



## Kvinner møter med helsevesenet

En kvinnelig pasient med Bekhterev får sin diagnose i snitt 2-5 år senere enn en mannlig pasient med samme sykdom. Dette til tross for at muskel- og skjelettlidelser og «ubestemmelige» sykdommer som fibromyalgi og symptomdiagnoser oftere rammer kvinner enn menn. Mange kvinner med disse sykdommene opplever å ikke bli sett, hørt eller trodd i møte med helsevesenet. I 2018 kom rapporten «Hva vet vi om kvinners helse?» som avdekket et generelt kunnskapshull i forskningen på kvinnehelse. Kan den manglende forskningen på feltet bidra til dårligere helsetilbud til kvinner enn menn?



AV MATHILDE PILSKOG  
FYSIOTERAPEUT

**Et møte med Helsenorge**  
«Du er sliten og har panikkanfall». Ida vet ikke helt hva hun skal svare, men tar legens ord til seg. Tidligere

på kvelden dro hun på legevakten etter å ha blitt dårligere og dårligere den siste uken. Hun hadde hatt forkjølelsvirus de to siste ukene. Den siste uken har det oppstått et vondt trykk i underkjeven, utmattelse og hovne føtter. I løpet av dagen har symptomene økt og hun opplever et voldsomt trykk fra hjertet og opp i halsen, kaldsvette, vondt mellom

skulderbladene, smerter ut i armen, blå lepper og veldig høy puls. Smertene forverrer seg ved å ligge på ryggen. Alt dette kan være symptomer hjerteinfarkt.

Hun har blitt undersøkt med EKG, blodtrykk, CRP, oksygenmetning og blodprøve for å avdekke blodpropp. Dette gir ingen spesielle utslag.

Da ønsker legen en samtale med henne om hennes psyke. Hun får diagnosen «sliten» med angstanfall og sendt hjem for å hvile. Almenn-tilstanden er veldig dårlig. Dette forstår ikke Ida. Jo, hun kan jo være sliten, men dette er noe annet.

Hun blir bare dårligere og mandag morgen drar hun til privat lege. Hun er så dårlig at hun kaster opp og må bli støttet inn i bilen. De tar henne alvorlig, men hun blir ikke undersøkt med ultralyd før på ettermiddagen. Ultralydbildene viser mye væske i hjerteposen. Nå slår de alarm, hun har kraftig perikarditt (hjerteposebetennelse). Det kan være enkelt å behandle perikarditt, men i noen få tilstander hvor det er mye væske kan det være livstruende, som i denne situasjonen [1]. For Ida er det livstruende og det ender nesten fatalt. Ida blir sendt rett til akutten og må bli på hjerteavdelingen en god stund. Dette var i 2017 og perikarditten er nå blitt kronisk, med ett til to anfall i året.

Er denne historien relevant til fysioterapi, tenker kanskje du? Grunnen til at jeg forteller om Ida er for å understreke at om vi ikke undersøker skikkelig uansett kjønn, så kan det ha store konsekvenser for pasienten. Ida var ikke mann 50 år, men en ung, slank og sprek kvinne i slutten av 20-årene. Dette passer ikke helt med de diagnosekriteriene som er satt for perikarditt eller hjerteinfarkt. Men grundige undersøkelser bør bli tatt uansett, man bør i det minste bli holdt inne for observasjon. I 2016 ble det gjort en studie som viste at på tross av at internasjonale retningslinjer anbefaler at personer med akutt hjerteinfarkt skal bli utredet med røntgenundersøkelse, så ble færre kvinner enn menn utredet med denne undersøkelsen. Studien viste at kvinner og menn i Norge får ulik utredning og behandling ved hjerteinfarkt, og at kvinner sjeldnere fikk medikamenter for å forebygge nye episoder og komplikasjoner etter infarkt. De nevner at ulike oppfatninger hos legen kan ha hatt betydning for den ulike behandlingen [2]. Legen gjorde rett i å spørre om Ida opplevde stress, da det som kjent kan trigge både perikarditt, hjerteinfarkt



og mange andre sykdommer. Men det er også viktig å ta nødvendige undersøkelser før en konkluderer.

#### **Kvinnens troverdighet**

Kirsti Malterud er Norges første professor i allmennmedisin og har forsket mye på hvordan kvinner blir møtt i helsevesenet. Dette handler mye om at kvinners sykdomshistorie ikke alltid blir anerkjent i helsevesenet, fordi helseplagene er ukarakteristiske. Selv velmenende leger kan virke diskriminerende uten å vite det. Mange i helsevesenet kan ha ubevisste holdninger som kan være med på å påvirke hvordan de blir møtt. Noen pasienter må kjempe for troverdighet, noe som kan være svært belastende. [3]

Til NHI.no forteller generalsekretær Grete Herlofsen fra Norsk Sanitetsforening – «Mange kvinner opplever at det er krevende. At de må ta seg sammen, og at de må opptre på en bestemt måte for å få legens oppmerksomhet. Det er mange kvinner med smerter og plager som får beskjed om at de bare må hvile seg litt, og som ikke når frem i helsetjenesten. I og med at kvinner oftere rammes av diffuse sykdommer, tenker vi at det er mer krevende for kvinner med slike sykdommer å møte helsetjenesten». [4]

Medisinere kan tenke at pasientens plager ikke representerer sykdom om en ikke kan påvise det. Dermed er det flere kvinner enn menn som ender opp med symptomdiagnoser. Det kan være mange underbevisste holdninger rundt symptomdiagnoser. Vi vet også at kroniske sykdommer og symptomdiagnoser er blant de områdene hvor det er minst status å spesialisere seg innen eller forske på.

#### **Muskel og skjelett**

Generelt er langvarige smerter mer utbredt blant kvinner enn menn. Kjønnforskjellene er moderate når det gjelder smerte generelt, men betydelig større for mer uttalte smerter, særlig smerter som er utbredt flere steder i kroppen [5]. I Norge er muskel- og skjelettsykdommer den største enkeltårsaken til sykefravær og samlet sett den nest vanligste årsaken til uførhet. Muskel- og skjelettsykdom er fortsatt den vanligste uførediagnosen blant uføre over 55 år. Det er i Norge mer enn dobbelt så mange kvinner som menn har en muskel- eller skjelettlidelse som hoveddiagnose [5].

En landsomfattende undersøkelse på oppdrag fra Norsk Revmatikerforbund fra 2018 [6] viser at;



- Pasienter må til fastlegen minst 6 ganger før de blir henvist til spesialist.
- 61% venter mer enn et år på en diagnose. Og da er det ikke nødvendigvis riktig diagnose. Mange går til legen i flere år før de får rett diagnose.
- Kun 6 % er helt sikre på at de vil bli tilbudt det beste behandlingstilbudet ved kronisk sykdom
- 5 % er helt sikre på at de vil bli tilbudt de beste medisinene ved kronisk sykdom
- 25 % synes ikke legen behandler en som likeverdig eller tar hensyn til ens meninger



Mange opplever å ikke bli sett og trodd når de oppsøker lege eller behandler med slike symptomer. Mørketallene på hvor mange som ikke har fått diagnose er nok store, ifølge NRF. Det er viktig å få riktig diagnose så man kan få riktig behandling, medisiner og rettigheter. Og for mange er det også godt å endelig bli trodd.

IMAS (International Mapping of Ankylosing Spondylitis) undersøkelsen som ble utført i 2017, viser at kvinner i gjennomsnitt venter 5 år lenger på aksial spondyloartritt (bekhterev) diagnose enn menn her i Norge [7]. Fra Norge var det 509 personer med denne diagnosen som deltok, og 70% av dem var kvinner. En annen undersøkelse fra NRF har vist at det tar i gjennomsnitt 10 år for menn å få diagnosen, og 12 år for kvinner. Uansett viser tallene at det tar lang tid å få diagnosen, og at det tar lenger tid for kvinner.

Selv fikk jeg diagnosen spondyloartritt 12 år etter de første symptomene kom og 7 år etter jeg begynte å gå til legen. Jeg var en gjenganger på legekantorene i starten av 20 årene. Første gang kom jeg fordi jeg raste ned i vekt og hadde lite energi og legen svarte at jeg var heldig som ikke sliter med det motsatte (altså overvekt). Det eneste jeg fikk høre hver gang jeg kom til legen var at jeg var stresset og ble anbefalt psykolog. Jeg sluttet å gå til legen hvor jeg ikke følte meg sett og begynte hos psykolog, med yoga og meditasjon. Jeg var

sengeliggende utenom skole/jobb annenhver måned i alle disse årene uten at noen visste. Under fysioterapistudiet så jeg diagnosekriteriene for Bekhterev og tenkte «det der er meg». Men det stod også at det var vanligst blant unge menn, og det gjorde at jeg slo det fra meg igjen. Først da jeg fikk iridocyklitt i 2017 (regnbuehinnebetennelse), var jeg helt sikker på det som etter hvert ble min diagnose. Selv etter dette var det ingen enkel vei å få selve diagnosen. Selv om jeg som fysioterapeut satt hos fastlegen og listet opp mine symptomer og grunnlag for diagnosen tok det mange konsultasjoner før jeg ble henvist til revmatolog. Og selv der fikk jeg høre at jeg ikke var stiv nok i leddene. Det til tross for at jeg var morgenstiv og gjorde yoga og/eller trente hver dag for å holde leddene myke. Jeg hadde likevel nok symptomer/kriterier til å få diagnosen.

De fleste begynner å utvikle sykdommen bekhterev fra midten av 20 årene/starten av 30 årene, og for kvinner kan det da ha blitt koblet opp mot graviditet og bekkenløsning. Dette kan være en årsak til at det ofte tar lenger tid å få riktig diagnose. Generelt får mange med revmatiske sykdommer oppbluss av symptomer fra 6 uker- til et år etter fødsel [8]. Så dette er noe ha i bakhodet om man har kvinner som kommer med smerter i ledd i denne perioden.

### Kvinnehelse i helsefagutdanningene

Det trengs økt kompetanse på kjønnsespesifikke helseutfordringer for å bedre kvaliteten i helsetjenestene og skape større tillit i helsevesenet. Likevel viser kartlegging av helsefagutdanningene i Norge at de politiske føringene om å prioritere kvinnehelse ikke reflekteres i læringsmål og læringsutbyttebeskrivelser i studieprogrammene til fysioterapi, medisin, sykepleie, psykologi og vernepleie. Det blir dermed opp til hver enkelt lærer om kvinnehelse skal inkluderes [9].

### Veien fremover

Veien fremover bør være at vi jobber med å anerkjenne pasientens opplevelse. Uansett diagnose eller kjønn, trenger pasienter anerkjennelse, å bli møtt og hørt for sine plager. Og blir ikke pasienten bedre, still noen ekstra spørsmål, ta flere undersøkelser eller send dem videre til noen som er gode på feltet. Les deg opp på ny forskning, der det finnes, og still faglige spørsmål. Vi trenger også endre ubevisste holdninger når det kommer til flere av disse gruppene. Vi trenger mer forskning og vi trenger å få dette inn i utdanningsplanene til helseprofesjonene.

*Se referanser/kilder side 36.*