

Møte tirsdag den 10. januar kl. 10

President: C a r l I . H a g e n

D a g s o r d e n (nr. 33)

1. Interpellasjon fra representanten Gunn Olsen til helse- og omsorgsministeren:

«Stortinget vedtok i 2003 en kvinnehelsestrategi. Regjeringen ble bedt om å se på hvordan samfunnet påvirker kvinnehelsen, og å prioritere tiltak innen forskning og utdanning og i arbeidslivet. Forskning viser at mange kvinner med såkalte ubestemte helseplager opplever å bli møtt med skepsis og manglende interesse av legen. I noen tilfeller oppleves også feildiagnostisering. Nylig kom det fram opplysninger om at kvinner får dårligere hjertemedisin enn menn, selv om de har samme diagnose.

Er det slik at kvinnehelsestrategien ikke finnes, og hva kan statsråden gjøre for at helsevesenet skal gjenspeile de prioritinger om kvinnehelse som Stortinget har vedtatt?»

2. Referat

Presidenten: Presidenten vil benytte anledningen, når dette er det første møtet i 2006, til å ønske alle representanter og alle andre som har sitt daglige arbeid i Stortinget, et riktig godt nytt år, og vil få lov til å uttrykke det ønsket at Stortinget vil fortsette å utføre sitt arbeid med den stil og verdighet som sømmer seg for et lands nasjonalforsamling.

Representantene Ivar *Skulstad* og Marianne *Marthinsen*, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Fra Arbeiderpartiets stortingsgruppe foreligger søknad om sykepermisjon for representanten Britt *Hildeng* fra og med 10. januar og inntil videre.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknaden behandles straks og innvilges.
2. Vararepresentanten, Khalid *Mahmood*, innkalles for å møte i permisjonstiden.

Presidenten: Khalid Mahmood er til stede og vil ta sete.

S a k n r . 1

Interpellasjon fra representanten Gunn Olsen til helse- og omsorgsministeren:

«Stortinget vedtok i 2003 en kvinnehelsestrategi. Regjeringen ble bedt om å se på hvordan samfunnet påvirker kvinnehelsen, og å prioritere tiltak innen forskning og utdanning og i arbeidslivet. Forskning viser at mange kvinner med såkalte ubestemte helseplager opplever å bli møtt med skepsis og manglende interesse av legen. I noen tilfeller oppleves også feildiagnostisering. Nylig kom det fram opplysninger om at kvinner får dårligere hjertemedisin enn menn, selv om de har samme diagnose.

Er det slik at kvinnehelsestrategien ikke finnes, og hva kan statsråden gjøre for at helsevesenet skal gjenspeile de prioritinger om kvinnehelse som Stortinget har vedtatt?»

Gunn Olsen (A) [10:03:38]: Som det er referert til i interpellasjonen, vedtok Stortinget i 2003 en kvinnehelsestrategi. Fra Arbeiderpartiets side er vi veldig opptatt av hvordan samfunnet påvirker kvinnehelse, og hvordan det prioriteres tiltak innen forskning og utdanning og i arbeidslivet. Forskningen viser at mange kvinner med såkalte ubestemte helseplager opplever å bli møtt med skepsis. Vi vet også at man ofte blir behandlet som om man skulle være mann, fordi den medisinske forskningen er utført på menn. Som det framgår av interpellasjonen, kom det nylig fram opplysninger om at kvinner får f.eks. dårligere hjertemedisin enn menn, selv om de har samme diagnose.

Vi ønsker fra vår side å få det svaret fra helseministeren at det skal finnes en kvinnehelsestrategi. Det er derfor jeg har bedt statsråden om det.

Jeg har registrert, selvfølgelig, at vi endelig har fått en kvinnelig helseminister, som jeg håper vil prioritere kvinnehelse som et eget satsingsområde – det er også nedfelt i Regjeringens uttalte mål fra Soria Moria – fordi vi trenger å øke kunnskapene om og ikke minst forståelsen av årsakene til og behandlingsbehovene for en rekke sykdommer og plager som rammer kvinner.

Livmorhalskreft er et viktig område. Jeg håper at statsråden i sitt svar vil si noe om dette området, fordi det rammer så mange. Det er kjent bl.a. gjennom mediene at det er mye som skjer på forskningssiden med f.eks. enkle metoder, som vaksinasjon. Jeg håper at statsråden i sitt svar vil si noe om det, og om hvordan man fra departementets side vil satse på dette området.

Når det gjelder brystkreft, håper jeg at det skal bli slutt på den tida da brystkreftoperasjoner er venstre-håndskirurgi. Det har vi sett mange tilfeller av opp gjennom årene. Flere steder i landet, bl.a. ved sykehuset i Telemark, har man utviklet gode operasjonsteknikker ved brystkreft. De fleste vil jo ønske seg brystbevarende kirurgi dersom kreften rammer, men dersom brystet likevel må fjernes, er det viktig at de fysiske plagene blir minst mulige i ettertid. De aller fleste som får brystkreft, overlever faktisk, og skal ha et så godt, normalt liv som mulig også i ettertid.

Jeg håper at statsråden har et godt tak på helseforetakene også når det gjelder kvinnehelse. Vi vet at det er mange psykiske lidelser også blant kvinner. Vi vet at det er mange rusmiddelmissbrukere blant kvinner. Vi vet at kvinner drikker mer enn de gjorde før. Vi vet at mange kvinner i det hele tatt har kroniske lidelser og stort behov for både rehabilitering og habilitering. Mange sliter med psykiske plager, og mange sliter med rusproblemer.

Jeg vil være veldig glad for å få et svar fra statsråden som går i retning av at vi skal styrke forskningen på flere felt når det gjelder kvinnehelse spesielt. Vi vet jo, som vi snakket veldig mye om i det kvinnehelsedokumentet som det er vist til i interpellasjonen, at en av de hyppigste årsaker til sykmelding og uførhet hos kvinner er muskel- og skjelettlidelser. Vi vil vite mer om årsakene til dette.

Jeg er veldig spent på å høre statsrådets svar på min interpellasjon.

Statsråd Sylvia Brustad [10:08:29]: Representanten Olsen tar opp et svært viktig tema som denne regjeringa også er særdeles opptatt av. Det er selvsagt ikke akseptabelt dersom det er slik at kvinner og menn får ulik behandling når det gjelder både medisiner og ren behandling for samme type lidelse. Dersom det gjennom vitenskapelige undersøkelser dokumenteres at disse grunnleggende verdiene for behandling ikke etterleves, er det klart at det vil bli fulgt opp. Allerede i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene for inneværende år er dette presisert, slik det også har vært et par år tidligere.

Bakgrunnen for en egen kvinnehelsestrategi var og er et ønske om å få et bedre og mer helhetlig grunnlag for politikkutforminga på dette området. Det er avdekket mangel på kjønnsespesifikk kunnskap i medisinsk behandling når det gjelder forebygging, og mangel på kjønnspektiv i utforming av helsetjenestene. Det mener jeg er alvorlig.

Regjeringa vil prioritere kvinnehelse som et eget satsingsområde. I Regjeringas tiltredelseserklæring legges det stor vekt på likestilling mellom kjønnene, og vi sier også helt konkret at vi vil igangsette et landsomfattende program for forskning på kvinners helse. Dette skal jeg selvfølgelig følge opp.

Hva skal vi så gjøre? For det første må vi være flinke til å bruke kjønnspektivet i vår daglige virksomhet der det er aktuelt. Det vil komme både kvinner og menn til gode.

For det andre skal vi sette søkelys på sykdommer og lidelser som utelukkende eller i overveiende grad rammer kvinner. Vi er nødt til å gjøre det når det gjelder forebyggende arbeid, når det gjelder diagnostisering og behandling av sykdommer, og når det gjelder rehabilitering. Vi må også ha med oss dette når det gjelder hele utviklinga av helsetjenestene våre, i kunnskapsutviklinga og i forskninga.

Det er avgjørende viktig at alle får god behandling hvis de blir syke. Jeg er i tillegg opptatt av tiltak som kan bidra til at mange kan begrense faren for å få alvorlige sykdommer, og derfor er også strategier for å forebygge sykdom helt sentrale i mitt arbeid som helse- og omsorgsminister.

Jeg vil også orientere Stortinget om at jeg nå helt konkret jobber med å etablere et kompetansesenter for kvinnehelse ved Rikshospitalet. Det mener jeg er viktig å ha, fordi vi har for lite kompetanse på dette i landet vårt.

Når det gjelder et område som interpellanten var inne på, livmorhalskreft, er det den nest hyppigste forekommende krefttypen blant kvinner i Norge. Årlig forekommer det 300 tilfeller. Vaksiner mot denne virusinfeksjonen er under klinisk utprøving, og resultater fra de store kliniske studiene blir offentliggjort nå. De viser at vaksinene kan forebygge infeksjoner, og at de kan redusere forekomsten av forstadiene til livmorhalskreft. Dette er nye opplysninger som jeg mener er svært interessante. Derfor har Folkehelseinstituttet nå påbegynt et arbeid for å vurdere hvilke vaksiner som blir tilgjengelige, og ulike spørsmål som må besvares før det kan bli aktuelt å komme med en faglig tilråding til mitt departement.

Vi ser også at økningen av lungekreft og KOLS er foruroligende, særlig når det gjelder kvinner. Sjukdommene skyldes i hovedsak røyking, men ikke bare det. I det tobakksforebyggende arbeidet er det et sentralt mål å forebygge også disse sykdommene.

KOLS er en relativt ukjent sykdom som minst 200 000 personer i Norge lider av. I Danmark har man registrert at dødeligheten ved KOLS i de yngre aldersgruppene er høyere hos kvinner enn hos menn. Vi må anta at denne utviklinga vil kunne sees også i Norge, og derfor vil det å ha et kjønnspektiv når vi skal behandle og forebygge KOLS, også være svært viktig.

Vi ser også at fysisk aktivitet og sunt kosthold er viktige faktorer i forebygging av både kreft og diabetes 2. Dette gjelder også i stor grad kvinner.

Jeg vil også orientere Stortinget om at det i forbindelse med de nye retningslinjene for svangerskapsomsorgen nå arbeides spesielt med å få systematisk oversikt over forebygging og behandling av svangerskapsdiabetes. Dette er viktig for screening av gravide med særlig risiko for å utvikle sykdommen. Det pågår nå også et arbeid for å kartlegge sammenhenger mellom overvekt, svangerskapsdiabetes og andre komplikasjoner ved svangerskap og fødsel.

Det er også riktig som interpellanten pekte på, at brystkreft er et stort problem når det gjelder mange kvinner. Det utgjør 24 pst. av all kreft hos kvinner. Regjeringa og de regionale helseforetakene er veldig opptatt av å sikre god brystkreftbehandling. Vi tar sikte på en viss sentralisering av operasjonstilbudene når det gjelder brystkreft, for å kunne gi et enda bedre tilbud. Vi vet at tidlig diagnostikk og bedre behandling har medført at flere kvinner overlever. 80 pst. av kvinnene som har fått denne diagnosen, lever etter fem år. I forbindelse med gjennomføring av kreftplanen er det nå satt i gang et arbeid med å lage nye retningslinjer for å sikre høy kvalitet på behandling av brystkreft.

Det gjennomføres som kjent nasjonale screeningprogrammer både for brystkreft og for livmorhalskreft, for å fange opp tilfeller av kreft på et tidlig stadium.

Vi arbeider også med nye retningslinjer for forebygging og behandling av hjerte- og karsykdommer. Forskning har vist oss at det ved medikamentell behandling av hjerte- og karsykdommer er viktig å ta hensyn til at det er forskjell på kvinner og menn. Vi så noen undersøkelser senest i fjor som viste oss at her var det forskjell i hvilke tilbud kvinner og menn fikk, når det gjaldt både behandling og medisiner. Slik skal det ikke være. Det er et økende antall kvinner som nå får hjertesykdommer. De har ofte andre symptomer enn menn, og det er derfor ofte vanskeligere å stille riktig diagnose. Derfor er det viktig at kunnskapen om dette økes, slik at det kan stilles riktig diagnose og en på den måten får riktig behandling og riktige medisiner.

Departementet har de to siste åra bedt de regionale helseforetakene om å legge vekt på at helsetjenestene skal utvikles i et kjønnspektiv, og at spesielle utfordringer knyttet til kvinners og menns helse må møtes med tilstrekkelige kunnskaper og ressurser. Dette kravet vil bli

videreført for inneværende år og noe forsterket. Jeg forventer at helseforetakene nå jobber aktivt med disse problemstillingene. Kjønnsperspektivet skal integreres på en god måte i sjukehusenes virksomhet, og det forutsettes likeverdig behandling av kvinner og menn for samme type plager. Som Stortinget er godt kjent med, er satsen for innsatsstyrt finansiering for inneværende år redusert fra 60 pst. til 40 pst. Det har vært nødvendig for å rette oppmerksomheten mot en del lidelser som jeg mener de siste årene har vært viet for lite oppmerksomhet. Det gjelder kroniske lidelser, det gjelder psykiatri, og det gjelder ikke minst kvinnehelse.

Det er veldig viktig det representanten Olsen tar opp, at vi greier å ivareta lik behandling av og god nok forskning for kvinner og menn i alle ledd av helsetjenesten vår. Vi kommer fra Regjeringas side til å gjøre det vi kan for å øke tilbudet, slik at det blir likt for både kvinner og menn, sørge for at det blir bedre forskning, at det blir bedre kunnskap, og at det blir likeverdig behandling. Vi har bedt både de regionale helseforetakene og Norges forskningsråd om å ta dette inn i sine planer. Det er også gitt mer penger til Forskningsrådet for å fokusere spesielt på dette.

I og med at representanten Olsen nå tok opp muskel- og skjelettlidelser, vil jeg også informere Stortinget om at det legges opp til at det skal utvikles mer kunnskap om spesielt fibromyalgi og nakke- og rygglidelser, som vi vet er et økende problem for svært mange kvinner. Jeg er også kjent med at det ved Stortingets behandling av kvinnehelsestrategien spesielt ble trukket fram behov for mer kunnskap og bedre behandlingstilbud til disse gruppene.

Med andre ord: Representanten Olsen kan være helt trygg på at Regjeringa kommer til å vie dette temaet stor oppmerksomhet og følge opp Stortingets vedtak når det gjelder kvinnehelse.

Gunn Olsen (A) [10:18:00]: Jeg er godt fornøyd med statsrådens svar. Jeg synes hun var innom de aller fleste områder som jeg hadde tatt opp i mitt innlegg, og vel så det. Det som er bra, er at statsråden nå slår fast at kvinnehelse skal være et eget satsingsområde. Det er et godt utgangspunkt for den videre debatten om kvinnehelse.

Jeg ønsker kompetansesenteret på Rikshospitalet veldig velkommen. Det tror jeg er et kjempeviktig bidrag, som setter kvinnehelse i fokus.

Jeg føler også at jeg kan regne med, etter statsrådens svar, at screening når det gjelder både brystkreft og livmorhalskreft, skal fortsette. Vi vet at det er mange som kvier seg for å ta kontakt med legen. En innkalling kan være det første viktige skritt for å få oversikt over egen helse.

Statsråden sier at det kan være grunn til en viss sentralisering ved behandling av brystkreft. Jeg er opptatt av at kvinner som får brystkreft, skal få det beste tilbudet. Det er sjelden man er døende sjøl om en får brystkreft, slik at nærheten til sykehuset er kanskje ikke så viktig. Men jeg vil be statsråden om å se til de sykehusene som virkelig har utarbeidet og behersker disse behandlingsmetodene for brystkreft spesielt.

Det som er viktig med denne interpellasjonen, føler jeg, er å sette kvinnehelse på den politiske dagsordenen. Det vil kanskje også gi kvinnehelse mer status i fagmiljøene.

Statsråd Sylvia Brustad [10:20:05]: Kvinnehelse blir et eget satsingsområde. Jeg kan også bekrefte at vi selvfølgelig har til hensikt å fortsette med screening for å avdekke brystkreft og livmorhalskreft. Jeg ser også, som sagt, med stor interesse på mulige vaksiner når det gjelder livmorhalskreft, og avventer her de faglige tilrådingene.

Jeg vil også bekrefte at de sjukehusa som er gode på å behandle f.eks. brystkreft, selvfølgelig skal få anledning til å fortsette med det, enten de ligger i distrikter eller sentralt. Poenget er ikke å sentralisere for sentraliseringas skyld. Poenget er at alle, enten de har brystkreft eller andre sjukdommer, må være trygge på at den behandlinga de får, er av best mulig kvalitet. Der tror jeg, for noens vedkommende, at det er noe å gå på når det gjelder brystkreft.

Harald T. Nesvik (FrP) [10:21:15]: Interpellanten tar i denne saken opp problematikken knyttet til om det nå finnes en egen kvinnehelsestrategi, og hvorvidt man har fulgt opp det som Stortinget tidligere har vedtatt.

Statsråden har for så vidt i sitt innlegg bekreftet at det jobbes med dette, og at man ser på dette knyttet til en rekke forskjellige saker. Vi så det vel også i forbindelse med budsjettet, der en del av dette var omhandlet.

Det er viktig at alle borgere i dette land føler at deres interesser hva gjelder helse blir godt nok ivarettatt, uavhengig av kjønn, alder, eventuell funksjonshemming etc. Dette gjør at vi i alle typer saker som vil kunne få innflytelse på folks helse, uansett må ivareta helseperspektivet, også kvinnehelseperspektivet i en del sammenhenger, der dette utkrystalliserer seg som et hovedområde. Det er imidlertid ikke til å komme bort fra at det er grunn til å sette spørsmålsteget ved om det i en del situasjoner ikke har vært tilstrekkelig fokusert på det som har med helseperspektiv å gjøre.

Fremskrittspartiet ser det som en selvfølge at ethvert menneske i dette landet er like mye verdt, og at alle derfor må ha de samme rettigheter knyttet til helsetilbud og behandlingssted. En egen kvinnehelsestrategi kan i noen sammenhenger være veien å gå, men vi må heller ikke bli så fokusert på én del av befolkningen at vi glemmer å ha fokus på resten av befolkningen. En har gjennom tidene kunnet få inntrykk av at det også i helsevesenet har blitt gjort forskjellige prioritinger, knyttet til hvorvidt en har hatt en statussykdom – som noen har kalt det – eller ikke. Og da kan vi bl.a. nevne hjerte- og kar, nevrologi, høyt blodtrykk etc. Slik kan vi ikke ha det! Det skal være en likhet for befolkningen, uansett hvilken lidelse en har, og hvilket kjønn en har. I den forbindelse har det nok også med rette blitt vist til den manglende satsing på forskning og behandling hva gjelder bl.a. muskel- og skjelettlidelser, fibromyalgi og en del andre helseplager.

Det er med andre ord grunn til å rette fokus mot de manglende bevilgningene til medisinsk forskning generelt sett og mot typiske kvinnelidelser spesielt sett. Det er

uakseptabelt at noen får et dårligere tilbud, om det så er på grunn av kjønn, nedsatt funksjonsevne eller andre ting. Det er ikke akseptabelt.

Interpellanten tar opp en viktig problemstilling i sin interpellasjon. Men det er også i forlengelsen av denne viktig å ha fokus på hele befolkningens helsesituasjon i årene som kommer, slik at alle sikres et godt og variert tilbud, uavhengig av kjønn, alder, nedsatt funksjonsevne etc. Da må vi også sørge for at helsevesenet har de midlene som skal til for å kunne yte de tjenestene de skal yte. Det er viktig at vi bevilger tilstrekkelige midler til medisinsk forskning, slik at vi er sikre på at Norge også bidrar med sin del hva gjelder å få på plass en del behandlingsformer. Det er også viktig at vi sørger for en rask tilgang til de beste medisinene.

Interpellanten tar opp en viktig problemstilling som må følges opp. Men problemstillingen må også kunne overføres til hele befolkningen, slik at vi sikrer et best mulig tilbud, uavhengig av alder, kjønn, nedsatt funksjonsevne o.l.

Inge Lønning (H) [10:25:19]: Det er prisverdig av interpellanten å følge opp det initiativ som ble tatt av den forrige regjering, og det Stortinget sluttet seg til i forrige periode. På den måten setter hun nemlig søkelyset på en allmenn problemstilling, nemlig den at det er lett å etablere enighet om gode formål og gode hensikter når det gjelder helsepolitikken, men det er ikke like lett å operasjonalisere dette og få det til å virke på gras-rotta.

La meg nevne et eksempel fra egen erfaring. Jeg arbeidet i noen år med prioriterskomplekset i norsk helsepolitikk, og den første prioritersutredningen, som ble utført i 1987, resulterte i en nasjonal helseplan som Stortinget sluttet seg til i 1989, da et enstemmig storting gav sin tilslutning til at psykiatrien skulle prioriteres i den kommende periode. Ti år senere konstaterte vi i den andre prioritersutredningen at det stikk motsatte hadde skjedd, nemlig at ressursøkningen til psykiatrien var vesentlig lavere enn ressursøkningen til de andre delene av norsk helsetjeneste. Stortinget hadde altså enstemmig vedtatt en målsetting, og det som skjedde, var det stikk motsatte.

Det skyldes ikke ond vilje, men det skyldes at avstanden mellom kart som tegnes i dette hus og i regjeringskvartalet, og det som skjer ute i virkeligheten, er ganske stor. Det er slett ikke alltid terrenget ønsker å tilpasse seg kartet, for å si det på den måten. Derfor er det ganske viktig, når man skal drøfte disse tingene, at man er i stand til å konkretisere virkemidlene – hvilke virkemidler som står til rådighet for å få gjennomslag for de prioriteringene Stortinget ønsker.

Det er et annet poeng som jeg tror det er viktig å understreke i denne sammenheng. Jeg oppfattet både interpellanten og statsråden dit hen at de for så vidt her har satt en parentes rundt de medisinske tilstandene som virkelig er kjønnsspesifikke, for de har vært behandlet slik bestendig, selvfølgelig. Derfor er det f.eks. et eget fagområde som heter gynekologi.

Men det er ikke der problemet primært ligger, for der har man en faglig tradisjon som er ganske god. Det problemet gjelder, er alle de medisinske tilstandene som ikke er 100 pst. kjønnsspesifikke, men som rammer kvinner og menn på ulik måte og i ulike faser av livet. Der står vi overfor et grunnleggende problem, nemlig at den demografiske utvikling er slik at det i den eldste delen av befolkningen er langt flere kvinner enn det er menn, ganske enkelt fordi gjennomsnittets levealder for kvinner er vesentlig høyere enn gjennomsnittets levealder for menn. Og det er ingen tegn til at den differansen er i ferd med å krympe, snarere tvert imot. Det betyr at i den eldste pasientkategorien i dette land vil det til enhver tid være et dramatisk kvinneflertall. Det innebærer naturligvis at når geriatrien er dårlig utviklet, og når oppmerksomheten når det gjelder forskning og utdanning, og på alle områder, har vært vesentlig svakere på dette feltet enn på andre, så vil denne forsømmelsen også ramme kvinner på en utilsiktet og ganske dramatisk måte.

Derfor tror jeg det er viktig her at man ikke bare tenker i enkle og generelle kjønnskategorier, men at man er i stand til å koble dem opp mot andre variabler som har med livslengde å bestille. Der står norsk helsevesen kanskje overfor sin viktigste prøve i årene som kommer, om man er i stand til å håndtere den utfordringen som ligger i demografien, på en forsvarlig måte.

Så til sist en liten bemerkning. Det ble antydnet at helseministerens kjønn er en viktig faktor i dette bildet. Det vil jeg ikke bestride, men jeg vil nok tro at kjønnsfordelingen i legestanden har vesentlig større betydning og vesentlig større interesse enn kjønnsfordelingen blant helseministere. Dette er et punkt hvor det er grunn til rimelig optimisme, for nå har det i ganske mange år vært et klart kvinneflertall blant studentene ved alle våre medisinske fakulteter, og det er i hvert fall et lyspunkt.

Olav Gunnar Ballo (SV) [10:30:47]: Flere har berømmet interpellanten for temaet som tas opp, og jeg vil gjøre det samme. Det er et viktig tema, og det er et tema som inneholder en rekke perspektiver. Det kan være vanskelig å berøre mange av dem i løpet av fem minutter, men jeg skal ta tak i noen.

Jeg har lagt merke til at Gunn Olsen, både under interpellasjonen i dag og også i forbindelse med helsedebatten i desember, kom inn på et perspektiv som etter mitt syn for sjelden trekkes fram i stortingssalen, og det er utviklingen av alkoholisme som et problem blant både menn og kvinner. I et kvinneperspektiv har dette også en dimensjon som det ikke har hos menn, nemlig at man i et svangerskap vil kunne ramme det barn som skal fødes, gjennom det problemet det representerer.

Inge Lønning har helt rett: Vi ser at med samfunnsutviklingen skjer det endringer i samfunnet som man er nødt til å være konkret i forhold til, dersom tiltak skal ha effekt.

Så sent som i morges hørte vi på nyhetene en debatt som går på større omsetning av alkohol, større importkvo-ter for alkohol, og mer liberalisering knyttet til dette. Det vi ser, er et drikkemønster i befolkningen som blir mer og

mer liberalisert. Inntaket av vin i uken, og til dels også av øl, øker. Vi vet at både i et kvinneperspektiv og i et samfunnsperspektiv gir dette skadevirkninger som er uheldige. Det er perspektiver som er viktig å ha med seg videre, også når man skal diskutere kvinnesykdommer, fordi dette er en type skjult sykdom som først melder seg etter mange år, men som har med samfunnsutviklingen å gjøre.

Det er mange statistikker som synliggjør at den viktigste grunnen til tilsynelatende forskjeller i helse mellom menn og kvinner egentlig har med noe så selvfølgelig å gjøre som at kvinner blir gravide, men menn blir det ikke. Ordningen i dag er at også det normale fraværet i svangerskapet, helt ut betinget av normale svangerskapsfølger, registreres som sykemelding. Det er sannsynligvis ufornuftig, fordi man skal akseptere kvinnens rett til å være borte fra et arbeid hun ikke kan utføre når hun er gravid. Men spørsmålet er om det er fornuftig at det registreres som i dag, som et sykefravær, og at det ikke innbakes som en del av hele permisjonsordningen. Det får som en konsekvens til dels utstøttingsmekanismer fra samfunnslivet, ved at arbeidsgivere oppfatter at kvinner er mer syke enn menn, noe de egentlig slettes ikke er når man korrigerer for svangerskap som en viktig faktor.

Så ser vi at gjennom mange år har kvinner vært sterkt diskriminert i arbeidslivet som en konsekvens av sykdommer de utvikler i arbeidslivet, gjennom den innretningen som yrkesskadeordningen er gitt, hvor yrkessykdommer som skyldes belastningslidelser, ut fra dagens forskrifter ikke aksepteres som yrkessykdom, på tross av at de åpenbart kan være det. Et eksempel som jeg har trukket fram i ulike sammenhenger, er at en mann som driver med et pressluftbor, åpenbart vil få akseptert som yrkesskade de forandringene som skjer på små ledd i hendene, hvis han kommer til folketrygden og søker om yrkesskadeerstatning, fordi det ikke er noen annen forklaringsmekanisme enn at trykkluftboret har gitt disse forandringene. En kvinne, derimot, som i veldig mange år har arbeidet på et sykehjem og slitt ut ryggen på grunn av tunge løft og manglede tekniske hjelpemidler, vil ikke uten videre få godkjent en slik plage som en yrkessykdom, rett og slett fordi hun jo kan ha fått plagene også etter arbeidstid, når hun fortsatte sitt arbeid i hjemmet, med alt dét innebærer. Det er en type diskriminering, en skjult diskriminering, som man egentlig burde gjort noe med. Det er ganske mange år siden man i denne sal vedtok at Regjeringen skulle se nærmere på ordningen. Det kan være rimelig å gå videre og studere innholdet i den type forskjellsbehandling. Det er den type skjult diskriminering, betinget av forskjeller mellom kjønnene, også i valg av yrke, man er nødt til å få på bordet og være målrettet i tiltak overfor.

Jeg merket meg det som Harald Tom Nesvik sier, men det Fremskrittspartiet gang på gang gjør her, er å fremstille det som om det å behandle folk likt gir et likt resultat. Det gjør det jo ikke. Ved å behandle kjønnene likt er konsekvensene et høyst ulikt helsetjenestetilbud, når det gjelder konsekvensene av at kjønnene er forskjellige. Derfor må man altså ha ulik tilnærming til kjønnene, nettopp for at man skal kunne komme ut med en rettferdighet til slutt,

ikke minst når det gjelder kvinneperspektivet ved utvikling av sykdom.

Dagfinn Høybråten (KrF) [10:35:47]: Kvinners helse i Norge har et positivt fortegn, og norske kvinner har gode forutsetninger for bra helse. Likevel må jeg si at det er få temaer som jeg har arbeidet meg inn i, hvor jeg har blitt mer overrasket over det jeg har funnet av kunnskap når jeg har gått dypere enn overflatens slagord, enn nettopp dette temaet. Det har sammenheng med at moderne medisin på mange måter er bygd opp omkring mannskroppen og menns anatomi, fysiologi, sykdomsmønster og diagnosemønster. Selv forskningen – og mye av den medisinske forskningen baserer seg jo på dyreforsøk – har i stor grad foregått på dyr av hannkjønn. Det sier litt om hvordan hele dette systemet er bygd opp omkring, og på menns premisser. Dette må brytes. Hvor krevende det er, viser nettopp de utslagene vi har i forhold til en del diagnoser som bare kvinner får, eller som i hovedsak kvinner får. Vi ser at disse diagnosene ofte får mindre oppmerksomhet, nesten systematisk og strukturelt mindre oppmerksomhet, enn andre diagnoser. Derfor er det bra at helseministere av ulikt kjønn har engasjert seg i dette. Det var helseminister Hernes som satte ned Kvinnehelseutvalget, og som fikk dokumentert dette for første gang i Norge på en bred og skikkelig måte. Senere helseministere har fulgt opp og lagt fram og fått vedtatt en kvinnehelsestrategi her i huset. Den sluttet Stortinget seg til, og det ble senere fulgt opp med tiltak og bevilgninger i statsbudsjettene for 2004, 2005 og 2006.

Jeg vil si meg glad for at den helseminister vi nå har, viser det engasjement som hun har demonstrert ved sitt innlegg her i dag. Jeg tror det er helt nødvendig om en systematisk skal få brutt ned en del av de strukturelle hindringer som er for en bedre utvikling på dette området, og for å bekjempe en del av de motkreftene som fortsatt finnes. Dem skal man ikke undervurdere.

Jeg vil nevne et par temaer som ble fokusert av sosialkomiteen da vi drøftet denne saken sist. Det ble fokusert på osteoporotiske brudd, som er en av våre mest utbredte og kjente kvinnesykdommer i Norge. Jeg vet at Sosial- og helsedirektoratet har arbeidet med en handlingsplan for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd, og at det er satt ned en arbeidsgruppe med mandat å arbeide fram faglige retningslinjer for å forebygge og behandle slik sykdom, på grunnlag av en kunnskapsoppsummering. Jeg vil be helse- og omsorgsministeren bekrefte at dette er noe hun vil følge opp. Det er en stor gruppe kvinner i Norge som er rammet av dette, og som er opptatt av å få bedre forebygging, behandling og rehabilitering når det gjelder disse lidelsene.

Jeg synes det er positivt at det tas et initiativ til et kompetansesenter for kvinnehelse på Rikshospitalet. Jeg tror at det å ha en kombinasjon av en slik samlet kompetanse samtidig som en integrerer kvinnehelseperspektivet på alle nivåer innenfor forskning, beslutning, utredning og tilbud i helsetjenesten, er utrolig viktig.

Statsråden nevnte ikke kvinner med minoritetsbakgrunn. Vi vet at det er store helseforskjeller i innvandrere

befolkningen, mellom ulike innvandringsgrupper, mellom kvinner og menn og mellom etnisk norske kvinner og kvinner med minoritetsbakgrunn. Jeg tror det er svært viktig at en fokuserer på hvordan tjenesten møter disse kvinnene, hvordan en arbeider med forebygging, ikke minst når det gjelder ernæring, og hvordan en arbeider med bivirkning av medikamentbruk osv. i forhold til den befolkningen.

La meg avslutningsvis berømme interpellanten for å berøre alkoholspørsmålet i denne sammenhengen. Vi har hørt, som representanten Ballo nevnte, et ganske lettvent tilløp til å løse et problem for Tollvesenet på radioen i dag morges. Det som er hovedproblemet med alkohol i Norge, er jo ikke at Tollvesenet mangler litt ressurser, det kan vi ordne med et enkelt vedtak her i huset. Det som er hovedproblemet, er at kvinner og barn rammes av et overstadig, stigende alkoholmisbruk i dette landet, et økt forbruk ved at vi har tatt opp kontinentale drikkeskikker i tillegg til de tradisjonelt nordiske. Vi drikker både ofte og mye; før drakk vi bare mye. Vi har god dokumentasjon som viser at økt tilgjengelighet, lavere avgifter og økte kvoter gir økte helseproblemer og økt innslag av vold og overgrep mot kvinner, og derfor er det all grunn til å advare mot et frislepp i alkoholpolitikken. Jeg håper at statsråden, for hun er jo også ruspolitisk minister, kan bekrefte, ikke minst for kvinneskyld i dette landet, at det ikke er snakk om å gå med ryggen inn i framtiden og redusere kvoter og avgifter til EU-nivå. Vi må få EU med i vår retning, og ikke gå motsatt vei.

Gunvald Ludvigsen (V) [10:41:33]: Menn og kvinner er enno ulike, heldigvis, men, som vi har hørt mykje om i dag, dei rammast av ulike sjukdomar i ulik grad. Noko som er typisk her, som vi også har hørt i dag, er dei strukturelle utviklingstrekk i vårt samfunn, f.eks. at kvinner blir eldre og eldre. Vi veit at etter at dei er over f.eks. 85 år, treng dei mykje meir helsehjelp. Og, som også representanten Lønning var inne på, dette er ei stor gruppe, det er ei stor utfordring. Vi har hørt at kvinner lir av muskel- og skjelettsjukdomar i langt større grad enn menn, og at typiske mannssjukdomar, som nokon kallar det, sånn som hjarteinfarkt, no også har blitt ein kvinnesjukdom. Det er mange strukturelle utviklingstrekk som vi må ta innover oss når vi skal planleggje korleis vi skal løyse helsetenesta for kvinner.

Men enno er det nokre sjukdomar og plager som berre kvinner får, og eg skal prøve å fokusere litt på det. Det er sjukdomar som er knytte til underliv, og slike plager har framleis ikkje nokon medisinsk høgstatus i norsk helsevesen. Vi veit av eksempel frå norske sjukehus at det blir prioritert utbygging av ei tredje hjarteavdeling i staden for å prioritere typiske kvinnesjukdomar, f.eks. knytt nettopp til underlivsplager, og vi har hørt at det er menn som styrer mykje, iallfall på overlegenivå, og kanskje i forskingsmiljøa. Slike prioriteringar blir ofte påskunda og applauderte av desse fagfolka, spesielt kanskje av legestanden. Som eg nemnde, er hjartesjukdomar som kjent ein høgstatusjukdom innanfor det medisinske forskingsmiljøet, legestanden og media, ikkje minst – og også blant pasienta-

ne og folk flest trur eg det finst ei slik merkeleg oppfatning.

Eg skal fokusere på eit område som ikkje har vore framme her i dag, men som er ein typisk kvinnesjukdom, ei kvinneplage – inkontinens. Inkontinens blant middelaldrande og ikkje minst blant eldre kvinner er eit stort sjukdomsvolum, og desse plagene lever altså kvinnene med i – kan nesten seie – «øredøvende stillhet».

Eg meiner at dei eksempla som eg prøvde å trekkje fram, viser at det må ei total haldningsendring til i samfunnet vårt for at desse typiske kvinnesjukdomane skal få den merksemda og den prioriteringa innanfor helsetenesta som dei verkeleg fortener. Det kunne ha vore interessant å få høre synspunkt frå statsråden om korleis situasjonen kan bli betre for desse titusenviis av kvinner som er ramma av inkontinens.

Gunn Olsen (A) [10:46:08]: Jeg er veldig takknemlig for at dette ble en god debatt, og at alle de politiske partier som har deltatt, ser verdien av å sette kvinnehelse på dagsordenen. Det har blitt løftet inn temaer i Stortinget under denne debatten som det ofte er litt vanskelig å snakke om, det være seg kreft eller alkoholmisbruk.

Jeg var også veldig opptatt av kvinnehelse under statsråd Høybråten's tid. Og jeg er glad for det Høybråten sa i sitt innlegg, at han fortsatt ønsker å fokusere sterkt på kvinnehelse og følge opp de tiltakene som hans regjering satte i verk. Jeg er spesielt glad for det Høybråten sa om forskning og medisiner i forhold til mannskroppen, og at dette er ting som må brytes. Der synes jeg han var meget klar.

Jeg tror at det bare er å slå fast at det er en bred politisk enighet i denne salen om fortsatt å satse på kvinnehelse og med jevne mellomrom ha det som et tema i helse- og omsorgskomiteen. Til lederen av helsekomiteen må jeg jo si at god helse og god forebygging hos befolkningen generelt er god helse også for kvinner.

Statsråd Sylvia Brustad [10:48:05]: Jeg synes det har vært en veldig god debatt. Jeg er, som interpellanten, glad for at det er veldig bred enighet om målene om en egen kvinnehelsestrategi. Representanten tok opp at hun var redd for at da vi skulle glemme mennene. Det skal vi ikke. Men det er selvsagt slik som representanten Olav Gunnar Ballo sa, at til en viss grad må vi ha litt «ulik tilnærming» for å få et likt resultat. Det tror jeg i høy grad gjelder det temaet vi her snakker om.

Så sa representanten Lønning at dette går ikke av seg selv, og viste til psykiatrien som et eksempel. Det tror jeg er helt riktig. Derfor er det viktig at vi har debatter som dette, at vi prater høyt om det i media, at vi gjør det vi kan, og at jeg som helseminister gjør det jeg kan, overfor helseforetakene og andre for at systemet skal endres, slik at vi greier å tilby alle, uansett kjønn, likeverdig behandling.

Vi har jo dessverre sett noen eksempler f.eks. innenfor hjertelidelser – som vi fikk dokumentert i fjor høst – som viste at kvinner som fikk hjertelidelser, i noen tilfeller fikk dårligere behandling og dårligere medisiner enn menn. Det er uakseptabelt, og slik skal vi selvfølgelig ikke ha

det. Da tror jeg det dreier seg om noe mangel på kunnskap, at kvinners kropp og menns kropp er forskjellig, og kanskje dreier det seg også noe om holdninger. Alt dette må vi tørre å gå inn i, og jeg ønsker å videreføre det arbeidet som ikke minst statsråd Høybråten og hans regjering var godt i gang med.

Jeg er enig med representanten Lønning i at geriatri og forskning på det, og det å få utdannet flere innenfor det feltet, også betyr noe for kvinners helse, gitt det levemønstret som vi har. Vi skal være glad for at alle lever lenger, med det faktum at kvinner lever lengst.

Så har flere vært inne på det med rus og alkohol. Jeg kan bare bekrefte at den utviklingen også bekymrer Regjeringa. Jeg kan bare si klart ifra at vi ikke ønsker å legge opp til en ytterligere liberalisering på dette området – jeg vil si: snarere tvert imot. Og det jobber vi med. Jeg er sterkt bekymret for den utviklinga vi nå ser særlig hos barn og unge, og den forplanter seg selvfølgelig videre og gjør at dette er en utfordring knyttet til kvinnehelse. Det er jeg veldig klar over. Så her vil Regjeringa komme tilbake med helt konkrete tiltak for å gjøre noe i motsatt retning av det vi nå ser, for å prøve å bidra med det vi kan for å forebygge – selvfølgelig også når det kommer til behandling, men det viktige er å hindre at så mange begynner med rus og alkohol.

Så kan jeg bare bekrefte i forhold til Høybråtens innlegg at midler til forskning på kvinners helse er styrket de siste årene. Dette vil bli videreført for inneværende år

– det gjelder det representanten Høybråten var inne på, osteoporoseforskning, forskning på psykisk helse, befolkningsundersøkelsen HUNT3, og gjennomføringen av den norske mor og barn-undersøkelsen i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt. Dette er en type undersøkelser som vil bli videreført for inneværende år. Vi satser også ytterligere penger i forhold til Norges forskningsråd i forbindelse med forskning på muskel- og skjelettlidelser, som jeg mener er helt avgjørende, når vi ser økningen der.

Jeg er glad for at et samlet storting står bak Regjeringa i den viktige jobben vi nå skal videreføre for å prøve å komme enda lenger enn vi er kommet fram til nå, og da er det mange virkemidler vi må ta i bruk.

Presidenten: Sak nr. 1 er dermed ferdigbehandlet.

S a k n r . 2

Referat

(108) Skriv av 22. desember 2005 fra Regjeringa vedrørende omorganisering av departementsstrukturen fra 1. januar 2006

Enst.: Vedlegges protokollen.

Presidenten: Dermed er dagens kart ferdigbehandlet.

Forlanger noen ordet i henhold til forretningsordenens § 37 a før møtet heves? – Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 10.50.
