagene. • Utforming av kliniske veiledere • Nyhetsbrev • Blogg og forskningsnytt på forskning.no, innlegg i pressen • Oppdaterte hjemmesider I tillegg vil den planlagte kvinnehelseportalen som oppsummerer kunnskap om kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse gjøre kunnskapen mer tilgjengelig for alle som trengte den.
6. Beskriv hvilke tiltak som er iverksatt for å videreføre kompetansetjenestens arbeid i alle regionene – evt. nasjonalt. Ulike former for kunnskapsformidling til alle regioner som beskrevet over er iverksatt for å videreføre tjenestens arbeid i alle regionene - evt. nasjonalt. I tillegg drives 14 / 22 forskningsprosjekter i samarbeid med faglige nettverk i helseregionene. Et nytt nasjonalt forskningsnettverk er Eldre-BOTT som er et universitetsnettverk mellom universitetene i Bergen, Oslo, Trondheim og Tromsø som satser bl.a. på eldre kvinners helse og relaterte forskningsprosjekter og undervisning.
7. Dersom det er behov for å videreføre kompetansetjenestens virksomhet, gi en begrunnet beskrivelse av hvorfor dette er nødvendig. Det eksisterer en del kunnskap om kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse, men det er fortsatt et stort behov for mer kunnskap på dette området. Fortsatt er den kunnskap som finnes ikke tilstrekkelig implementert i den norske helsetjenesten. Når det gjelder gamles kvinners helse så er det enorme udekkete behov: Eldreomsorg er en kvinnesak. Kvinner lever lengre enn menn og er omsorgsgivere som partnere eller døtre, først hjemme, men også på sykehjem. Lite kunnskap eksisterer rundt denne rollefordelingen. 80 % av dem som bor på sykehjem får omsorg og pleie fra (nesten 100 %) kvinner.
Tilleggsinformasjon
8. Det bes om eventuell tilleggsinformasjon som er viktig å ta hensyn til ved helhetlig

vurdering av denne nasjonale kompetansetjenesten.

Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse har i de siste årene lyktes med å utvide perspektivene fra "bikinisykdommer" til fokus på hele livet inkludert de siste årene av eldre kvinners helse. Dette er en positiv utvikling som etter hvert belønnes med gode prosjekter, publikasjoner og media omtale.

Signering av ansvarlig leder

Dato og navnet på den som har skrevet denne tilbakemeldingen:

20.02.18 prof. Bettina S. Husebø, MD, phd

040118 arl