



Screening for arvelig hemokromatose

Arvelig hemokromatose skyldes en medfødt tendens til å ta opp mer jern fra maten enn kroppen har bruk for. Etter 30-årsalderen blir noen syke, og kan være plaget av slapphet, leddsmerter, lever- og hjertesykdom, sukkersyke og impotens. Skrumplever med økt fare for leverkreft er den mest alvorlige komplikasjonen. Hvis behandling (årelating) startes før leveren er alvorlig skadet, har pasienten en normal forventet livslengde. De aller fleste med arvelig hemokromatose er homozygote for C282Y-mutasjonen i *HFE*-genet på kromosom 6. I Nordvest-Europa er vel 0,5 % av befolkningen homozygote.

Screening for arvelig hemokromatose synes nærliggende: Tilstanden er relativt hyppig forekommende, den har en lang asymptomatisk fase der den er lett å påvise, og behandling vil effektivt forhindre plager og forlenge livet. Likevel er det tvil om samfunnet bør starte screening for arvelig hemokromatose. Vi vet ikke hvor mange med tilstanden som blir alvorlig syke, og dermed er det vanskelig å vurdere nytten av screening. Kostnaden kjenner vi heller ikke.

Disse problemene ble studert i de arbeidene avhandlingen bygger på. Utgangspunktet var den store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 1995–97 (HUNT), der alle innbyggere over 20 år ble invitert til å delta. Blodprøver ble tatt av 65 238 personer. Screeningtesten var transferrinmetning i serum.

Vi definerte *fenotypisk* hemokromatose som bekreftet høy s-transferrinmetning, høyt s-ferritinnivå og ingen andre forklaringer på disse funn etter en omfattende undersøkelse hos gastroenterolog. Leverbiopsi ble tatt av de fleste pasientene. *Genotypisk* hemokromatose definerte vi som homozygoti for C282Y-mutasjonen. Kun personer med bekreftet høy s-transferrinmetning ble genotypet.

Vi påviste fenotypisk hemokromatose hos 177 menn og 92 kvinner. Fra før var det kjent 19 menn og sju kvinner med tilstanden i Nord-Trøndelag. Hyppigheten av screeningoppdaget *fenotypisk* hemokromatose estimerte vi til 0,68 % hos menn og 0,34 % hos kvinner. Denne forskjellen var ventet, fordi kvinner har lavere jerninntak enn menn, og større jerntap (menstruasjon, fødsler). Hyppigheten av *genotypisk* hemokromatose var minst 0,68 %.

Sykeligheten hos personer med screeningoppdaget hemokromatose var mindre enn ventet. Nesten alle hadde økt jerninnhold i leveren, og fire menn hadde skrumplever, men med få andre unntak var personer med screeningoppdaget hemokromatose like friske som resten av befolkningen. Likevel viste våre beregninger at 7–8 leveår kan spares ved fenotypisk screening av 1 000

menn i 30-årsalderen, fordi noen få menn blir alvorlig syke hvis tilstanden ikke oppdages i tide. Kostnaden ble beregnet til 14 500 kroner per 1 000 menn, når hemokromatose-screening er en del av en etablert helseundersøkelse.

Avhandlingens tittel

Epidemiological studies in hereditary hemochromatosis: Prevalence, morbidity and benefit of screening

Utgår fra

Laboratorium for medisinsk biokjemi
St. Olavs Hospital
og
Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer

Disputas 22.2. 2003

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Arne Åsberg

arne.asberg@stolav.no
Laboratorium for medisinsk biokjemi
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim



Kjønn i langsom bevegelse

Utgangspunktet for arbeidet var de kjønns-skjevheter som eksisterte i legers spesialitetsvalg midt i 1990-årene: På tross av den sterke økningen av kvinner blant norske leger, fremstod den medisinske profesjon fortsatt som svært kjønnsdelt. Hovedtemaer i avhandlingen har dels vært å studere endringer i kvinnelige legers spesialiseringsmønstre gjennom de siste tiårene, dels å studere prosessen frem til fullført spesialistutdanning. Avhandlingen består av fem artikler og en sammenbindende innledning, og er basert på både kvalitative og kvantitative data.

Ved sammenlikning av leger autorisert i ulike perioder viser avhandlingen at kvinnelige leger nå spesialiserer seg like ofte som mannlige kolleger. I tillegg velger yngre kvinnelige leger mer allsidig enn tidligere. På tross av visse endringer er det imidlertid fortsatt store kjønnsforskjeller i legers spesialiseringsmønstre: Kvinneandelen er høy innen fagfelte rettet mot barn, kvinner og eldre, mens kvinner fortsatt er dårlig representert i store sykehusspesialiteter, i særlig grad kirurgi.

Ved analyse av yrkes- og familiehistorien til leger som ble autorisert i 1980–83 og frem til 1997, viser avhandlingen at kvinner og menn i starten av yrkesløpet velger ganske likt med hensyn til hvilke fagfelte de velger å gå inn i. Utover i yrkeskarrieren skjer det imidlertid en markert kjønnsdifferensiering. Det resulterer blant annet i at menn langt oftere enn kvinner fortsetter sin yrkeskarriere innenfor kirurgiske fagfelte. Resultatene viser at både arbeidsforhold og tilpasningen mellom jobb og familie er vik-

tige for å forklare de kjønnsforskjeller som oppstår.

Selv om de fleste kvinnelige leger nå forer det å ha barn og familie med en egen yrkeskarriere, er det fortsatt en tendens til at familieforhold begrenser karriereutviklingen i større grad for kvinner enn for menn. Men det er også stor variasjon mellom kvinner i hvordan de kombinerer familieansvar og yrkeskarriere: Både tidspunkt for barnefødsler, antall barn og bruk av deltid varierer mellom kvinner i ulike fagfelte. Dette indikerer at ulike fagfelters mulighetsstruktur er viktig for hvordan kvinnelige leger kombinerer familie og yrkeskarriere.

Kvinnens integrering i legeyrket handler også om forholdet til andre grupper i helse-tjenesten. En del kvinnelige leger opplever at de møtes med mindre respekt, og at de får mindre hjelp og assistanse fra sykepleiere enn mannlige kolleger. Deres opplevelse av forskjellsbehandling og hvordan de håndterer relasjonen til kvinnelige sykepleiere diskuteres i lys av endringer både i de respektive profesjoners maktgrunnlag og i samfunnet mer generelt.

Avhandlingen bidrar til å kaste nytt lys over ulike sider ved kvinnelige og mannlige legers karrieremønstre i en periode med store endringer både i den medisinske profesjon og i helsetjenesten. Det står fortsatt mye igjen for kvinner og menn kan sies å ha de samme karrieremulighetene innen medisin, selv om avhandlingen alt i alt gir et mer nyansert og optimistisk bilde enn tidligere internasjonale studier på området.

Avhandlingens tittel

Kvinner i norsk medisin – mot full integrering? En studie av kjønnsdifferensiering i legers spesialitetsvalg

Utgår fra

Arbeidsforskningsinstituttet
og
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Disputas 20.9. 2002

Universitetet i Oslo

Elisabeth Gjerberg

elisabeth.gjerberg@afi-wri.no
Arbeidsforskningsinstituttet
Postboks 6954 St. Olavs Plass
0130 Oslo