

Jämställd vård?



Könsperspektiv
på hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en **Uppföljning och utvärdering**. Det innebär att den innehåller uppföljningar och utvärderingar av reformer, lagstiftning och/eller verksamheter som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Den innehåller analys av insamlade data och i förekommande fall forskning som man kan dra generella slutsatser av och som kan användas för att förändra eller utveckla verksamheten. Kraven på vetenskaplighet tillgodoses genom att vetenskaplig expertis medverkar. Socialstyrelsens svarar för slutsatser och förslag.

Artikelnr 2004-103-3

Omslag Maud Lindeberg
Foto Johan Bergmark/Tiofoto
Sättning Maud Lindeberg
Publicerat www.socialstyrelsen.se, mars 2004

Förord

I juni 2002 uppdrog regeringen åt Socialstyrelsen att tillsammans med huvudmännen och berörda myndigheter följa upp, analysera och redovisa könsskillnader på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden. Denna rapport redovisar jämställdhetsaspekter på hälso- och sjukvårdens områden. I enlighet med uppdragets formulering ligger fokus på analyser av skillnader mellan män och kvinnor när det gäller vårdens kvalitet, kostnader och tillgänglighet. Vidare redovisas kortfattat några för området relevanta forskningsområden samt uppföljningar av genusperspektivet i landstingens aktiviteter och vissa medicinska utbildningar.

För uppdragets genomförande har en arbetsgrupp bestående av *Bengt Haglund*, *Ulla Holmström*, *Stefan Håkansson*, *Pia Maria Jonsson*, *Cajsa Röhr* och *Ingrid Schmidt* (projektledare) svarat. Förutom arbetsgruppen har bland annat *Emma Bergmark*, *Johan Fastbom* och *Andrejs Leimanis* bidragit med underlag. I projektets styrgrupp har *Kjell Asplund* (ordförande), *Åsa Börjesson*, *Roger Holmberg*, *Gunilla Hulth-Backlund* och *Måns Rosén* ingått. *Maud Lindeberg* har svarat för det redaktionella arbetet.

Ett antal externa experter har också bidragit med underlag till rapporten. Dessa är *Lars Klareskog*, professor reumatologi, Karolinska institutet, *Ulla-liina Lehtinen*, Fil.Dr., Karolinska Institutet, *Astrid Norberg*, professor, Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet, *Lisbeth Sachs*, docent i medicinsk antropologi, *Karin Schenck-Gustafsson*, professor, Centrum för genusmedicin, Karolinska Institutet, *Vibeke Sparring*, M.Sc., Medical Management Centrum, Karolinska Institutet, *Eva Swahn*, docent, överläkare, klinikchef, kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, *Göran Tomson*, docent, Medical Management Centrum, Karolinska Institutet, *Ragnar Westerling*, docent, Med.Dr., Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

De slutsatser och förslag till åtgärder som presenteras i rapporten har diskuterats med andra berörda organisationer och myndigheter inom hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden: Landstingsförbundet, Läkemedelsverket och Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering.

Det är Socialstyrelsens förhoppning att föreliggande rapport skall bidra till större kunskap och intresse för att öka jämställdheten i hälso- och sjukvården, samt ge underlag för en saklig debatt. Den vänder sig i första hand till de politiker och verksamhetschefer på nationell och regional nivå som genom beslut och ledarskap på olika sätt kan skapa förutsättningar för en positiv utveckling av jämställdheten i vården. Rapporten riktar sig även till intresserade forskare, liksom till de olika professionerna på hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden och till patientorganisationerna.

Kerstin Wigzell

Kjell Asplund

Innehåll

<i>Förord</i>	<i>3</i>
<i>1. Sammanfattande diskussion, slutsatser och förslag</i>	<i>7</i>
<i>2. Inledning</i>	<i>17</i>
2.1 Uppdraget	17
2.2 Vad är jämställd vård?	19
<i>3. Könsskillnader i hälsa, vård och behandling</i>	<i>22</i>
3.1 Trender i mäns och kvinnors hälsa	23
3.2 Vårdutnyttjande och kostnader	36
3.3 Kvalitet, tillgänglighet och resultat	52
<i>4. Uppföljning av några centrala forskningsområden</i>	<i>86</i>
4.1 Samspelet mellan vårdare och patient	87
4.2 Omvårdnadsforskning ur ett könsperspektiv	92
4.3 Klinisk forskning – två exempel	97
4.4 Förändringar i hälso- och sjukvårdens övergripande struktur	104
<i>5. Utbildningarna, forskningsråden och huvudmännen</i>	<i>110</i>
5.1 Könsperspektivet i de medicinska utbildningarna	110
5.2 Tillämpar forskningsråden ett könsperspektiv?	113
5.3 Landstingen/huvudmännen	116
<i>Referenser</i>	<i>125</i>

1. Sammanfattande diskussion, slutsatser och förslag

Könsskillnader i hälsa och vård

Livslängd och psykisk ohälsa – olika trender för män och kvinnor

Könsskillnaden i *medellivslängd* har minskat, men fortfarande lever kvinnor i Sverige 4,6 år längre än män. Den totala livslängden, men även mäns och kvinnors livslängd, varierar landstingen emellan. Vid en jämförelse med EU-länder har svenska mäns livslängd utvecklats mera positivt än svenska kvinnors.

De skillnader som finns mellan könen när det gäller *dödlighet i s.k. åtgärdbara dödsorsaker*¹ har minskat och vid vissa diagnoser helt försvunnit. Detta gäller särskilt en del s.k. sjukvårdsindikatorer, medan de hälsopolitiska indikatorerna inte visar lika tydliga mönster. Vid en analys av samtliga hälsopolitiska indikatorer har män en betydligt högre dödlighet än kvinnorna, men trenden är ökande för kvinnor medan den är nedåtgående för män. Kvinnors ökande dödlighet beror främst på större sjuklighet och dödlighet i lungcancer.

I samtliga åldersgrupper rapporterar kvinnor mer *ängslan, oro och ångest* än män. Två grupper vars psykiska välbefinnande är betydligt sämre än andras är kvinnor med utlandsfödda föräldrar samt ensamstående kvinnor med barn. Självrapporterad ångslan, oro och ångest innebär en ökad risk att avlida inom fem år efter intervjutillfället. Detta gäller både män och kvinnor och både vid lätt och svår ångslan, men risken ökar mer för män. Män begår också självmord ungefär dubbelt så ofta som kvinnor, medan kvinnor under 50 år oftare vårdas för självmordsförsök.

Barn och ungdomar i Sverige har i ett internationellt perspektiv mycket god hälsa. Det finns dock oroande trender när det gäller den psykiska hälsan, särskilt bland flickor. Flera aktuella undersökningar pekar på att skolhälsovården har brister när det gäller att på ett tidigt stadium fånga upp elever med psykisk ohälsa. Både pojkar och flickor rapporterar i ökad omfattning symptom på psykisk ohälsa men problemet är större bland flickor. Socialstyrelsen avser att under 2004 publicera ett riktlinjer för skolhälsovården, och där särskilt betona vikten av att tidigt fånga upp problem med psykisk ohälsa.

De senaste fem åren har *långtidssjukfrånvaron* ökat mer bland kvinnor än bland män (oavsett om man tittar på 30+ eller 365+ dagar). Den andel som uppger sig ha i hög grad nedsatt arbetsförmåga p.g.a. sjukdom har ökat särskilt bland landstings- eller kommunanställda kvinnor. Det är framförallt värk och psykiska besvär som ligger bakom nedsatt arbetsförmåga.

¹ Med begreppet "åtgärdbar dödlighet" avses vissa sjukdomstillstånd som anses vara påverkbara genom allmänna hälsopolitiska åtgärder – s.k. *hälsopolitiska indikatorer* – (t.ex. lungcancer) eller genom olika medicinska insatser – s.k. *sjukvårdsindikatorer* (t.ex. gallstenssjukdom).

Kvinnor söker mer vård – män får ibland dyrare läkemedelsbehandling

Samhällets kostnader för all sjuklighet 2002 har beräknats till 550 miljarder kronor, varav 300 miljarder för kvinnors och 250 miljarder för mäns vård. De samhällsekonomiska kostnaderna för sjukskrivning var lika stora som hela hälso- och sjukvårdens kostnader.

Kvinnor går ofta till läkare, och kostnaderna för deras sjukvård är totalt sett cirka 16 procent högre än männens (13 500 kronor respektive 11 500 kronor per invånare). Kostnaderna för kvinnors primärvård är totalt sett högre än för mäns, och inom psykiatrin ligger kostnaden för män och kvinnor på samma nivå. I den slutna somatiska vården är kostnaderna för mäns sjukvård per capita högre i åldersgrupperna 0–24 och 64+, medan de är högre för kvinnor i övriga åldersgrupper, bland annat beroende på förlossningsvården. I gruppen cirkulationsorganens sjukdomar är kostnaderna för männens vård högre än för kvinnornas vid de tio mest kostnadskrävande diagnoserna. Kvinnors vård kostar mest i gruppen sjukdomar i muskler och skelett.

Läkemedel är idag den i särklass vanligaste behandlingsstrategin, framför allt i primärvården, och läkemedel skrivs ut till och används i allt större omfattning av både kvinnor och män. Många grupper av läkemedel förskrivs i högre grad till kvinnor än till män. De mest markanta skillnaderna ser man för läkemedel mot depression och annan psykisk ohälsa och för läkemedel mot smärta. Blodfettssänkande läkemedel, liksom flera andra grupper av läkemedel mot hjärt-kärlsjukdom, förskrivs i större utsträckning till män än till kvinnor. Hjärt-kärlsjukdom är fortfarande mycket vanligare bland medelålders män än bland kvinnor i samma ålder. Bland personer över 80 år är hjärt-kärlsjukdomar lika vanliga hos båda könen. Läkemedel mot högt blodtryck förskrivs däremot idag i lika stor utsträckning till kvinnor som till män.

Kostnaderna för läkemedel är totalt sett högre för kvinnor än för män, men mäns kostnader per recept är högre. Skillnaden har flera orsaker, och en fördjupad analys visar att män oftare får nyare och därmed dyrare läkemedel än kvinnor. Detta innebär dock i allmänhet inte högre kvalitet i männens läkemedelsbehandling. Skillnaderna ger däremot upphov till frågor om orsakerna, de ekonomiska konsekvenserna, samt betydelsen av kön för det kliniska beslutsfattandet.

Män och kvinnor i läkemedelsreklam

Uppskattningsvis kostar marknadsföringen av läkemedel ungefär fem miljarder om året i Sverige. En systematisk genomgång av studier om läkemedelsreklamen visar att annonser ofta avbildar män och kvinnor i situationer som bygger på traditionella uppfattningar om mäns och kvinnors roller. Män beskrivs ofta som hårt arbetande människor som behöver läkemedel för att orka arbeta, medan kvinnor skildras som deprimerade och känsllosamma. I en aktuell svensk studie av annonser för läkemedel mot depression var den tänkta patienten i samtliga fall en kvinna. Det faktum att kvinnor får antidepressiva läkemedel dubbelt så ofta som män, samtidigt som män dubbelt så ofta som kvinnor begår självmord, ger upphov till frågor om hur reklam för antidepressiva läkemedel faktiskt påverkar förskrivarens uppmärksamhet på mäns och kvinnors psykiska problem.

Kvalitet och tillgänglighet brister för äldre kvinnor

Ur rättvisesynpunkt kan det vara särskilt intressant att belysa kvinnors och mäns tillgång till sådan vård och behandling, som på ett eller annat sätt utmärker sig som svårtillgänglig, t.ex. mot bakgrund av att vården medför höga kostnader och/eller kräver avancerad medicinsk teknologi och stora personalresurser. Två områden som belyses i denna utredning är hjärtintensivvård och behandling av gråstarr.

Uppföljningarna av hjärtintensivvården visar på en del könsskillnader när det gäller behandling av män och kvinnor i jämförbara åldersgrupper. Därutöver finns det tydliga skillnader mellan åldersgrupperna: äldre patienter får mer sällan behandling än yngre patienter. Denna restriktivitet med behandlingen av äldre patienter berör avsevärt fler kvinnor än män.

By-pass-operationer vid kranskärlsjukdom görs något oftare på män än på kvinnor, vilket skulle kunna tyda på brister i bedömningen av kvinnors symtom. Flera studier har emellertid visat att kvinnor har färre indikationer än män för operativa ingrepp vid kranskärlssjukdom och löper större risk att dö den närmaste tiden efter operation.

Det förefaller alltså finnas vissa medicinska skäl för att vara något mer restriktiv med by-pass-operationer för kvinnor. Analyserna pekar dock på att kvinnor inte får tillgång till denna typ av operation i den utsträckning som är motiverad. Män med högre socioekonomisk status opereras oftare än män som kommer från sämre socioekonomiska förhållanden. Samma förhållande ses inte bland kvinnorna.

En viktig principiell fråga som aktualiseras är om det är medicinskt motiverat att ha olika behandlingspolicy för yngre och äldre patienter. Svaret kan variera beroende på vilken behandling som avses – högre ålder kan ju medföra större risker, åtminstone vid vissa ingrepp.

Analyser av ögonsjukvården tyder på att kvinnor har något sämre tillgång till kataraktoperationer, dvs. för gråstarr, delvis på grund av att de är i stor majoritet bland de äldsta patienterna. Det finns anledning att fråga sig om befolkningen och beslutsfattarna i Sverige vill ställa sig bakom den diskriminering av de äldsta patienterna som ju i realiteten drabbar kvinnorna. Frågan är särskilt välmotiverad i de landsting som i sin befolkning har relativt många äldre, samtidigt som frekvensen operationer är låg, såsom Jämtland, Gävleborg och Dalarna.

Det har visat sig att nya, dyra medicinska teknologier och läkemedel först sprider sig till medelålders män. I dagens situation verkar det motiverat att fråga sig om inte den omvända ordningen gäller vid kapacitetsproblem och nedskärningar: de äldre kvinnorna får nöja sig med sämre tillgång till vård och behandling, även om de bevisligen skulle ha nytta av vården.

Rättviseproblematiken när det gäller tillgång till avancerad vård och behandling förstärks av det faktum att äldre kvinnor i genomsnitt har en svagare socioekonomisk situation än män i motsvarande ålder. Den äldre kvinnan lever oftare ensam, utan stöd från make eller sambo, och har ofta avsevärt sämre pension än män i motsvarande ålder.

Vårdens medicinska resultat – få skillnader funna

Vid genomgången av ett flertal områden (t.ex. hjärtintensivvård, strokevård och ögonsjukvård) finner man inga stora skillnader mellan män och kvinnor, om vårdens resultat kvalitet mäts som överlevnad, livskvalitet och funktionsförmåga. De analyser som finns tillgängliga är dock tämligen grova, och man har sällan tagit hänsyn till andra faktorer än kön och ålder. Man kan inte utesluta att fördjupade analyser, där man också tar hänsyn till andra faktorer av betydelse för behandling och resultat, skulle kunna avslöja skillnader mellan könen.

De flesta av de nationella kvalitetsregistren innehåller ett stort antal uppgifter om de registrerade patienterna och deras sjukdom och behandling. Därmed ger registren en utmärkt utgångspunkt för djupare analyser av vårdens resultat kvalitet med hänsyn tagen till nämnda skillnader mellan könen.

Öppna redovisningar av uppgifter från kvalitetsregistren är således nödvändiga, inte bara för att man allmänt skall kunna följa upp vårdens kvalitet, utan också för uppföljning av jämställdhetsläget i vården.

Kvinnor drabbas oftare av kvalitetsbrister och problem

Kvinnor rapporterar oftare biverkningar och drabbas oftare av läkemedelsrelaterad sjuklighet än män. De ordinerar i genomsnitt fler läkemedel än män, och löper därmed också risk att oftare få fler olämpliga kombinationer av läkemedel. I en studie på personer som vårdades i psykiatrisk heldygnsvård var kvinnor och män i snitt ordinerade 7,4 respektive 6,2 läkemedel samtidigt. I samma undersökning hade kvinnor oftare än män ordinerats antipsykotiska läkemedel trots avsaknad av dokumenterad psykosdiagnos. De var också oftare än män ordinerade kontinuerlig användning av laxermedel och sömnmedel.

I flera studier av äldres läkemedelsanvändning har man konstaterat att äldre kvinnor också något oftare ordinerar läkemedel som kan orsaka förvirring och fall. Äldre patienter inkluderas i allmänhet i mindre utsträckning i kliniska prövningar, samtidigt som äldre kvinnor är den grupp som ordinerar flest läkemedel. Bristande kunskap om könsrelaterade effekter bidrar sannolikt att fler biverkningsrapporter avser kvinnor, men också bristande kunskaper om könsrelaterade faktorer i sjukdomsbilden kan tänkas bidra. Att kvinnor överhuvudtaget ordinerar fler läkemedel, samt kanske berättar om symtom på misstänkta biverkningar på ett annat sätt än män, kan också förklara en del av skillnaden i antalet biverkningsrapporter. Kvinnor tas sedan 90-talet i ökad utsträckning med i kliniska prövningar av läkemedel, men det är fortfarande ovanligt med specifika dosrekommendationer för kvinnor respektive män.

Analys av data från olika klagomålsinstanser – HSAN, Patientförsäkringen, Socialstyrelsen och huvudmännens patientnämnder – visar att cirka 60 procent av ärendena hos samtliga instanser handlar om vården av kvinnor och cirka 40 procent om män. Samma mönster har setts i tidigare undersökningar och har gällt åtminstone det senaste decenniet. Den ojämna könsfördelningen och den större andelen bemötandeärenden bland kvinnliga patienter är således inga tillfälliga eller slumpmässiga fenomen. Detta kan del-

vis förklaras av att kvinnor utnyttjar vården mer och av att män och kvinnor har olika sätt att berätta om denna typ av problem.

I tidigare resonemang om orsakerna till kvinnors större missnöje med vården, har kvinnors större vårdutnyttjande förts fram som en av de avgörande förklaringarna. Att sätta missnöje med vården i samband med stort vårdutnyttjande kan dock tyckas vara ett cirkelresonemang utan öppning för en mer konstruktiv orsaksanalys. Om man istället utgår ifrån att vården håller jämn och bra kvalitet, borde man snarare förvänta sig att större utnyttjande av sjukvårdstjänster skulle ge större tillfredsställelse med vården. När detta inte tycks vara fallet, bör andra förklaringar till könsskillnader i tillfredsställelse med vården sökas. En kan vara att kvinnor, som allmänt är mer hälsomedvetna, ofta arbetar i vårdsektorn och ofta har vårdansvar i familjen, är mer vana att bedöma vårdens verkliga kvalitet och har en större benägenhet att agera som medvetna vårdkonsument.

En alternativ förklaring är att vården de facto är sämre anpassad till kvinnors behov och förutsättningar och därmed fungerar sämre för kvinnor. I så fall kan det något större vårdutnyttjandet bland kvinnorna spegla frustration över bristande omhändertagande och mindre effektiv vård. Ett exempel på detta kan vara kvinnor med kroniska smärttillstånd som gång på gång vänder sig till den öppna vården.

Vårdens aktörer – lägesbeskrivningar och förslag till åtgärder

Utbildning och forskning

Socialstyrelsen har gjort en uppföljning av de medicinska grundutbildningarna samt de större forskningsrådets verksamhet med avseende på hur könsperspektivet beaktas. Vidare har några för könsperspektivet relevanta forskningsområden följts upp. Syftet var att belysa om kunskaperna om könsrelaterade faktors betydelse för vård, behandling och rehabilitering ökat på senare år. Utgångspunkten har varit en rad förslag som lades fram i betänkandet *Jämställd vård – Olika vård på lika villkor* (SOU 166:133).

De medicinska grundutbildningarna

Uppföljningen av könsperspektivet i de medicinska grundutbildningarna visar att det finns goda ambitioner på alla utbildningsplatser som undersökts. I princip samtliga läkar- och sjuksköterskeutbildningar uppger att de strävar efter att integrera könsperspektivet i kursplanerna. Hur detta sker liksom omfattningen varierar utbildningsorterna emellan. Uppsala och Umeå har inrättat genus- eller jämställdhetskommittéer som anordnar föreläsningar och verkar som stöd när nya kursplaner utvecklas. På andra utbildningsorter ordnar man temadagar och seminarier med inriktning på könsperspektivet.

Vad har hänt inom forskningen?

I ansökningar till Vetenskapsrådet (VR) måste de sökande sedan år 2000 ange om det är relevant att beakta könsaspekter i projektet och i så fall re-

dovisa dem. De sökande skall också ange hur könsaspekterna kommer att behandlas i forskningsarbetet. År 2001 inrättades ett särskilt program för genusforskning vid Vetenskapsrådet. Också Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) och Vårdalstiftelsen uppger att de sökande skall beakta könsperspektivet. Däremot har inget av forskningsråden gjort någon sammanställning över studiepopulationernas sammansättning.

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget också följt upp några relevanta forskningsområden. Som framgår av den korta sammanfattningen nedan finns det varierande aktiviteter med flera inriktningar.

Det är sedan tidigare väl belagt att *bemötande, kommunikation och kliniskt beslutsfattande* i vården påverkas av såväl patientens som vårdarens kön. Kvinnliga läkare upplevs t.ex. av patienterna oftare som mer kommunikativa och empatiska. Det är också mer sannolikt att en kvinnlig patient lämnar doktorn med ett recept på läkemedel än att en man gör det. Här finns det utrymme för svensk forskning, eftersom den forskning som finns på detta område till största delen kommer från utländska studier. Den forskning som behandlar könsrelaterade frågor i hälso- och sjukvården från ett *kulturellt och socialt perspektiv* är fortfarande begränsad, liksom forskningen om *omvårdnad* ur ett könsperspektiv.

De senaste åren har flera viktiga reformer och förändringar i vårdens struktur genomförts. *Hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning på könskonsekvensanalyser* vid reformer som innebär stora förändringar i vårdens övergripande struktur saknas. Exempel på sådana reformer är vårdgarantin, läkemedelsreformen och den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården. Vidare har ett antal landsting börjat upprätta prioriteringslistor. Inga av dessa åtgärder har blivit föremål för könskonsekvensanalyser.

Inrättandet av forskningscentra med genusmedicinsk inriktning har inneburit nya förutsättningar, framför allt för *den kliniska forskningens* inriktning. Man vet numera mer om skillnader mellan män och kvinnor när det gäller exempelvis symtom och omhändertagande vid hjärtkärlsjukdom, men det finns fortfarande kunskapsluckor på flera andra viktiga områden. Därför är studier på följande områden särskilt angelägna:

- *Framtida studier i bemötandeforskning och omvårdnadsforskning bör inriktas mot könsspecifika aspekter på förmedling av information. Vidare bör särskild uppmärksamhet riktas mot utformningen av förebyggande insatser för män, som löper större risk att insjukna och dö i en rad behandlingsbara sjukdomar.*
- *Effekterna av olika typer av interventioner bör undersökas, dels för att öka kunskaperna hos hälso- och sjukvårdspersonalen om könsrelaterade faktorer betydelse, dels för att förbättra jämställdheten för vårdtagarna.*
- *Klinisk forskning – det finns brist på kunskap om könsspecifika faktorer på ett flertal sjukdomsområden, bland annat inom reumatologi och psykiatri.*
- *Hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning på konsekvensanalyser ur ett könsperspektiv av reformer och strukturella förändringar är mycket angelägna. Ett aktuellt område är konsekvenserna för kvinnor respektive män av att ansvaret för vård i hemmet i ökande grad förs över till anhöriga. Vidare bör huvudmännens arbete med prioriteringar bli föremål för könskonsekvensanalyser.*

Nationell uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen samarbetar på nationell nivå med ett flertal andra myndigheter. När det gäller kunskap och rekommendationer på hälso- och sjukvårdsområdet gäller det framför allt SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik) och Läkemedelsverket. De gemensamma målen för de tre nationella aktörerna är att verka för en god hälsa samt en säker och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård för hela befolkningen.

Socialstyrelsens verksamhet är bland annat inriktad på att verka för att hälso- och sjukvården bedrivs på ett sätt som garanterar patientens och klientens säkerhet och rättstrygghet samt att verksamheten är evidensbaserad och styrs av öppna prioriteringsbeslut. Vidare arbetar Socialstyrelsen för att huvudmännen skall bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och redovisa sina resultat på ett öppet, jämförbart och tillgängligt sätt.

- *Socialstyrelsen avser att tydligare integrera könsspecifika aspekter vid utveckling av riktlinjer och föreskrifter, samt vid utvärderingar och analyser av vårdens resultat och kvalitet. Könsperspektivet beaktas i den pågående översynen av kvalitetsföreskriften.*
- *I det övergripande arbetet med att ta fram kvalitetsindikatorer för vårdens struktur, process och resultat kommer särskilda jämställdhetsindikatorer att utvecklas.*

För att ge en samlad bild av värdet av olika medicinska metoder i vården, arbetar SBU med synteser av det vetenskapliga underlaget för metoder för bland annat förebyggande vård, diagnostik och behandling. SBU:s utvärderingar granskar nytta, risker och kostnader för de metoder som används. Syftet med utvärderingarna är också att visa på kunskapsluckor – områden där man helt enkelt inte vet vilka metoder som gör mest nytta och där ytterligare forskning är särskilt angelägen. SBU avser också att integrera könsspecifika aspekter. Inom ramen för detta uppdrag har diskussioner förts med SBU om kunskapsunderlaget när det gäller könsspecifika kunskaper om vård, behandling och rehabilitering, och följande har framkommit:

- *Det är angeläget att SBU:s systematiska kunskapsöversikter identifierar de medicinska behandlingsområden där det finns behov av att öka forskningen om könsspecifika förhållanden i förebyggande vård, utredning, behandling, och rehabilitering.*

Läkemedelsverket är den nationella myndigheten som godkänner nya läkemedel och följer upp deras användning och säkerhet. Verket bedömer underlaget för godkännande av läkemedel, och i detta ingår också bedömning av könsspecifika aspekter på läkemedlens säkerhet och effektivitet.

Andelen kvinnor i kliniska prövningar har ökat på senare år och bedöms idag av Läkemedelsverket i stort sett vara tillfredställande. Vid en genomgång av fördelningen män/kvinnor i kliniska läkemedelsstudier i Sverige 2000, kunde man konstatera att i s.k. fas I-studier, de första studierna på människor med ett nytt läkemedel, tas både män och kvinnor med i 69 procent av studierna, enbart män i 29 procent och enbart kvinnor i 2 procent av studierna. I fas III, dvs. de stora studierna på patienter som har den sjukdom som läkemedlet är avsett för, togs både män och kvinnor med i 85 procent av studierna, enbart män i 5 procent och enbart kvinnor i 10 procent av studierna. Könrepresentativiteten avspeglar i regel sjukdomens könsfördelning.

Kvinnor dominerar exempelvis i studier av depression, demenssjukdomar, reumatoid artrit och migrän, medan män dominerar på hjärt-kärlområdet.

Vid utredning inför godkännande av läkemedel bedöms effekt och säkerhet för båda könen. I den händelse relevanta könsskillnader observeras, informeras patienten om detta i informationsbladet i förpackningen samt i produktresumén och FASS-texten för sjukvården. Det är dock sällsynt att skillnaderna mellan män och kvinnor på gruppnivå är så stora att könsspecifik dosrekommendation behövs. Skillnaderna i läkemedelsomsättning är ofta större mellan personer av samma kön, beroende på faktorer såsom ålder, nedsatt njur- och leverfunktion etc.

Vid en nyligen gjord genomgång av centralt godkända läkemedel 1998–2003 noterades dock att den könsspecifika granskning som gjorts inför godkännandet inte alltid redovisas i den vetenskapliga sammanfattningen och produktresumén. Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag har diskussioner förts med Läkemedelsverket om dessa frågor och följande har framkommit:

- *Läkemedelsverket kommer att ta initiativ till att den kliniska dokumentationen av läkemedels effekt och biverkningar förbättras genom information om könsfördelning och eventuella könsskillnader. Ett första steg på nationell nivå är, att Läkemedelsverket redovisar detta i sina monografier över nya läkemedel. Då nya läkemedel numera utreds och godkänns genom ett europeiskt samarbete, ämnar Läkemedelsverket ta upp en diskussion på EU-nivå för att få en bättre information även i de EU-gemensamma dokument som är grunden för produktresuméer och patientinformation.*

Huvudmännen

Sjukvårdshuvudmännen har det övergripande ansvaret för att vården skall kunna bedrivas på lika villkor för män och kvinnor. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa för hela befolkningen. Vårdens skall vidare ges med respekt för all människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Ledningen av hälso- och sjukvården skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet på vården samt främjar kostnadseffektiviteten.

Landstingsförbundet har på central nivå arbetat med ”mainstreaming”, jämställdhetsintegrering, sedan 1999. Syftet är att tillsammans med landstingen integrera könsperspektivet i verksamheten samt att ge stöd till olika projekt.

Av Socialstyrelsens uppföljning framgår att ungefär hälften av landstingen har integrerat könsperspektivet i målformuleringar och/eller policydokument. Landstingen driver också vissa arbeten av projektkaraktär vars syfte är att lyfta fram och diskutera orsakerna till skillnader mellan män och kvinnor vad gäller vårdutnyttjande och behandlingsresultat.

Landstingen redovisar sällan övergripande verksamhetsstatistik uppdelad på kön. Enkel könsuppdelad statistik om olika vårdåtgärder ger inte heller nödvändigtvis svar på frågan om vården är jämställd eller ej. Ofta behövs det djupare analyser som tar hänsyn till flera faktorer för att man skall kunna bedöma vårdens resultat. Att redovisa statistik uppdelad på kön är dock en förutsättning för att man skall kunna följa, studera och analysera vårdens kvalitet för män och kvinnor.

Kvaliteten i hälso- och sjukvården skall enligt 31§ HSL systematiskt utvecklas och säkras. Verksamhetschefen ansvarar enligt Socialstyrelsens föreskrifter om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården för att ta fram och fastställa ett ändamålsenligt kvalitetssystem. Enligt Socialstyrelsens uppfattning är det en grundförutsättning för kvalitetsarbetet att data från den löpande verksamheten på kliniknivå är möjliga att analysera per kön.

- *Socialstyrelsen föreslår att huvudmännen före utgången av år 2004 ska börja utveckla handlingsplaner för verksamhetens statistikredovisning samt uppföljning och analys av behandlingsresultat och resursfördelning, uppdelade på kön.*
- *De nationella kvalitetsregistren innehåller viktiga uppgifter om patienternas sjukdom och behandling, och är en utmärkt utgångspunkt för fördjupade analyser av skillnader i vårdpraxis. Öppna redovisningar av uppgifterna i kvalitetsregistren är nödvändiga för att man skall kunna följa upp könsspecifika skillnader i behandling och vårdresultat.*

Forskning om bemötande och kommunikation mellan olika personalgrupper visar tydligt att kön inverkar på bland annat kommunikationsstrategi och kliniskt beslutsfattande. Kommunikationen i mötet mellan patient och vårdare är central. Attityden, språket och samspelet vid samtalet, tillsammans med skriftlig information, kan ha avgörande betydelse för resultatet av behandlingen. Vidare är konsekvenserna av arbetsgruppers könssammansättning och makthierarkier viktiga frågor som berör resultatet i hälso- och sjukvården. Kommunikation och ett gott samarbete mellan olika yrkesgrupper har samband med en hög kvalitet i vårdarbetet. Teamutveckling, samt arbetsgrupper som består av både män och kvinnor och olika yrkesgrupper, kan kanalisera energi från exempelvis revirkonflikter och istället inspirera till fokusering på bemötande och kvalitetsfrågor.

- *Hälso- och sjukvårdens personal behöver kontinuerlig fortbildning om att integrera könsspecifika kunskaper om vård och behandling i det dagliga arbetet. Vi föreslår att ökad uppmärksamhet riktas mot samspelet mellan personalen och kvinnliga respektive manliga patienter. Vidare behövs insatser för att utveckla samarbetet mellan olika yrkesgrupper.*

Hälso- och sjukvårdens beredskap att ta hand om våldsutsatta kvinnor varierar. Studier visar att både personal och kvinnor anser att det är viktigt att ställa direkta frågor om våld för att skapa större öppenhet kring frågan och möjliggöra stöd och hjälp. Personalens kunskaper om våld som möjlig orsak till symtom är en grundförutsättning för att kunna möta den kvinnliga patienten, bedöma de symtom hon söker för, samt ge behandling och korrekt uppföljning. I mötet med det uppenbara våldet, när en kvinna kommer skadad till akutmottagningen, eller i mötet med den gravida kvinnan i mödravård, finns det tillräckliga erfarenheter för att agera aktivt genom att ställa frågor. Erfarenheterna från akutmottagningar och kvinnokliniker är positiva exempel på hur hälso- och sjukvården kan arbeta med kvinnor som utsatts för våld. Psykiatri och primärvård behöver utvecklas på samma sätt.

- *Särskilda utbildningsinsatser till hälso- och sjukvårdspersonal om hur man bemöter våldsutsatta kvinnor är angelägna.*

Avslutande reflektioner

En viktig utgångspunkt för vår analys har varit att fokusera på hur vårdens resultat ser ut i ett könsperspektiv – detta mot bakgrund av att män och kvinnor har olika behov och förutsättningar och att både nyttan av och säkerheten vid olika vårdåtgärder kan variera könen emellan. Ett problem med att analysera resultat med utgångspunkten ”får män och kvinnor likvärdig behandling vid likvärdiga sjukdomstillstånd” är att den könsspecifika kliniska kunskapen delvis är bristfällig, och att det ofta är svårt att avgöra vad ”ett likvärdigt sjukdomstillstånd” är. Vi har konstaterat att kunskapsläget när det gäller exempelvis hjärtsjukvård och könsspecifika skillnader i symtom och omhändertagande förbättrats, men att det fortfarande finns kunskapsluckor på flera andra områden. När det gäller den avancerade slutna somatiska sjukvården har vi funnit några få skillnader som är till kvinnornas nackdel, exempelvis att de får vänta längre på gråstarrsoperation, medan inga mätbara skillnader identifierats på andra områden. Detta betyder inte att viktiga skillnader inte existerar.

Ett viktigt problem i detta sammanhang är att kvalitetsregister saknas för breda och ”mjuka” verksamheter, såsom primärvård, psykiatri och smärtrehabilitering. Framför allt kvinnliga patienter lider ofta av ospecifika symtom och tillstånd som i första hand tas omhand i primärvården och som inte omfattas av någon kvalitetsregistrering. I ett jämställdhetsperspektiv verkar det angeläget att systematisk kvalitetsuppföljning och -förbättring även kommer till stånd på dessa vårdområden.

Slutligen kan man konstatera att det är på det förebyggande och folkhälsosoinriktade området som de verkligt stora skillnaderna mellan män och kvinnor finns. De nyligen antagna nationella folkhälsomålen ställer krav på hälso- och sjukvården att arbeta mer hälsoinriktat och att samarbeta med andra sektorer i samhället när det gäller folkhälsan. Det finns också stöd i hälso- och sjukvårdslagen för en sådan bredare syn på hälso- och sjukvårdens uppgift. Erfarenheterna av de mer avgränsade sjukvårdsindikatorerna visar att könsskillnaderna när det gäller åtgärdbar dödlighet faktiskt går att minska och till och med eliminera. Det blir därför en utmaning för hälso- och sjukvården och andra aktörer inom folkhälsoarbetet att uppnå motsvarande positiva resultat även på bredare förebyggande fält.

Det är Socialstyrelsens förhoppning att denna sammanställning ska bidra till ett ökat intresse för könsspecifika kunskaper, stimulera till fortsatt arbete med öppna redovisningar och analyser av vårdens resultat ur ett könsperspektiv, samt ge underlag för en saklig debatt som gynnar hälsoutvecklingen för både kvinnor och män.

2. Inledning

Det senaste decenniet har betydelsen av kön och genus för hälsa, sjuklighet och behandlingsresultat i hälso- och sjukvården fått ökad uppmärksamhet, både nationellt och internationellt. Man kan urskilja två huvudsakliga orsaker till denna utveckling:

- Att man vill uppnå jämställdhet mellan män och kvinnor ur ett övergripande hälsopolitiskt perspektiv. Detta betyder att män och kvinnor skall ha lika goda möjligheter att uppnå bästa möjliga hälsa genom bland annat likvärdig tillgång till bästa möjliga evidensbaserade sjukvård.
- Stigande hälso- och sjukvårdskostnader i de flesta västländer. Om hälso- och sjukvården i framtiden skall kunna använda sina resurser på ett effektivt sätt, måste skillnader mellan män och kvinnor när det gäller hälsa, sjuklighet, vårdens tillgänglighet, omhändertagande samt resultat-kvalitet tas på allvar.

Båda dessa orsaker är på väg att bli mer och mer aktuella på hälso- och sjukvårdens internationella arenor. Bland annat har Världshälsoorganisationen (WHO) i många sammanhang pekat på vikten av att integrera jämställdhetsperspektivet i forskning och vård [1]. I Sverige resulterade denna utveckling i att en särskild utredning tillsattes 1994 för att belysa frågor om könsskillnader i hälso- och sjukvården. Utredningens betänkande, *Jämställd vård – olika vård på lika villkor* (SOU 1996:133), pekade på en rad områden där jämställdheten kunde förbättras. Likaså gavs en rad förslag på hur man skulle kunna minska skillnader i landstingen och i den medicinska forskningen samt öka medvetenheten om köns- och genusrelaterade faktorer [2].

2.1 Uppdraget

I juni 2002 fick Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp jämställdheten på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden. Uppdragets fokus på hälso- och sjukvårdens område skulle vara de eventuella könsskillnader som gäller kvalitet, kostnader och tillgänglighet. I uppdraget ingick att

- sammanställa och analysera könsspecifika uppgifter om tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården, särskilt avseende vårdens resultat;
- beskriva vad huvudmännen gjort för att främja jämställdhet i vården samt vad man vet om resultaten av dessa åtgärder;
- identifiera de problem som rör jämställdhet i vården;
- föreslå åtgärder som kan bidra till att öka jämställdheten.

Projektets inriktning och genomförande

Hösten 2002 bestämdes projektets övergripande inriktning, och i januari 2003 fastställdes projektplanen av Socialstyrelsens verksamhetsledning. Uppdraget

har utförts i projektform av en arbetsgrupp med en sammankallande koordinator. Arbetet har haft sin utgångspunkt i betänkandet *Jämställd vård – olika vård på lika villkor* (SOU 1996:133) och har framför allt fokuserat på följande områden.

1. Fördjupade analyser av könsskillnader i hälso- och sjukvården

De yttersta målen för hälso- och sjukvården är ökad livslängd, förbättrad livskvalitet och stor patienttillfredsställelse. Idag är man överens om att det är just vårdens resultat kvalitet som har störst betydelse vid bedömningen av vårdkvalitet.

Med hjälp av olika datakällor som Socialstyrelsens egna hälsodataregister, nationella kvalitetsregister m.m. har projektet gjort fördjupade analyser av vårdens resultat kvalitet. Analyserna omfattar bland annat kostnader, patientsäkerhet, tillgänglighet samt resultat och kvalitet på områdena hjärtsjukvård, diabetes, cancer, psykiatri och användning av läkemedel.

2. Uppföljning av några centrala forskningsområden

Ett antal experter har ombetts att bidra med underlag om uppföljning av några centrala forskningsområden. Utgångspunkten för uppföljningarna har varit de områden som lyftes fram i betänkandet *Jämställd vård – olika vård på lika villkor* (SOU 1996:133). Underlagen har sedan granskats, förkortats och omarbetats av en intern granskningsgrupp på Socialstyrelsen. Områden för uppföljning var:

- Hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning på samspelet mellan patient och vårdare.
- Omvårdnadsforskning med ett genusperspektiv.
- Klinisk forskning – två exempel.
- Hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning på analys av konsekvenserna av reformer och förändringar i vårdens övergripande struktur.

3. Kommunikation med huvudmän, yrkesgrupper, patienter och forskare

Information om Socialstyrelsen uppdrag skickades ut till jämställdhets- och kvalitetsansvariga i landstingen. De har också deltagit i möten med företrädare för projektgruppen. Information om olika projekt på området har samlats in. Landstingsförbundet och Socialstyrelsen samarbetade om temat *Könsskillnader i hälso- och sjukvården* under ett seminarium vid kvalitetsmässan i Göteborg hösten 2003. Uppdraget har presenterats för handikappnämnden samt för företrädare för en rad patientorganisationer. Varje organisation har erbjudits möjlighet att kommentera uppdraget, berätta om sina erfarenheter samt komma med förslag på åtgärder.

4. Uppföljning av landstingens arbete med jämställdhet samt könsperspektivet i de medicinska utbildningarna och de större forskningsråden

Landstingens aktiviteter för att uppnå jämställdhet i vården har följts upp. En enkät har i samarbete med Landstingsförbundet distribuerats till landstingsdirektörerna samt landstingens kvalitetsansvariga. Frågorna var av övergripande karaktär och berör hur man arbetar på central nivå med att integrera frågor som berör könsskillnader.

En kortfattad enkät om hur genus/könsperspektivet har integrerats i de *medicinska utbildningarna* för sjuksköterskor, läkare och apotekare, har distri-

buerats till samtliga utbildningsplatser i samarbete med Högskoleverket. De större forskningsrådena har ombetts att redovisa statistik över fördelningen av studiepopulationernas sammansättning när det gäller kön, samt i vilken utsträckning köns/genusperspektivet har integrerats i godkända projekts inriktning. En annan fråga var hur de senaste årens forskningsmedel fördelats med avseende på forskarens kön.

2.2 Vad är jämställd vård?

Det saknas en entydig definition av begreppet *jämställd vård* inom hälso- och sjukvården. Det kan betyda att såväl kvinnor som män, oavsett ålder, socioekonomisk bakgrund och etniskt ursprung har tillgång till vård av god kvalitet på lika villkor. Ett vanligt sätt att definiera vård på lika villkor är att det är behovet av vård som skall ligga till grund för val av strategi för omhändertagande och behandlingsalternativ. Det är dock inte enbart vårdbehovet som påverkar vårdutnyttjandet. Det finns människor som har behov av vård, men som inte söker vård i den utsträckning som de skulle behöva, t.ex. på grund av ekonomiska svårigheter eller uppfattningar som hänger ihop med traditionella uppfattningar om kön och könsroller. Det är numera väl dokumenterat att män ofta kommer senare i sjukdomsförloppet än kvinnor, och att de dör oftare i sjukdomar som hade gått att förebygga eller behandla. En rad faktorer kopplade till mäns och kvinnors delvis olika villkor i samhället, såsom ekonomi, utbildningsnivå, kunskaper, attityder, värderingar samt förväntningar verkar påverka benägenheten att söka vård. Likaså kan det finnas människor som söker vård, men som egentligen kan vara i behov av andra insatser från samhället.

Begrepp och definitioner

Det finns många olika termer och begrepp på jämställdhetsområdet: genus, kön, gender, könsroll, jämställdhet och jämlikhet. Begreppet *genus* började användas istället för engelskans *gender* i svensk forskning på 1980-talet. Med begreppet *genus* avses vanligen *den kulturella tolkningen* av skillnader mellan könen. I ökad utsträckning har man inom andra områden än det medicinska börjat använda kön i vidare mening än den biologiska, och en del forskare menar att kön helt enkelt kan användas istället för *genus*.

I *denna rapport* används begreppen kön och *genus* omväxlande med varandra. Kön används främst när sammanhanget *i första hand* avser biologiskt kön, och *genus* när sammanhanget avser att inkludera också betydelsen av sociala och kulturellt betingade livsvillkor. Ofta har vi skrivit kön/genus. Den klassiska uppdelningen i biologiskt och socialt kön kan innebära svårigheter på det medicinska området, eftersom det ofta är svårt att medicinskt skilja på biologiska och sociala faktorer. En *genusdefinition* för medicinen kan förhålla sig till biologin genom formuleringen "Genus = kön med helhetssyn" [3].

Kön, genus och hälsa

Det finns stora skillnader mellan män och kvinnor när det gäller sjuklighet och dödlighet. Kvinnor lever t.ex. i genomsnitt fem år längre än män i Sve-

rige. Å andra sidan är kvinnor mer sjuka under sin livstid, och uppsöker sjukvården oftare än män. Orsakerna till dessa skillnader är komplexa, och har med både biologiska, kulturella, sociala och strukturella (t.ex. makt, inflytande resurser) faktorer att göra [4, 5].

I undersökningen om levnadsförhållanden (ULF-undersökningen) redovisar Statistiska Centralbyrån (SCB) regelbundet resultat om befolkningens självrapporterade hälsa. Kvinnor rapporterar större förekomst av *psykisk ohälsa än män*. Besvär som ängslan, oro, ångest och sömnproblem ökade bland båda könen på 1990-talet. Den största ökningen har skett i yngre åldrar, främst bland kvinnor. 22 procent av alla kvinnor mellan 16 och 84 år har sömnbesvär eller känner ängslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland män är cirka 13 procent. Självmod svarar för ungefär 2,5 procent av dödsfallen bland män och 1,1 procent av dödsfallen bland kvinnor. Kvinnor gör dock fler självmordsförsök än män. 15 procent män och 21 procent kvinnor uppger att de har *sjukdomar i skelettet och rörelseorganen*. Av dessa är flera sjukdomar arbetsrelaterade, och 48 procent av kvinnorna och 32 procent av männen anger att de har värk i skuldror, nacke och axlar.

Risken för att insjukna i *hjärt-kärlsjukdom* ökar med åldern. Män löper större risk att drabbas än kvinnor. I 50–60-årsåldern löper män t.ex. fyra gånger så stor risk att få en hjärtinfarkt som kvinnor i motsvarande ålder. Risken att insjukna och dö i hjärt-kärlsjukdom har minskat för båda könen, dock mest för män. Bröstcancer och prostatacancer är de vanligaste cancerformerna bland kvinnor respektive män. De står för cirka en tredjedel av alla cancerfall hos respektive kön. *Skador och förgiftningar* är den vanligaste dödsorsaken bland personer under 45 år. Fler män än kvinnor dör av skador, varav många är fordonsrelaterade. Våld i hemmet drabbar nästan enbart kvinnor och barn – 1999 riktades 20 000 misshandelsbrott mot kvinnor. Även våld och hot om våld på arbetsplatsen drabbar främst kvinnor med cirka 70 procent av anmälningarna. Många av anmälningarna kommer också från kvinnodominerade arbetsplatser, t.ex. vård och omsorg.

De *förklaringar* till olika sjuklighet bland kvinnor och män som länge redovisats i den vetenskapliga litteraturen och andra undersökningar har sammanfattats i fem olika kategorier [6]:

1. *Biologiska skillnader*, d.v.s. skillnader i den kroppsliga konstitutionen som medför olika risker för olika typer av sjuklighet.
2. *Förvärvade skillnader*, d.v.s. skillnader vad gäller aktiviteter under arbets- och fritid, skillnader i livsstil och hälsorelaterade beteenden, psykologisk belastning samt andra aspekter av den sociala miljön som medför skillnader i sjuklighet.
3. *Psykosociala skillnader* som påverkar uppfattningar och värderingar, liksom beslut om och förmåga att vidta åtgärder mot sjukdomar och symtom.
4. *Skillnader i hälsorapportering*.
5. *Skillnader vad gäller tidigare erhållen hälso sjukvård*.

Av dessa fem förklaringar anser en del forskare att punkterna tre till fem delvis överlappar varandra och att de är delar av ett och samma orsakskomplex, nämligen att kvinnor och män tenderar att förhålla sig på olika sätt till

ett givet symtom eller sjukdomstillstånd. Utifrån detta synsätt skulle förklaringarna till skillnader i sjuklighet delas in två huvudkategorier:

- *Biologiska förklaringar* som betonar människors kroppsliga konstitution.
- *Sociokulturella förklaringar* som betonar hälsorelaterade beteenden och livsvillkor [7, 4].

Det finns dock anledning att vara försiktig med denna typ av teoretiska förklaringsmodeller om man vill belysa skillnader mellan män och kvinnor. Kulturella och sociala förhållanden är nära sammanflätade med biologiska faktorer, vilket gör det svårt att urskilja betydelsen av det ena eller det andra. Ingen av de två förklaringsmodellerna är egentligen tillräcklig var för sig. Det är sannolikt mer värdefullt att utgå från ett helhetsperspektiv när man vill undersöka eller belysa könsskillnader i hälsa och sjuklighet, och att i detta sammanhang inkludera synsättet att det finns ett samspel mellan biologiskt och sociokulturellt kön.

Jämställd vård innebär att män och kvinnor får den vård de behöver. Detta innebär bland annat att den medicinska forskningen i större utsträckning behöver studera köns- och genusrelaterade skillnader, och att resultaten måste redovisas uppdelade på män och kvinnor. Det innebär också att hälso- och sjukvården behöver arbeta medvetet med ett genus- (eller köns-) perspektiv, vilket bör leda till att personalen får bättre kunskap om köns- och genusrelaterade faktorer betydelse för kvinnors och mäns hälsa, sjuklighet, bemötande, omhändertagande och behandlingsresultat.

Syftet med denna rapport är att lyfta fram och redovisa resultat som belyser könsskillnader i hälso-och sjukvården, samt att stimulera till systematiska redovisningar och analyser av könsskillnader i hälso-och sjukvårdens verksamhet. Några viktiga områden inom forskningen sammanfattas också. Orsakerna till skillnader mellan män och kvinnor när det gäller hälsa, sjuklighet och behandlingsresultat, är komplexa och mångfasetterade, och kan förstås enbart genom analys som tar hänsyn till mäns och kvinnors olika livsvillkor, ekonomiska förutsättningar samt möjligheter till inflytande. Att ha ett könsperspektiv på hälso-och sjukvården innebär att lyfta fram och analysera skillnader mellan män och kvinnor när det gäller sjuklighet, tillgänglighet, vård, behandling och kvalitet, samt analysera dessa faktorer i ljuset av mäns och kvinnors olika livsvillkor.

3. Könsskillnader i hälsa, vård och behandling

Könsskillnaden i *medellivslängd* har minskat, men fortfarande lever kvinnor i Sverige 4,6 år längre än män. Medellivslängden, men även mäns och kvinnors livslängd, varierar landstingen emellan. Vid en jämförelse med EU-länder har svenska mäns livslängd utvecklats mera positivt än svenska kvinnors.

I samtliga åldersgrupper rapporterar kvinnor mer *ängslan, oro och ångest* än män, och det är särskilt oroande att den psykisk ohälsan bland unga kvinnor ökar.

Kostnaderna för kvinnors primärvård är högre än för mäns, medan de ligger på samma nivå inom psykiatri. I den slutna somatiska vården är kostnaderna för mäns sjukvård högre i åldersgrupperna 0–24 och 64+, medan de är högre för kvinnor i övriga åldersgrupper, bland annat beroende på förlossningsvården. Kvinnors vård kostar mest i gruppen sjukdomar i muskler och skelett. Kvinnor måste oftare än män avstå från sjukvård, läkemedel och tandvård av ekonomiska skäl.

Kvinnor ordinerar avsevärt mer läkemedel än män, och många grupper av läkemedel förskrivs i högre grad till kvinnor än till män. De mest markanta skillnaderna gäller läkemedel mot *depression* och annan psykisk ohälsa samt läkemedel mot *smärta*. Blodfettssänkande läkemedel, liksom flera andra grupper av läkemedel mot hjärt-kärlsjukdom, förskrivs i större utsträckning till män. Kvinnor löper större risk att drabbas av biverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem än män, bland annat därför att de ordinerar fler läkemedel.

Samtidigt som det skrivs ut *fler* läkemedel till kvinnor, är *kostnaden per förskrivet läkemedel* högre för män, och en fördjupad analys visar att män något oftare får nyare och dyrare läkemedel. En systematisk genomgång av studier om läkemedelsreklam för läkemedel mot psykiska problem visar att reklamen ofta förstärker traditionella uppfattningar om kön.

Vid genomgången av ett flertal områden (t.ex. hjärtintensivvård, strokevård och ögonsjukvård) finner man inga stora skillnader mellan män och kvinnor, om *vårdens resultat* mäts som *överlevnad* eller *funktion*. För att kunna göra djupgående analyser krävs dock att kvalitetsregistren utvecklas även inom breda verksamheter som primärvård och psykiatri, där kvinnor sjuklighet är som störst. Ett stort problem som kräver uppmärksamhet är omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor, där kunskapen och åtgärderna i vården varierar.

3.1 Trender i mäns och kvinnors hälsa

I detta avsnitt redovisas könsspecifika trender vad gäller förväntad medellivslängd, åtgärdbar dödlighet, nedsatt psykiskt välbefinnande och nedsatt arbetsförmåga som är relaterad till ohälsa. Dessa områden speglar hur väl samhället, inklusive hälso- och sjukvården, lyckas främja god hälsa bland kvinnor och män. Självfallet påverkas trenderna också av kvinnors och mäns allmänna levnadsvillkor i samhället.

Medellivslängd

Under perioden 1991–2001 har den förväntade medellivslängden i Sverige, beräknad vid födelsen, ökat med 2,6 år bland män och 1,6 år bland kvinnor [1]. Därmed håller svenska män tätpositionen när det gäller förväntad medellivslängd i EU, medan kvinnorna har halkat ned till en fjärdeplats efter Frankrike, Spanien och Italien (tabell 1).

Tabell 1. Återstående medellivslängd vid födelsen respektive 65 års ålder i EU-länderna. 1991 och 2001.

Land	Förväntad livslängd							
	Vid födseln				Vid 65 års ålder			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991
Belgien	80,8 ^a	79,6	74,6 ^a	72,9	19,5 ^a	18,6	15,5 ^a	14,4
Danmark	79,0	78,0	74,3	72,5	18,3 ^a	17,9	15,2 ^a	14,3
Finland	81,5	79,3	74,6	71,3	19,3 ^a	18,0	15,5 ^a	14,0
Frankrike	83,0	81,1	75,5	72,9	20,9 ^a	20,0	16,5 ^a	15,7
Grekland	80,7	79,7	75,4	74,7	18,7 ^b	18,0	16,3 ^b	15,8
Irland	79,2 ^a	77,8	74,2 ^a	72,3	17,7 ^a	16,9	14,6 ^a	13,5
Italien	82,9	80,2	76,7	73,6	20,2 ^c	18,9	15,8 ^c	15,1
Luxemburg	81,3 ^a	79,1	74,9 ^a	72,0	19,8 ^a	18,6	15,6 ^a	14,6
Nederländerna	80,6	80,1	75,7	74,0	18,9	18,9	15,2	14,5
Portugal	80,3	77,4	73,5	70,2	18,3 ^a	17,2	14,7 ^a	14,0
Spanien	82,9	80,5	75,6	73,4	20,1 ^b	19,1	16,1 ^b	15,5
Storbritannien	80,4	78,7	75,7	73,1	18,9 ^a	17,9	15,6 ^a	14,1
Sverige	82,1	80,5	77,5	74,9	20,1	19,2	16,9	15,4
Tyskland	80,7 ^b	78,7	74,7 ^b	72,2	19,2 ^b	17,8	15,5 ^b	14,2
Österrike	81,7	79,0	75,9	72,4	19,9	18,0	16,6	14,5

a) 2000

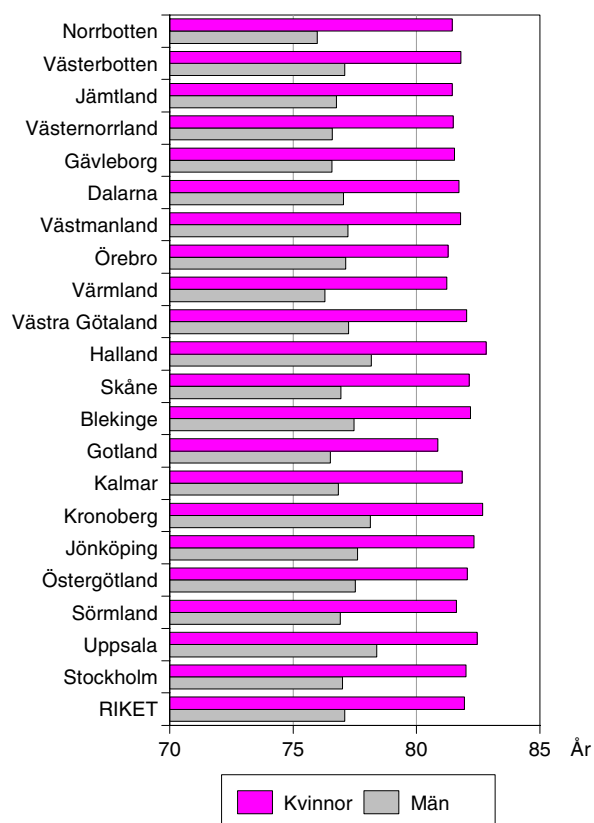
b) 1999

c) 1997

Skillnaden mellan könen när det gäller utvecklingstrend syns också då man jämför förväntad livslängd beräknad vid 65 års ålder. Här har livslängden för männen i Sverige ökat med 1,5 år, jämfört med 0,9 år för kvinnorna. Ökningen bland männen är bland de största i EU och har omvandlat Sveriges tidigare fjärdeplacering till en förstaplats. Kvinnorna har bytt sin andra-plats mot en delad tredjeplats.

Genom den mer positiva utvecklingen för män har könsskillnaden när det gäller återstående livslängd i Sverige minskat från 5,6 år 1991 till 4,6 år 2001, vilket är den minsta skillnaden i hela EU. Av de nordiska länderna har även Island och Danmark en relativt liten könsskillnad, men bakgrunden är olika – på Island lever både kvinnor och män något längre än i Sverige, i Danmark är könsskillnaden liten beroende på de danska kvinnornas jämförelsevis korta beräknade livslängd.

Även i Sverige varierar könsskillnaden när det gäller förväntad medellivslängd avsevärt länen emellan. Störst är skillnaden i Norrbotten, över fem år [2]. Könsskillnaden förefaller vara störst i län där hjärt-kärlsjuklighet och -dödlighet ligger på en hög nivå.



Figur 1. Förväntad livslängd vid födelsen. Per landsting och kön. 1997–2001.

Källa: SCB, HSSÅ 2002.

Den minskade könsskillnaden i livslängd lär delvis spegla en förbättrad behandling vid vanliga folksjukdomar, såsom hjärt-kärlsjukdom. Skillnaden i utvecklingstrend vad gäller svenska mäns och kvinnors medellivslängd, om man jämför med övriga EU, väcker dock frågor om svenska kvinnors levnadsvillkor samt möjligheter att få effektiv vård och behandling.

Könsskillnaderna per landsting bör analyseras vidare. Exempelvis har både Jämtland och Uppsala en relativt liten könsskillnad i förväntad livslängd. I Uppsala beror detta på att både män och kvinnor lever länge, medan den främsta anledningen i Jämtland är att kvinnorna har en relativt kort förväntad livslängd.

Åtgärdbar dödlighet

Metoden att studera s.k. "åtgärdbar" dödlighet, d.v.s. dödlighet i sjukdomar som hälso- och sjukvården bedöms kunna påverka med förebyggande eller behandlande insatser, introducerades av en amerikansk forskargrupp i slutet av 1970-talet [3], då en expertpanel gjorde en bedömning av vilka dödsorsaker som hälso- och sjukvården bör kunna påverka. En ansamling av dödsfall i sådana "åtgärdbara" dödsorsaker skall ses som en varningssignal som motiverar en fördjupad undersökning av hälso- och sjukvårdens kvalitet [4].

De första internationella studierna gjorde inte någon uppdelning efter kön. Man menade att kvaliteten i hälso- och sjukvården sannolikt inte var olika för män och kvinnor [5]. I en svensk avhandling kunde man emellertid påvisa att utvecklingen skilde sig åt könen emellan [6, 7]. Analyserna av könsskillnader fördjupades ytterligare i den statliga utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården [8] och i en vetenskaplig artikel [9].

Tabell 2. Indikatorer på åtgärdbar dödlighet.

Dödsorsak	Exempel på åtgärder
Sjukvårdsindikatorer	
Tuberkulos	Vaccinationer, smittspårning, antibiotika
Bakteriell hjärnhinneinflammation	Diagnos, antibiotika
Hodgkins sjukdom	Upptäckt av fall, behandling
Kronisk reumatisk hjärtsjukdom	Antibiotika mot streptokockinfektion, hjärtklaffkirurgi
Cerebrovaskulär sjukdom	Upptäckt och behandling av hypertoni, omhändertagande i akutskede
Kronisk luftrörskatarr och lungemfysem	Prevention, rökstopp
Astma	Behandling, akutvård
Blindtarmsinflammation	Upptäckt av fall, kirurgi
Bukbråck	Upptäckt av fall, kirurgi före komplikationer
Gallsten och gallblåseinflammation	Upptäckt av fall, kirurgi före komplikationer
Sår i magsäck och tolvfingertarm	Diagnostik och behandling
Diabetes	Behandling, kostråd
Medfödda hjärtmissbildningar	Utredning, kirurgi
Hälsopolitiska indikatorer	
Cancer i luftstrupe, luftrör och lungor	Prevention, minskad rökning
Levercirrhos	Prevention, behandling av alkoholism
Cancer i matstrupe	Alkohol- och rökprevention
Motorfordonsolyckor	Prevention, akutvård
Övriga indikatorer	
Självmod och självtillfogad skada samt ovisshet om uppsåt	Prevention, tidigt uppräckt av risksignaler
Total mortalitet 0–69 år	Alla

Källa: Westerling.

De dödsorsaker som ingår i de nu aktuella analyserna presenteras i tabell 2. Dödsorsakerna delas upp på sådana som främst bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, såsom tidig upptäckt och behandling

(sjukvårdsindikatorer), dels sådana som är möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser (hälsopolitiska indikatorer). Blindtarmsinflammation, gallstenssjukdom och astma är exempel på sjukdomar som definierats som indikatorer på vårdens resultat, medan lungcancer, levercirrhos och motorfordonsolyckor bedöms vara indikatorer på utfallet av hälsopolitiken. Själv-mord och självtillfogad skada har tillförts listan som en övrig indikator.

Trender vad gäller åtgärdbar dödlighet 1987–2001

Under tidsperioden 1987–2001 var dödstalen *totalt sett* högre bland män än bland kvinnor. I genomsnitt avled 83 procent fler män än kvinnor i åldrarna 0–69 år. Könsskillnaden var något större i början av perioden (riskkvot 1,92) än i slutet (riskkvot 1,75) (tabell 3).

Tabell 3. Könsskillnader i dödstal när det gäller ett antal åtgärdbara dödsorsaker i åldrarna 0–69 år.

Dödsorsak	1987–1991 Kvot M/Kv	1992–1996 Kvot M/Kv	1997–2001 Kvot M/Kv
Sjukvårdsindikatorer			
Tuberkulos	1,30	1,52*	1,14
Bakteriell hjärnhinneinflammation	1,20	1,54	1,54
Hodgkins sjukdom	2,77**	1,40	1,88***
Kronisk reumatisk hjärtsjukdom	0,76*	0,80	0,90
Cerebrovaskulär sjukdom	1,76***	1,73***	1,68***
Kronisk luftrörskatarr och lungemfysem	1,69***	1,32***	1,15*
Astma	1,16*	0,89	0,83
Blindtarmsinflammation	2,76**	1,48	2,80*
Bukbräck	1,78*	2,12**	1,36
Gallsten och gallblåseinflammation	1,82**	1,54*	1,16
Sår i magsäck och tolvfingertarm	2,42***	2,92***	1,90***
Diabetes	1,79***	1,90***	2,04***
Medfödda hjärtmissbildningar	1,57***	1,36*	1,22
Hälsopolitiska indikatorer			
Cancer i luftstrupe, luftrör och lungor	2,10***	1,74***	1,44***
Levercirrhos	2,48***	2,53***	2,71***
Cancer i matstrupe	3,96***	3,71***	4,42***
Motorfordonsolyckor	2,65***	2,40***	3,31***
Övriga indikatorer			
Själv-mord och självtillfogad skada samt ovisshet om uppsåt	2,38***	2,43***	2,28***
Total mortalitet 0–69 år	1,92***	1,83***	1,75***

*) p-värde <0,05; **) p-värde <0,01; ***) p-värde <0,001

Källa: Westerling.

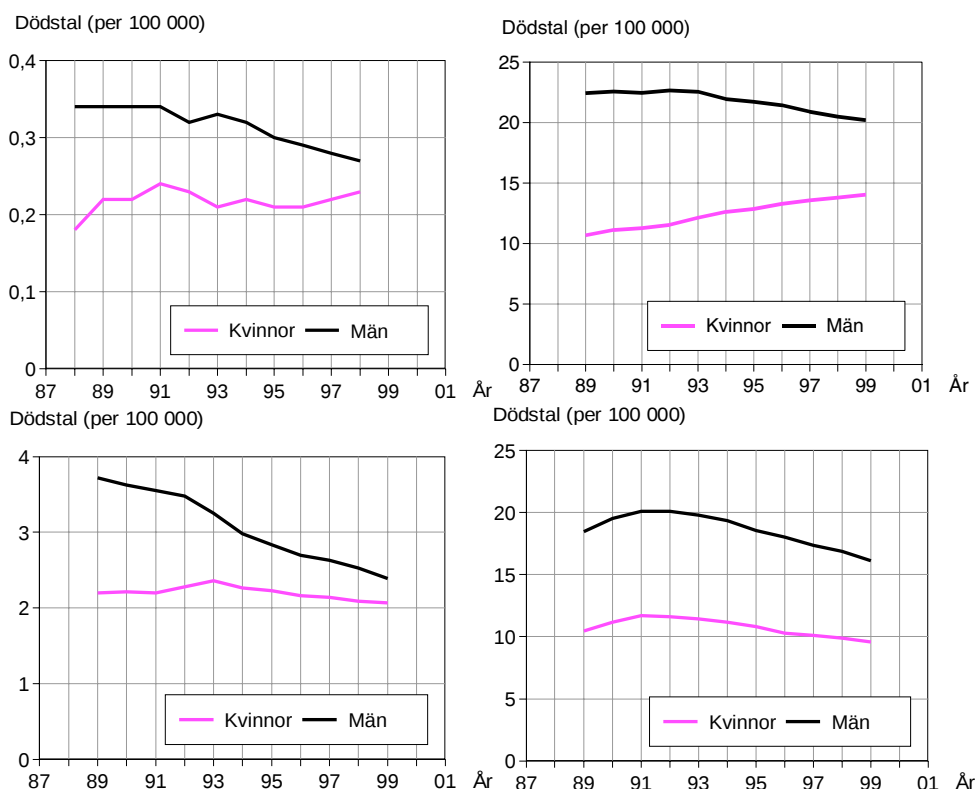
När det gäller de *hälsopolitiska indikatorerna* var könsskillnaden med något undantag större än när det gäller dödligheten totalt sett. Exempelvis var dödstalen för levercirrhos 2,5–2,7 gånger högre för män än för kvinnor. Motsvarande kvot för cancer i matstrupen var 3,7–4,4 och för motorfor-

donsolyckor 2,4–3,3. Även när det gäller självmord och självtillfogad skada, när de fall där det fanns ovisshet om uppsåt tagits med, var dödstalen bland män tydligt högre än bland kvinnor (riskkvot 2,3–2,4). Beträffande lungcancer däremot var könsskillnaden stor i början av perioden, men den minskade senare tydligt (riskkvot från 2,1 till 1,4).

För många sjukvårdsindikatorer återfanns istället mindre skillnader mellan könen än vad som gällde för dödligheten totalt sett. Flera åtgärdbara dödsorsaker var lika vanliga bland kvinnor som bland män. Det gällde t.ex. bakteriell hjärninflammation samt under huvuddelen av perioden astma, kronisk reumatisk hjärtsjukdom och tuberkulos. När det gäller vissa sjukdomar återfanns skillnader mellan könen i början av perioden men inte de sista fem åren. Det gällde exempelvis bukbräck, gallstens- och gallblåseinflammation samt medfödda hjärtmissbildningar.

Vad gäller stroke var skillnaderna mellan män och kvinnor på ungefär samma nivå som beträffande den totala dödligheten, med dödstal för män som var cirka 1,7–1,8 gånger högre än för kvinnor. Motsvarande gällde i början av perioden även kronisk luftrörskatarr och emfysem. Här var skillnaderna emellertid mycket små i slutet av perioden.

Bland sjukvårdsindikatorerna fanns stora skillnader mellan könen, framför allt vad gäller sår i magsäck och tolvfingertarm (riskkvot 1,9–2,9), diabetes (riskkvot 1,8–2,0), samt under vissa perioder Hodgkins sjukdom (riskkvot 1,4–2,8). För dem gällde att dödstalen var högre bland män än bland kvinnor.



Figur 2. Gallblåseinflammation; Figur 3. Lungcancer; Figur 4. Lungemfysem; Figur 5. Stroke.

Källa: Westerling. (Siffrorna avser s.k. glidande medelvärden fram t.o.m. 2001.)

Den kraftigaste minskningen av könsskillnader beträffande åtgärdbar dödlighet gällde gallsten och gallblåseinflammation (figur 2), lungcancer (figur 3), samt kronisk luftrörskatarr och lungemfysem (figur 4). Vad gäller gallsten och gallblåseinflammation samt kronisk luftrörskatarr och lungemfysem minskade dödstalen signifikant bland män men inte bland kvinnor. Här minskade skillnaderna med i genomsnitt mellan 3 och 5 procent per år. Motsvarande trend återfanns för stroke, men här var förändringarna små (i genomsnitt 0,6 procent per år) (figur 5).

Beträffande lungcancer ökade dödstalen kraftigt bland kvinnorna under perioden, medan motsvarande dödstal minskade bland männen. Vad gäller motorfordonsolyckor ökade istället skillnaden mellan könen under perioden. Dödstalen minskade för båda könen men nedgången var relativt sett större för kvinnor än för män (nedgång sex procent per år för kvinnor jämfört med fyra procent för män).

När det gäller levercirrhos, självmord eller självtillfogad skada (där man är oviss om uppsåtet), astma, medfödda hjärtmissbildningar, kronisk reumatisk hjärtsjukdom och tuberkulos minskade dödstalen parallellt under perioden för både män och kvinnor.

Slutsatser

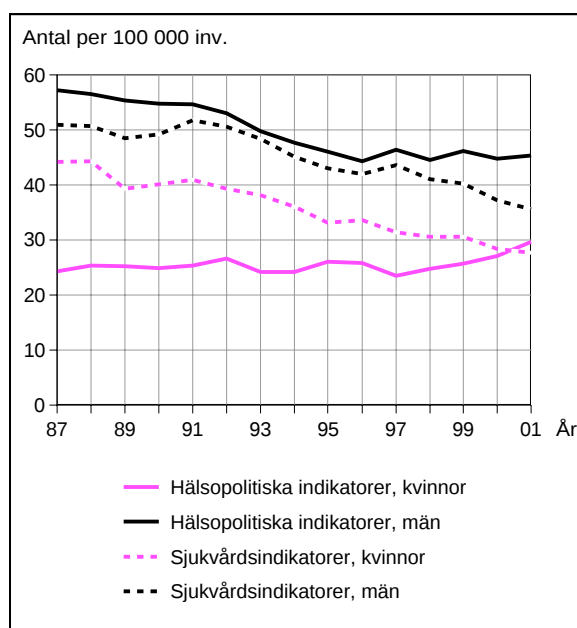
Enligt en tidigare studie från perioden 1971–94 hade skillnaderna mellan könen försvunnit helt när det gällde vissa sjukdomar, såsom astma, bakteriell hjärnhinneinflammation och kronisk reumatisk hjärtsjukdom [8, 9]. När utvecklingen följts till år 2001 visade det sig att skillnaderna under senare delen av perioden försvunnit även när det gällde medfödda hjärtmissbildningar, bukbräck samt gallsten och gallblåseinflammation. Det är sjukdomar där den tekniska utvecklingen i hälso- och sjukvården bör vara av betydelse, exempelvis vad avser kirurgiska ingrepp.

Könsskillnaderna minskade också signifikant vad gäller kronisk luftrörskatarr och lungemfysem samt stroke, även om förändringen inte var så kraftig i det senare exemplet. För att komma åt dessa sjukdomar är preventiva insatser betydelsefulla. Det rör sig här om stora patientgrupper som många gånger haft lång kontakt med sjukvården. Hälso- och sjukvården bör därför ha haft möjlighet att exempelvis samtala med dem om rökning och kostvanor.

Även vad gäller lungcancer minskade könsskillnaderna, men det förklarades av att dödstalen ökade kraftigt för kvinnorna. Den ökade rökningen bland kvinnor de senaste årtiondena har haft en negativ effekt på folkhälsan [10, 11]. Eftersom lungcancer är en vanlig sjukdom, innebär detta att trenden för de hälsopolitiska indikatorerna sammanlagt visar en ökad dödlighet bland kvinnor, till skillnad från en minskad dödlighet bland män (figur 6) [12].

När det gäller övriga hälsopolitiska indikatorer fanns också stora könsskillnader. Den största skillnaden gällde cancer i matstrupen, med dödstal som var cirka fyra gånger högre bland män än bland kvinnor. För denna cancerform är såväl rökning som hög alkoholkonsumtion viktiga riskfaktorer. Att mäns dödstal för levercirrhos är så höga jämfört med kvinnors pekar ytterligare på könsskillnaden i alkoholrelaterad dödlighet. Även vad gäller

våldsamma dödsfall såsom motorfordonsolyckor och självmord återfanns klart högre dödstal bland männen.



Figur 6. Mäns och kvinnors dödlighet i sjukvårdsindikatorer respektive hälsopolitiska indikatorer. 1987–2001.

Källa: EpC.

Tidigare rapporter har visat att de största socioekonomiska skillnaderna vad gäller åtgärdbar dödlighet fanns bland män och handlade om sjukdomar som är möjliga att förebygga [13]. En aktuell svensk studie av alkoholrelaterade dödsfall pekar dock på att de i sig bidrar till de socioekonomiska skillnaderna när det gäller de totala dödstalen för både män och kvinnor, även om de största socioekonomiska skillnaderna finns bland männen [14]. När det gäller diabetes förefaller, enligt en svensk studie, de sociala skillnaderna i dödstal vara större bland kvinnor än bland män [15].

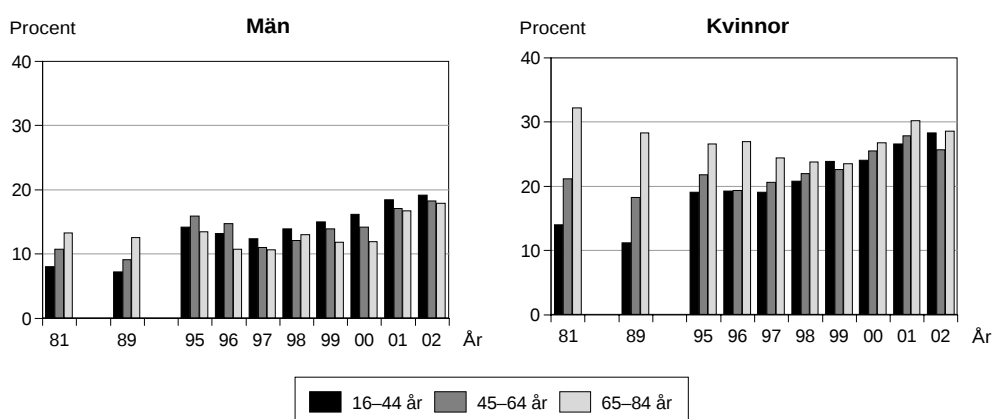
Minskade dödstal för sjukdomar som är möjliga att behandla kan inte alltid säkert kopplas till förbättrade behandlingsresultat [16]. En alternativ eller bidragande förklaring kan vara att det är färre personer som har sjukdomen och riskerar att avlida på grund av den. För de dödsorsaker som går att åtgärda med förebyggande insatser gäller inte detta resonemang. I de fall minskade dödstal återspeglar en minskad förekomst av sjukdomen ifråga är det en indikation på att de förebyggande insatserna givit goda resultat [17].

Det är främst inom det förebyggande och folkhälsoinriktade området som de stora skillnaderna mellan män och kvinnor kvarstår. Enligt de nyligen antagna nationella folkhälsomålen ställs krav på hälso- och sjukvården att arbeta mer hälsoinriktat och att samarbeta om folkhälsan med andra sektorer i samhället [18]. Det finns också stöd i hälso- och sjukvårdslagen för en sådan bredare syn på hälso- och sjukvårdens uppgift [19]. Erfarenheterna från de mer avgränsade sjukvårdsindikatorerna visar att könsskillnader som gäll-

er åtgärdbar dödlighet faktiskt går att minska och till och med få bort. Det blir därför en utmaning för hälso- och sjukvården och andra aktörer inom folkhälsoarbetet att uppnå motsvarande positiva resultat även på bredare förebyggande fält [20].

Nedsatt psykiskt välbefinnande

De senaste decenniernas största förändringar av människors upplevelse av sin hälsa gäller psykiskt välbefinnande [21]. I de återkommande ULF-undersökningarna har kvinnor i samtliga åldersgrupper ända sedan 1980-talet rapporterat mer *ängslan, oro och ångest* än män. År 2002 uppgav 26 procent av kvinnorna och 16 procent av männen att de hade besvär med ängslan, oro eller ångest. Svåra besvär hade 6 procent av kvinnorna och 3 procent av männen (figur 7).



Figur 7. Andelar av befolkningen som uppger sig besvär av ängslan, oro eller ångest. Per kön och ålder. Förändringar från 1980/81 till 2001/02 i Sverige.

Källa: Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2003.

Två grupper vars psykiska välbefinnande är betydligt sämre än andras är kvinnor med utlandsfödda föräldrar samt ensamstående kvinnor med barn. De utgjorde redan på 1980-talet den största andelen av dem som led av ”svår ängslan, oro eller ångest”, och situationen har försämrats mer för dem än för andra grupper under 1990-talet. Det bör dock noteras att gruppen med utrikesfödda föräldrar har förändrats över tiden när det gäller t.ex. ursprungsland och orsaker till invandring, och omfattar således kvinnor med olika bakgrund på 1980-talet och 1990-talet.

Självrapporterad ängslan, oro och ångest innebär en ökad risk att avlida inom fem år. De som uppgivit svåra besvär av ängslan, oro eller ångest löper cirka två och en halv gång så stor risk som andra att avlida de närmaste fem åren efter frågetillfället. Risken för dem som lider av lätta besvär är omkring en och en halv gång så stor. Den ökade dödsrisken återfinns bland annat när det gäller hjärt-kärlsjukdomar och självmord.

Den ökade dödsrisken gäller både män och kvinnor och både lätt och svår ängslan. Däremot kan riskökningen vara större bland män än kvinnor. Närmare könsspecifika analyser av sambandet mellan nedsatt psykiskt välbefinnande och risken att avlida görs på Socialstyrelsens epidemiologiska centrum.

Barns och ungdomars psykiska hälsa

Barns och ungdomars hälsa är genomgående mycket tillfredsställande i Sverige, och i internationella studier uppskattar de själva sin hälsa som mycket god och generellt sett som bättre än i övriga länder i Europa. Det finns heller inga särskilda könsskillnader vare sig när det gäller sjuklighet eller behandling av olika slag. Små pojkar har dock något högre sjuklighet än små flickor både när det gäller infektioner och allergisjukdomar [22]. Precis som för vuxna är läkemedelsförskrivning en vanlig behandlingsstrategi. Systematiska översikter över barns läkemedelsanvändning förekommer relativt sparsamt i litteraturen. Detta beror delvis på att barn relativt sett inte är den grupp som får mest läkemedel. I den mån läkemedel förskrivs, är ett problem att det vetenskapliga underlaget om vilka effekter läkemedel har på barn ofta är sämre.

Några studier har undersökt hur små barn på neonatalavdelningar behandlas med läkemedel. I en av dessa studier där bland annat svenska kliniker ingick, konstaterade man att två av tre barn behandlades med läkemedel som inte var godkända för behandling av den åldersgruppen. Inga särskilda aspekter på kön finns i detta fall, utan här handlar det snarare om att få fram säkra principer för behandling av mycket små barn överhuvudtaget [23, 24].

Oroande trend bland flickor

När det gäller psykisk hälsa finns det däremot oroande tecken. Det gäller framför allt flickor som i olika undersökningar de senaste 10–15 åren i ökande grad rapporterat om psykosomatiska symtom såsom huvudvärk och ont i magen. Också självrapporterad psykisk ohälsa som t.ex. ängslan och oro har ökat. Självskadebeteende hos unga flickor har också uppmärksamats i samhällsdebatten på senare tid. I januari lämnade Socialstyrelsen ett underlag till regeringen som belyste denna problematik [25].

Förekomsten av psykisk ohälsa bland unga

Det går att konstatera att förskrivningen av antidepressiva medel och i viss mån sömnmedel ökar bland barn och tonåringar. Detta har diskuterats och beskrivits i bland annat rapporten från Socialstyrelsen [26]. Motsvaras den ökade förskrivningen av en faktiskt ökad sjuklighet? Detta är förstås en mer intressant fråga ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv än att bara titta på användningen av läkemedel. Har förekomsten av depression och andra psykiska problem bland barn och tonåringar, och särskilt flickor och unga kvinnor, ökat i Sverige?

Det är svårt att på ett enkelt sätt besvara denna fråga. En fjärdedel av Sveriges befolkning utgörs av barn och tonåringar. Hälso- och sjukvården har en ganska god kunskap om depressioner bland dessa grupper. Uppsalaundersökningen av 16–17-åringar visade att 8,9 procent av flickorna och 2,3 procent av pojkarna led av egentlig depression [27]. Det är siffror som stämmer ganska väl med internationella undersökningar. Även om ungdomars självskattning av sin psykiska hälsa visar att ohälsan ökat något (SCB:s ULF-undersökningar och Rapport från samhällsmedicinska enheten Stockholms läns landsting 2002:6), så finns det inga belägg för att egentlig depression ökar. Enligt den barnpsykiatriska utredningen 1998 (SOU 1998:31) var förekomsten av barnpsykiatriska diagnoser följande:

Tabell 4. Förekomsten av barnpsykiatriska diagnoser.

	Förekomst %	Ålder	Pojkar/flickor
Ångest	4–5	7–16	1 : 1
Tvångstankar	1	6–17	1 : 1
Egentlig depression	0,3	2–6	1 : 1
	2	8–9	1 : 1
	5	13–17	1 : 3

Källa SOU 1998:31.

Själv mord bland unga i Sverige

En minskning av antalet självmord bland ungdomar mellan 20 och 24 år noterades redan i slutet av 1980-talet. Antal självmord varierade då mellan 110 och 140 självmord om året, mot 65–70 idag. Minskningen har hittills varit mest uttalad bland unga män. Enligt den senaste uppgiften från Socialstyrelsen år 2000 tog 55 män och 10 unga kvinnor livet av sig (själv mordstal 20,9 respektive 3,9 per 100 000). Den psykiska ohälsan i denna åldersgrupp skiljer sig inte mycket från vuxnas i allmänhet, och en ökad användning av antidepressiva läkemedel kan ha bidragit till lägre självmordstal. SSRI-preparat (serotoninåterupptagshämmare) introducerades på 1990-talet och användningen ökade efter 1995. Förskrivningen av SSRI till unga kvinnor är dubbelt så hög som till unga män. Totalt sett har en ändrad attityd till psykisk ohälsa, tidigare upptäckt av depressioner, en mer lättillgänglig vård och bättre behandlingsmöjligheter troligen bidragit till minskningen av självmordstalen bland unga i åldersgruppen 20–29 år.

I den yngsta åldersgruppen – barn och ungdomar under 19 år – är självmorden få och den slumpmässiga variationen kraftig från ett år till ett annat. Uppdelat på femårsklasser blir medeltalet självmord per år bland 10–14-åringar 3–5 om året under den senaste 25-årsperioden, huvudsakligen pojkar. I åldersgruppen 15–19 år är könskvoten mer utjämnad. År 2000 avled 22 pojkar och 19 flickor av självmord, med självmordstalen 8,4 respektive 7,7 per 100 000. Beräkningar för de senaste 25 åren har inte visat någon större ökning eller minskning av självmordstalen i denna åldersgrupp, till skillnad från andra åldrar.

Själv mordsförsök

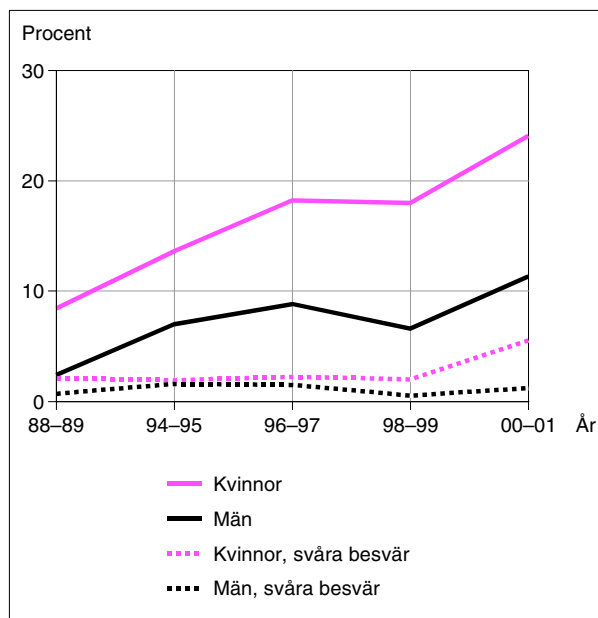
Statistik över själv mordsförsök hämtas ur patientregistret vid Socialstyrelsen och täcker alla personer som läggs in på sjukhus för sjukhusvård. Avsiktligt självdestruktiva handlingar och skadehändelser med oklar avsikt ingår i dessa uppgifter. Själv mordsförsöken har ökat bland tonåringar av båda könen på senare år, men ökningen är mest markant bland flickor i åldern 15–18 år. Det är dock inte självklart att det handlar om en verklig ökning. Sannolikt beror en stor del av ökningen på att det smärtstillande läkemedlet paracetamol används mer. Vid överdosering av krävs nämligen observation på sjukhus på grund av risken för leverskador.

Självrapporterad psykisk ohälsa

I ULF-undersökningen ingår sedan 1980 en fråga som lyder: "Har du under det senaste året upplevt problem med oro, ångslan eller ångest?" Nedan redovisas resultatet när det gäller gruppen 16–19-åringar. Tendensen som illustreras i figuren är att det inträffat en ökning av självrapporterade psykiska besvär, särskilt bland unga kvinnor, sedan frågan togs med 1980.

Figur 8. Besvär av ångslan, ångest eller oro. Åldersgrupp 16–19 år.

Källa: ULF-undersökningen.



Hur tas dessa problem omhand i hälso och sjukvården? Läkemedel till unga förskrivs till största delen inom barnpsykiatri. Det är alltid viktigt att läkemedel förskrivs på tydliga indikationer, men när det gäller antidepressiva och lugnande medel till barn och tonåringar är detta särskilt viktigt, eftersom det vetenskapliga underlaget ifråga om effekter och biverkningar i dessa åldersgrupper är relativt begränsat. Det går inte att bortse från att det finns en risk för medikalisering av existentiella problem, särskilt unga kvinnors. Detta kan vara speciellt destruktivt när det handlar om unga människors första möte med psykiatrisk verksamhet. Även från ett medicinskt perspektiv är detta ett viktigt argument. En annan viktig aspekt är att det finns vissa risker förknippade med att ge läkemedel till unga som växer och utvecklas biologiskt.

Ett tungt vägande skäl för behandling med SSRI-preparat är att minska risken för självmord och självmordsförsök. Det är inte möjligt att med hjälp av tillgänglig statistik avgöra i vilken utsträckning det förekommer överförskrivning eller underförskrivning av antidepressiva läkemedel till barn och ungdomar i det sammanhanget. Erfarenheter från psykiatrisk klinisk praxis tyder på att det förekommer att ungdomar som är djupt deprimerade och kanske till och med självmordsbenägna inte får tillräcklig behandling. När det gäller behandlingseffekt på barn och tonåringar visar dock SBU:s senaste sammanställning att effekten sammantaget är av tveksamt värde för barn och tonåringar [28]. Även om det finns medicinska skäl att behandla med läkemedel vid svårare depressioner är det också fullt möjligt att de ordinerar på indikationer som borde behandlas på annat sätt.

Skolhälsovården har en viktig uppgift att fylla när det gäller att fånga upp barn och ungdomar med psykiska problem på ett tidigt stadium och se till att stödinsatser ges på rätt nivå. Ytterligare en uppgift för en aktiv skolhälsovård är att lära unga människor hur man känner igen och kan tackla hälsoproblem såsom sömnproblem, smärt- och värtillstånd och psykiska sjukdomar, utan att använda läkemedel. En skolhälsovård som tar ett aktivt ansvar för en välutformad hälsoundervisning, kan ha en roll när det gäller att förhindra att unga ser medicin som den första åtgärden vid olika hälsobekymmer, och t.ex. lära dem att hantera värk och oro på annat sätt.

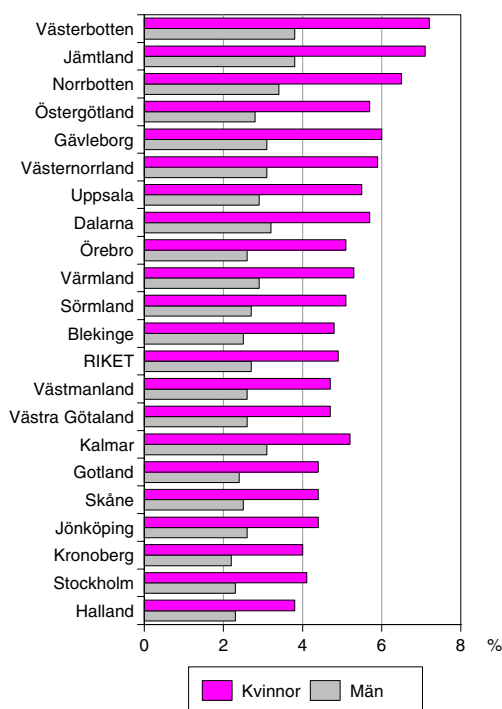
Flera aktuella undersökningar pekar på brister när det gäller hur barn och ungdomar med medicinska problem bemöts, framför allt när det gäller psykisk ohälsa. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa gjorde år 2002 en enkätundersökning som omfattade 10 000 rektorer på högstadie- och gymnasieskolor i Sverige. Resultaten visade att det i stor utsträckning saknas beredskap och kompetens för att på ett tidigt stadium fånga upp elever med psykisk ohälsa. Aktuella undersökningar från Socialstyrelsen som relativt nyligen studerat skolhälsovården, pekade också på brister när det gäller medicinsk kompetens [29, 30]. Granskningarna visade vidare att de som arbetade i vården hade en stressig arbetssituation, och att skolpsykologerna var för få eller saknades helt på vissa skolor. Socialstyrelsen avser att under 2004 publicera ett basprogram för skolhälsovården, och att i detta särskilt betona vikten av att fånga upp problem med psykisk ohälsa.

Nedsatt arbetsförmåga och sjukfrånvaro

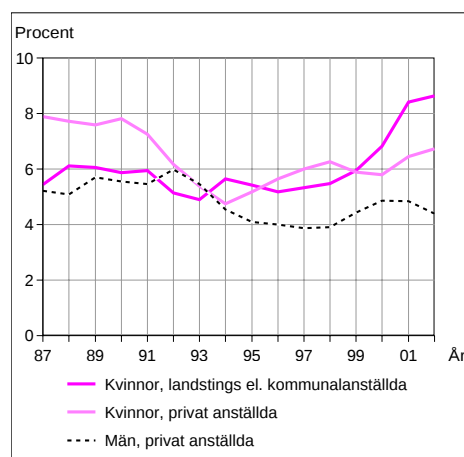
De senaste fem åren har *långtidssjukfrånvaron* ökat mer bland kvinnor än bland män, oavsett om man följer sjukfrånvaron mer än 30 dagar eller mer än 365 dagar. Det finns stora regionala variationer härvidlag (figur 9). Även könsskillnadens omfattning varierar de olika landstingen/regionerna emellan. Om en persons sjukdom innebär *nedsatt arbetsförmåga* beror det naturligtvis inte bara på sjukdomstillståndet utan också på vilka krav på funktionsförmåga som arbetet ställer. Enligt ULF-undersökningarna är det framför allt personer som uppgivit psykiska symtom och ryggvärk som också uppger nedsatt arbetsförmåga pga. sjukdom, vilket överensstämmer med de två vanligaste orsakerna till långvarig sjukskrivning och förtidspensionering.

Den andel som uppger sig ha i hög grad nedsatt arbetsförmåga p.g.a. sjukdom har ökat särskilt mycket bland landstings- och kommunanställda kvinnor (figur 10). Det är också bland dessa kvinnor som långtidssjukskrivningarna har ökat kraftigt sedan 1997. I denna sektor arbetade år 2002 46 procent av alla kvinnor mellan 20 och 64 år. Bland män i privat sektor, där 81 procent av männen arbetar, har utvecklingen varit betydligt gynnsammare.

Som framgått ovan är värk en viktig orsak till nedsatt arbetsförmåga. Värk har också ett starkt samband med hur individen uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd. Svår värk i rörelseorganen är vanligare på landsbygden än i storstadsregionerna, ett regionalt mönster som funnits sedan 1980-talet (figur 11). Bland kvinnor har svår värk blivit allt vanligare under 1990-talets senare del. En ökning i slutet av 1990-talet finns också bland män i storstadsregionerna.

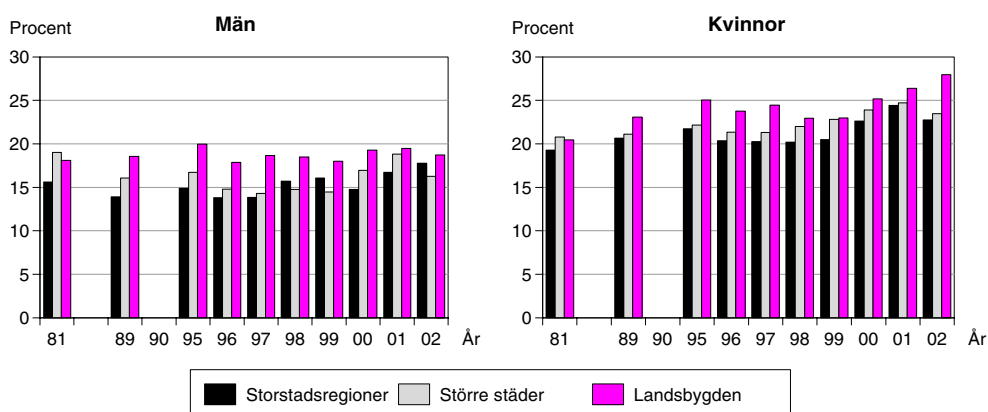


Figur 9. Långtidssjukfrånvaro (365+ dagar) per landsting och kön. 2002.
Källa: RFV.



Figur 10. Andel av befolkningen i åldersgruppen 20–64 år som uppger sig ha nedsatt arbetsförmåga pga. sjukdom. Per kön och arbetsgivarkategori. 1987–2001.

Källa: Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2003.



Figur 11. Andel av befolkningen som uppger sig ha svår värk i muskler och leder. Per kön och typ av region. 1981–2002.

Källa: Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2003.

Värk är betydligt vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. En stor del av de regionala skillnaderna när det gäller förekomsten av värk kan således förklaras av skillnader i socioekonomisk struktur, med fler arbetare än tjänstemän på landsbygden än i storstadsregionerna.

3.2 Vårdutnyttjande och kostnader

Samhällets kostnader för all sjuklighet

Samhällets kostnader för all sjuklighet har beräknats till 550 miljarder kronor för år 2002, se tabell 1. Det framgår av tabellen att samhällets kostnader för sjukskrivning, 188 miljarder kronor, är lika stora som de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. Då ingår inte bara de *direkta* kostnaderna utan också produktionsbortfall till följd av sjukdom, s.k. *indirekta* kostnader. Dessa beräknas som lönekostnader inklusive sociala avgifter som samhället går miste om när en person inte arbetar. Totalsiffran kommer från ett föredrag av Ulf Persson: *Hur påverkar sjukskrivningarna samhällsekonomi?* [1]. Vi har gjort egna bearbetningar av Perssons totalkostnader för att kunna göra en uppdelning på kön. De indirekta kostnaderna för förtidspension och sjukskrivning har fördelats på kvinnor och män utifrån Riksförsäkringsverkets statistik för utbetalningar. Sjukvårdens kostnader, inklusive läkemedel, har kombinerats med könsuppdelad statistik från Region Skåne (2003). Mortalitetskostnaderna (kostnader för dödsfall) har fördelats utifrån SCB:s lönestatistik. Med detta som underlag har vi kommit fram till att kostnaderna för kvinnorna är 19 procent högre än männens, eller 299 respektive 251 miljarder. Kvinnorna ligger högre än männen på alla delposter utom mortalitetskostnaden, vilket beror på att kvinnor har lägre lön än män.

Tabell 1. Samhällets kostnader för all sjuklighet 2002.
Miljarder kronor i 2002 års priser.

Kostnader	Kvinnor	Män	Totalt
Mortalitet (dödlighet)	16	24	40
Förtidspension	71	63	134
Sjukskrivning	109	79	188
Sluten/öppen vård	87	72	159
Läkemedel	16	13	29
Totalt	299	251	550

Källa: Persson (2003) och egna beräkningar baserade på uppgifter från Riksförsäkringsverket, SCB och Region Skåne.

Ohälsotalet

Ohälsotalet är inte ett mått på befolkningens totala ohälsa utan ett försäkringsmått, d.v.s. ett mått på socialförsäkringens utbetalning av ersättning för inkomstbortfall vid ohälsa. Detta mått definieras som antalet ersatta dagar i form av sjukpenning/rehabilitering och sjuk/aktivitetsersättning (förtidspension) per invånare i åldern 16–64 år. Ohälsotalet uppgick i genomsnitt till 43,2 dagar 2003: 51,9 dagar för kvinnor och 34,7 dagar för män. Det är emellertid stora regionala variationer: från 36–37 dagar i Kronobergs, Stockholms, Hallands och Jönköpings län till 55–56 dagar i Västerbottens, Jämtlands och Norrbottens län. Sjukförsäkringens ersättningar uppgick till 108 miljarder kronor 2003, varav sjukpenning 44,6, rehabiliteringsersättning 2,4 och sjuk/aktivitetsersättning 61,0 miljarder kronor.

Det mest oroväckande när det gäller den nuvarande utvecklingen av sjukfrånvaron är att de som är långvarigt sjukskrivna i alltför liten utsträckning återgår till arbetet. Av dem som varit borta i mer än ett år och vars ärende avslutades under 2003 övergick cirka hälften till sjukersättning. I slutet av 2003 hade 384 000 kvinnor och 259 000 män, totalt 643 000 personer, fått sjukersättning eller varit sjukskrivna mer än ett år. Totalt motsvarade denna grupp sjukfrånvarande i slutet av 2003 11,4 procent av befolkningen i åldern 16–64 år. Av totalt cirka 41 miljarder kronor i *sjukpenning* år 2002 gick 58 procent till kvinnor och 42 procent till män.

Kostnaderna för *förtidspension och sjukbidrag* uppgick år 2002 till 48 miljarder kronor, varav 53 procent till kvinnor och 47 procent till män.

År 2002 utbetalades 28,7 miljarder kronor i form av *ATP*. Kvinnor var 59 procent av *ATP*-pensionärerna och fick 51 procent av det utbetalade beloppet, medan männen var 41 procent av *ATP*-pensionärerna och fick 49 procent av beloppet [2].

Skillnader i mäns och kvinnors behov av vård och omsorg

Män och kvinnor ska ha samma förutsättningar att få sina behov tillgodosedda på ett evidensbaserat och kostnadseffektivt sätt. Det innebär dock inte att män och kvinnor ska ha lika insatser. Både nytta och risker med olika insatser och deras kostnadseffektivitet kan skilja sig åt könen emellan.

För att kunna tillgodose en patients behov måste vårdgivaren känna till dem. Det förutsätter oftast att personen efterfrågar vård. Flera faktorer påverkar i vilken utsträckning det förekommer. Några är – förutom kön – personens utbildning, ålder, kunskap om och förväntningar på de insatser som kan erbjudas, samt hur personen värderar insatsen och dess pris i förhållande till hans/hennes ekonomi. Mötet mellan den som efterfrågar insatser och givaren är sedan utgångspunkten för om den behövande får några insatser, och vilka de i så fall blir. Patientens/brukarens egenskaper, förväntningar, beteenden och beskrivning av behoven påverkar vårdgivarens bedömning. Vårdgivarnas värderingar, beteende och beslutsmönster är andra faktorer som har betydelse för möjligheten att få insatser.

Givet behov, efterfrågan och bedömning av behov behövs effektiva och säkra behandlingsmetoder för att behovet ska kunna tillgodoses. Det förutsätter i sin tur kunskap om mäns respektive kvinnors olika sjukdomar/problem. För att ta fram den kunskapen måste man satsa resurser på forskning och utveckling.

Flera olika faktorer påverkar mäns och kvinnors behov av vård och omsorg. Sociokulturella faktorer inverkar på mäns och kvinnors olika livsvillkor, levnadsvanor och beteende. Arbetsmarknaden är kraftigt könssegregerad. Kvinnor har lägre inkomst och mindre inflytande över sitt arbete. Om man jämför mansdominerade yrken med kvinnodominerade har de kvinnodominerade lägre status, är lägre avlönade, kräver kortare utbildningstid, innebär mindre utvecklings- och karriärmöjligheter, är mer monotona och erbjuder mindre beslutsutrymme [3]. Sjukligheten är lägst i könsintegrerade yrken och högst i extremt könssegrerade yrken.

Kvinnor besöker oftare läkare, sjuksköterska och tandläkare

Kvinnor och män söker vård och omsorg på olika sätt. Det är vanligare att kvinnor besöker läkare/sjuksköterska och tandläkare än att män gör det. En förklaring är behov som rör kvinnors fruktsamhet och barnafödande. Av tabell 2 framgår att drygt 70 procent av kvinnorna och 60 procent av männen besökte läkare/sjuksköterska någon gång under 2001. Kvinnor gick något oftare till tandläkaren än män.

Tabell 2. Procent män respektive kvinnor över 18 år som gör besök hos läkare/sjuksköterska samt män och kvinnor över 20 år som gör besök hos tandläkare 2001.

Antal besök	Läkare/sjuksköterska		Tandläkare	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
0	27	38	29	33
1–3	39	37	59	57
4–	32	23	10	8

Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning.

Det är sedan länge känt även från internationella studier att kvinnor har större vårdutnyttjande än män [4, 5]. Det finns flera förklaringar till detta, t.ex. biologiska och reproduktiva skillnader, större sjuklighet, uppmärksamhet på symtom, större sannolikhet att söka för både förebyggande och botande åtgärder [6].

Bland *biologiska* orsaker till skillnader mellan könen när det gäller vårdutnyttjande brukar det nämnas att män får hjärtsjukdomar 5–10 år tidigare än kvinnor [7].

Kvinnor avstår oftare på grund av avgifter

Kvinnor efterfrågar således hälso- och sjukvård mer än män. Men kvinnor avstår också oftare än män från sjukvård, tandvård och läkemedel på grund av kostnaderna, se tabell 3. Det kan tyckas vara en paradox – de besöker ju vården oftare. En förklaring kan vara att de trots fler besök ändå inte får den vård de anser sig behöva. Kvinnor har lägre inkomst än män och oftare en inkomst under nivån för ekonomiskt bistånd. Men kvinnor avstår oftare än män i samtliga inkomstgrupper. Eftersom kvinnor går oftare till läkare och äter mer medicin har de högre samlade utgifter än män. Högre utgifter i kombination med kvinnors lägre inkomst kan vara en förklaring till att de avstår i högre utsträckning.

Kostnader för mäns och kvinnors hälso- och sjukvård

I Region Skåne samlar man sedan ett antal år tillbaka regelbundet in uppgifter om alla vårdkontakter som patienterna har haft under ett år och kostnadsberäknar dem. Det gäller exempelvis uppgifter om vårdtillfällen, vård dagar, vårdtid, besök samt kostnader fördelade på ålder, kön, kommun och vårdområde. I dagsläget är det bara i Skåne som man kan få fram en totalkostnad med fördelning på bland annat ålder och kön. Detta material låg också till grund för

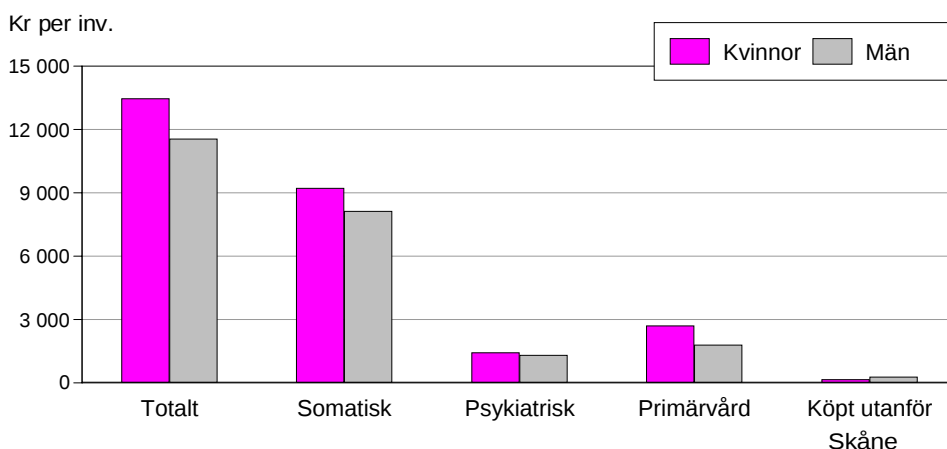
Tabell 3. Procent kvinnor och män i olika inkomstgrupper, i förhållande till biståndsnivån, som avstått helt eller delvis från sjukvård och tandvård 2001 på grund av avgiftens storlek. Personer över 18 år (för tandvård över 20 år).

Disponibel inkomst per konsumtionsenhet i förhållande till biståndsnivån	Sjukvård		Läkemedel		Tandvård	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
1,00–1,24	6,9	5,7	8,6	4,7	25,0	20,0
1,25–1,99	4,0	2,9	4,1	2,8	16,0	16,0
2–	1,5	1,2	1,9	1,3	6,8	6,9
Samtliga	3,5	2,5	3,2	1,9	15,2	14,9

Not. Inkomstnivån relateras till nivån för ekonomiskt bistånd. 1 betyder nivån för ekonomiskt bistånd. Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning.

de analyser som gjordes av Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU 2000). Materialet används också i utjämningsystemet av kostnader i kommuner och landsting [8]. I nedanstående framställning ligger kostnaderna för Skåne till grund för de redovisade kostnadsskillnaderna mellan könen.

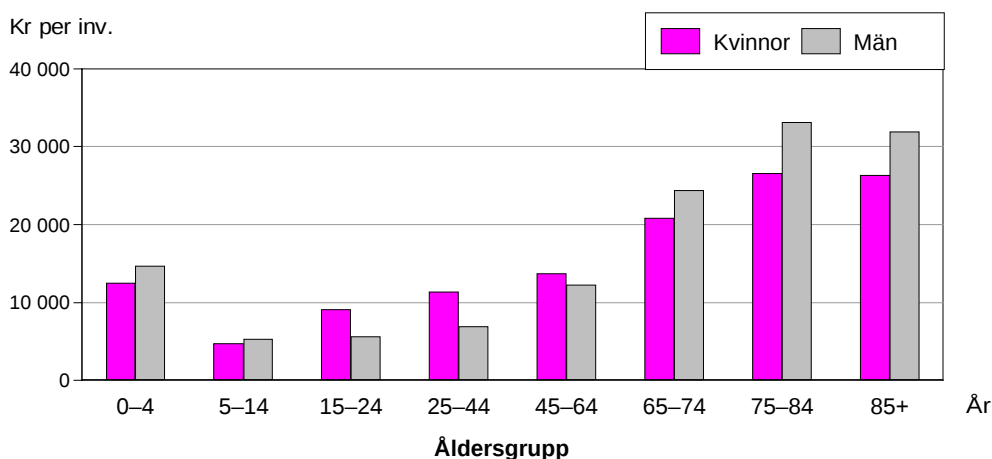
De totala kostnaderna för kvinnornas vård var 20 procent högre än för männen 2002. Detta beror i första hand på kostnaden per invånare, men även på att kvinnorna är flera, speciellt i de äldre åldersgrupperna. Utslaget per invånare kostar kvinnornas vård totalt sett i genomsnitt 16 procent mer än männen, eller 13 442 respektive 11 555 kronor. Även för den somatiska vården och primärvården gäller samma förhållande, medan kostnaderna för den psykiatriska vården fördelar sig ganska lika.



Figur 1. Kostnader för all hälso- och sjukvård i Skåne 2002 per invånare. Källa: Region Skåne (2003).

All hälso- och sjukvård

Som framgår av figur 2 så är kostnaderna för männen hälso- och sjukvård högre per invånare än kvinnors, utom i åldersgruppen 15–64 år, vilket hör samman med bland annat reproduktionen.



Figur 2. Kostnader för hälso- och sjukvård i olika åldersgrupper i Skåne 2002 per invånare. Källa: Region Skåne (2003).

Primärvård

Kostnaderna för primärvården är 56 procent högre för kvinnor än för män. Vad gäller kostnaden per invånare är männens vård dyrare i grupperna 0–4 år och över 85 år. I åldersgrupperna 5–84 år däremot är kostnaderna för kvinnornas vård högre. I genomsnitt kostar primärvården per invånare 2 688 kronor för kvinnor och 1 784 kronor för män.

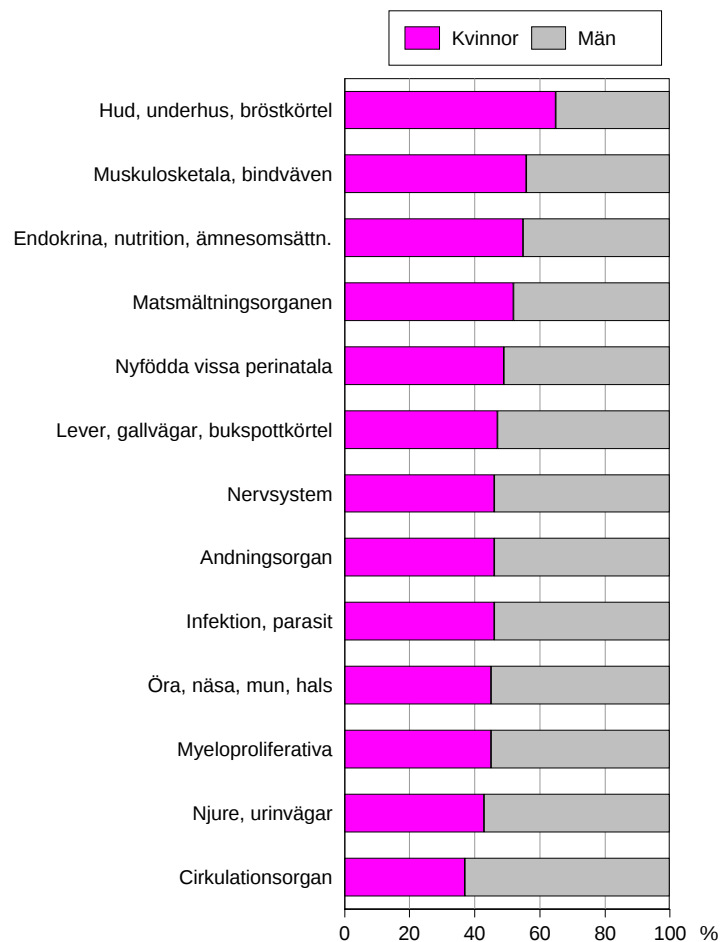
Psykiatrisk vård

I den psykiatriska vården kostar kvinnors vård 11 procent mer än männens. Vad gäller kostnaden per invånare var den i genomsnitt 6 procent högre för kvinnor än för män, eller 1 394 respektive 1 313 kronor per invånare. Den mest påtagliga skillnaden gäller åldersgruppen 15–24 år, där flickors och kvinnors vård kostar 50 procent mer än pojkars och mäns. Sannolikt har denna skillnad att göra med sådana problem som att flickor som skär sig och flickors överrepresentation när det gäller ätstörningar (anorexi och bulimi).

Kostnad för somatisk akutsjukvård

Landstingsförbundet har en databas med patienter som fått somatisk akutsjukvård och som använts för att beräkna kostnaderna individuellt för varje patient, eller KPP (kostnad per patient).

I figur 3 redovisas kvinnors och mäns andelar av kostnaderna för de största sjukdomsgrupperna. Grupperna är ordnade efter andelarnas storlek. Det framgår att kvinnornas andel av sjukvårdskostnaderna varierar från cirka 65 procent av kostnaderna för gruppen *sjukdomar i hud, underhud och bröstkörtel* till 37 procent av kostnaderna för gruppen *cirkulationsorganens sjukdomar*. I de flesta av huvudgrupperna är männens kostnadsandel större än kvinnornas.

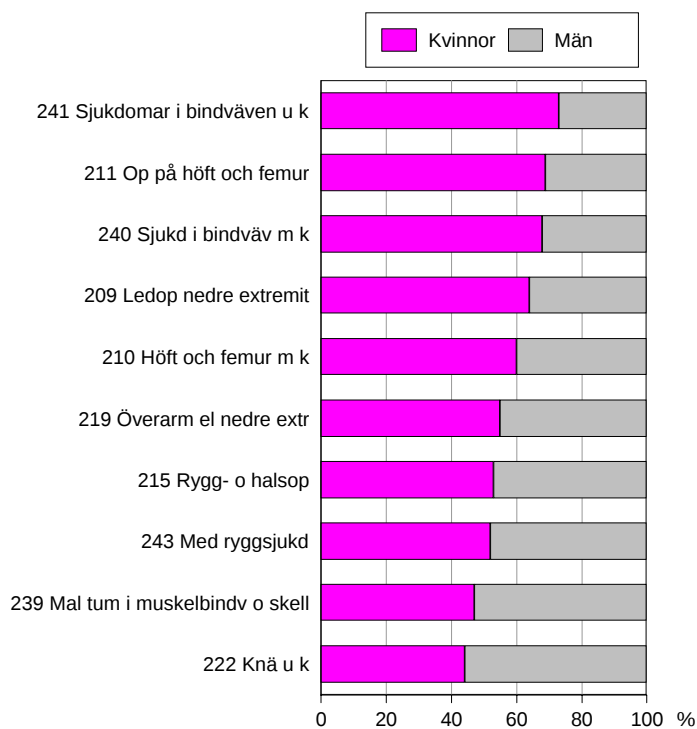


Figur 3. Kostnader för sluten specialistsjukvård i de största diagnosgrupperna (1999–2002).
Källa: Landstingförbundet (KPP).

Den högre kostnadsandelen för kvinnor i gruppen *hud, underhud och bröstkörtel* beror till stor del på att en stor del av kostnaderna gäller bröstcancer, som praktiskt taget enbart drabbar kvinnor.

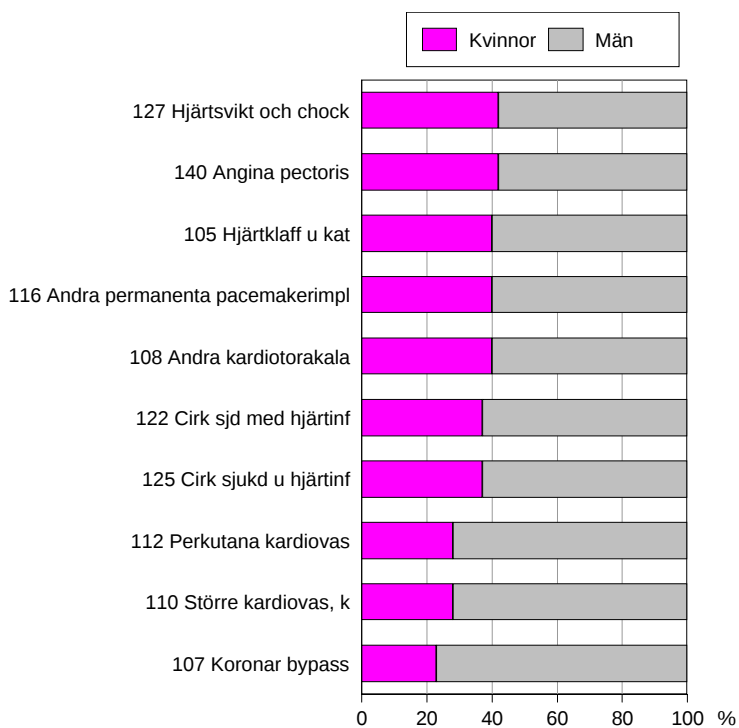
Sjukdomar i det *muskuloskeletal systemet och bindväven*, som är vanliga sjukdomar bland kvinnor, är en annan huvudgrupp där kvinnornas vård svarar för en större kostnadsandel än männens. I figur 4 visas de tio mest resurskrävande diagnosgrupperna i huvudgruppen (av totalt 44 diagnosgrupper). I samtliga diagnosgrupper utom två kostar kvinnors vård mer än mäns. De två undantagen är maligna tumörer i muskelbindväv och skelett samt patologiska frakturer och knäoperationer utan komplikationer.

I figur 5 visas de tio kostnadsmässigt största diagnosgrupperna i gruppen *cirkulationsorganens sjukdomar* och hur kostnaderna är fördelade mellan kvinnliga och manliga patienter. I samtliga grupper avser större delen av kostnaderna mäns vård.



Figur 4. De tio diagnosgrupper (DRG) med högst totalkostnad i gruppen "Sjukdomar i muskulosketala systemet och bindväven" 1999–2002.

Källa: Landstingsförbundet (KPP).



Figur 5. De tio diagnosgrupper (DRG) med högst totalkostnad i gruppen "Cirkulationssjukdomar" 1999–2002.

Källa: Landstingsförbundet (KPP).

En förklaring till de stora kostnadsskillnaderna mellan män och kvinnor vad gäller by-pass-operationer och ballongvidgningar (se figur 5) kan vara att kvinnor har varit dåligt representerade i kliniska försök. Exempelvis framkom det att den kvinnliga andelen bara utgjorde 3,2 procent beträffande kranskärlsoperationer [9] och endast 10 procent vad avser implanterade defibrillatorer [10]. Ett flertal studier har också visat att kvinnor får sämre tillgång till kranskärlsinterventioner, speciellt ballongvidgning, och att kvinnor har en sämre prognos efter by-pass-operationer (CABG). Om detta är en systematisk diskriminering av kvinnor är omdebatterat [11]. Det framgår också att kvinnor med instabil angina får klart färre interventioner men ändå visar bättre resultat sedan man tagit hänsyn till ålder och andra riskfaktorer [12]. Det har också visat sig att skillnaden mellan könen minskar när interventionerna ökar [13], medan däremot de sociala skillnaderna ökar [14]. I en studie från Storbritannien framkom att män dubbelt så ofta fick rehabilitering efter hjärtsjukdom som kvinnor, sedan hänsyn tagits till behov [15].

Studier från Sverige har emellertid kunnat avvisa farhågorna om könsdiskriminering i den akuta hjärtsjukvården, men har istället påvisat en diskriminering av äldre. Det finns en trend till att tidig kranskärlsröntgen utnyttjas i mindre grad när det gäller kvinnor över 65 år. Kvinnor under 65 år får reperfusionsbehandling vid hjärtinfarkt i mindre omfattning och med längre fördröjningstider på sjukhuset än män i motsvarande ålder [16].

Kostnadsskillnader mellan män och kvinnor i kostnadsutjämnings-systemet

I det system som används för att utjämna kostnaderna mellan landstingen utgör kostnadsunderlaget för Region Skåne grunden, eftersom det dels är det enda underlag som finns och som går att använda för denna typ av beräkningar, dels är väl representativt för riket som helhet. En rad *vårdtunga diagnosgrupper* finns representerade: elakartad tumörsjukdom, stroke, inflammatorisk ledsjukdom, artros, ischemisk hjärtsjukdom, höftfraktur, schizofreni och övriga psykoser.

Skillnaden mellan den genomsnittliga vårdkostnadsnivån för män respektive kvinnor har jämnats ut i de vårdtunga diagnosgrupperna år 2000 jämfört med 1998 och närmar sig en jämviktsnivå. Den genomsnittliga kostnaden var 1998 till övervägande delen – i sex av åtta fall – högre för män (upp till 30 procent) i de vårdtunga grupperna.

Efter uppdatering av kostnaderna för år 2000 och rättelse av vissa fel har skillnaderna mellan könen krympt avsevärt. Fyra diagnosgrupper uppvisar numera i princip samma genomsnittliga kostnader för män som för kvinnor och i fyra av diagnosgrupperna är kostnaderna för män högst tio procent högre än för kvinnor – en variation som är betydligt mindre uppseendeväckande än tidigare [8].

Tabell 4. Kostnader för vårdtunga grupper. Män och kvinnor 1998 och 2000.

Vårdtunga diagnosgrupper	Kön	Genomsnittskostnad		Kostnaden för mäns vård i förhållande till kvinnors vård, kvot	
		1998	2002	1998	2002
Elakartad tumör-sjukdom	Män	78 904	94 234	1,14	1,01
	Kvinnor	69 155	93 730		
Stroke	Män	61 286	66 500	1,11	1,05
	Kvinnor	55 183	63 087		
Inflammatorisk ledsjukdom	Män	56 982	70 937	0,93	1,00
	Kvinnor	61 477	71 195		
Artros	Män	49 212	54 558	1,04	0,99
	Kvinnor	47 109	54 963		
Ischemisk hjärt-sjukdom	Män	58 643	64 531	1,10	1,10
	Kvinnor	53 520	58 534		
Höftfraktur	Män	53 170	57 290	1,29	1,10
	Kvinnor	41 070	52 121		
Schizofreni	Män	193 795	207 964	1,22	1,09
	Kvinnor				
Övriga psykoser	Män	81 836	87 586	0,90	1,00
	Kvinnor				

Källa: Betram (2003).

I tabell 5 framgår motsvarande kostnadsskillnader för *icke vårdtunga grupper*. Vad gäller patienter utan inkomst (0-inkomsttagare) är den genomsnittliga kostnaden nästan lika för män och för kvinnor. Beträffande personer med inkomst under medianen respektive över medianen är den genomsnittliga sjukvårdskostnaden betydligt lägre för män än för kvinnor, 20 respektive 30 procent. Skillnaden mellan inkomstgrupperna kan med all sannolikhet förklaras av skillnader i livsstil, utbildningsnivå och arbetsmiljö. De mest slitsamma jobben är oftast lägre betalda [8].

Skillnaden mellan könen kan framförallt bero på att det finns så många fler kvinnor i de högsta åldrarna, där sjukvårdskostnaderna är så mycket högre [8].

Tabell 5. Kostnaderna för *icke vårdtunga grupper*. Män och kvinnor 1998 och 2000.

Icke vårdtunga grupper	Kön	Genomsnittskostnad		Kostnaden för mäns vård i förhållande till kvinnors vård, kvot	
		1998	2002	1998	2002
0-inkomsttagare	Män	4 561	4 736	1,03	1,00
	Kvinnor	4 414	4 742		
Personer med inkomst under medial	Män	5 729	6 765	0,78	0,82
	Kvinnor	7 318	8 217		
Personer med inkomst över median	Män	3 913	4 708	0,68	0,72
	Kvinnor	5 755	6 575		

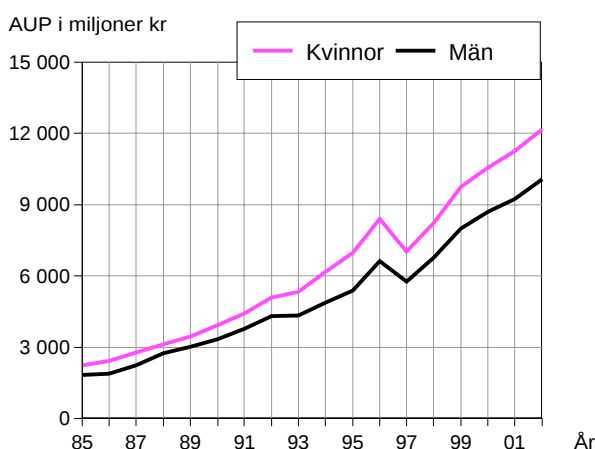
Källa: Betram (2003).

Kostnader för och användning av läkemedel – skillnader mellan könen

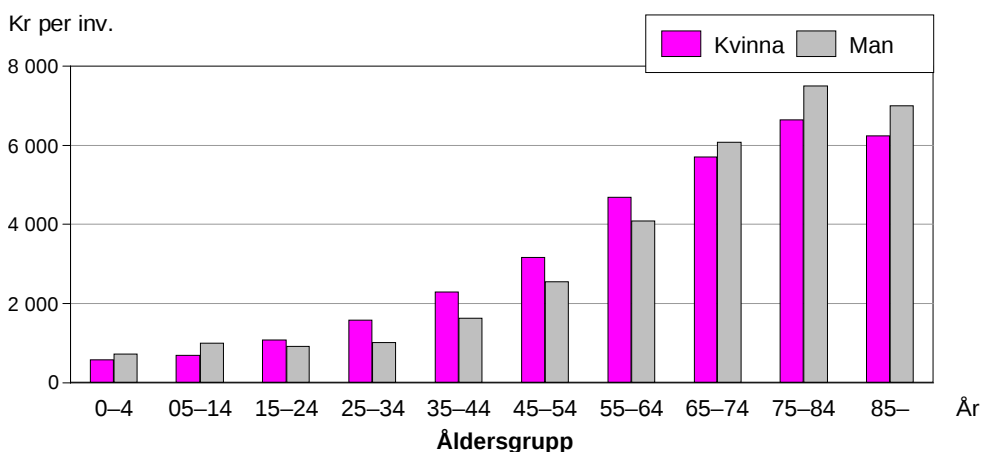
Läkemedel är den vanligaste behandlingsformen i primärvården. De skrivs ut till och används i allt större omfattning av både kvinnor och män. Många grupper av läkemedel förskrivs i högre grad till kvinnor än till män. De mest markanta skillnaderna gäller läkemedel mot depression och annan psykisk ohälsa och läkemedel mot smärta. Det förskrivs betydligt mer av dessa läkemedel till kvinnor än till män.

Den totala kostnaden per år för kvinnornas läkemedel är högre än för männens. Som framgår av figur 6 har kvinnornas läkemedel kostat mer sedan mitten av 80-talet. Skillnaderna har dock ökat på senare år. 2003 kostade kvinnornas läkemedel 22 procent mer än männens (10,5 miljarder kronor respektive 8,6 miljarder kronor).

Figur 6. Utvecklingen av kostnaderna för mäns och kvinnors läkemedel mellan 1985 och 2003. Läkemedel uthämtade mot recept. Apotekets priser (s.k. utförsäljningspris).



Som framgår av figur 7 är läkemedelskostnaderna för kvinnorna per individ räknat högre än för männen i åldersspannet 15–64 år. Skillnaderna är dock inte stora. Kvinnornas totalt högre läkemedelskostnader beror till stor del på att de är fler i de äldsta åldersgrupperna, som ju är stora konsumenter av läkemedel.



Figur 7. Läkemedelskostnad för män respektive kvinnor per invånare i olika åldersgrupper. Läkemedel uthämtade mot recept.

Kvinnor får mer läkemedel än män

Att bara undersöka kostnader när man vill studera läkemedelsanvändningen har ett begränsat värde. Läkemedelspriserna förändras ständigt, främst på grund av kontinuerlig introduktion av synonympreparat, nya förpackningar, nya beredningsformer och parallellimporterade läkemedel. Därmed ändras också kostnaderna. Om man vill ha en bild av läkemedelsanvändningen också ur medicinsk synvinkel, brukar man använda måttenheten DDD, som är bestämd av WHO och motsvarar den förmodade genomsnittliga dygnsdosen då ett läkemedel används av en vuxen person på läkemedlets huvudindikation.

Totalt förskrivs ungefär 60 procent av alla dygnsdoser läkemedel till kvinnor. Den största skillnaden mellan män och kvinnor återfanns i Kronoberg, där kvinnor förskrevs 66 procent av alla dygnsdoser, och den minsta på Gotland, där kvinnor förskrevs 60 procent av alla dygnsdoser. Skillnaderna mellan landstingen är alltså små.

Att det förskrivs mer läkemedel till kvinnor kan delvis förklaras av vissa könsspecifika förhållanden, t.ex. att kvinnor använder preventivmedel, behöver läkemedel i samband med graviditet, samt får östrogener vid menopaus. Men även om man utesluter p-piller och östrogenbehandling, förskriver läkare fler läkemedel till kvinnor än till män. Olika sjukdomsförekomst är också en faktor som delvis förklarar att kvinnors och mäns läkemedelsanvändning skiljer sig åt. Kvinnor har en högre förekomst av vissa sjukdomar, som sköldkörtelsjukdomar, autoimmuna sjukdomar (t.ex. reumatiska sjukdomar) och multipel skleros [17].

Undersökningar tyder på att det inte bara är kvinnors större benägenhet att söka vård som bidrar till större läkemedelsanvändning. Amerikanska studier har visat att sannolikheten att en kvinna som söker vård också lämnar mottagningen med ett recept är större än att en man gör det. Detta har framför allt studerats när det gäller utskrivningen av lugnande och antidepressiva läkemedel [18].

Det mönster som kan urskiljas när man studerar de mest förskrivna läkemedlen till män och kvinnor stämmer med det som uppvisas i övriga västländer, och illustrerar till en del de stora folkhälsoproblemen i industriländerna. I svenska folkhälsorapporter brukar framför allt sex grupper av sjukdomar betraktas som folkhälsoproblem: hjärt-kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, cancer, rörelseorganens sjukdomar, skador (inklusive självmord) och allergier (inklusive astma) [17].

I tabell 6 visas vilka tio läkemedelsgrupper som kostade mest för män respektive kvinnor 2003. Flera av läkemedelsgrupperna fanns med på båda listorna, men det var delvis olika grupper som bidrog till de höga kostnaderna för män respektive kvinnor. På männens lista hittar man medel mot koagulationssjukdomar, vilket helt enkelt beror på att vissa blödersjukdomar nästan uteslutande förekommer bland män. Av de sex gemensamma läkemedelsgrupperna hade kvinnor högre kostnader än män för antidepressiva medel, medel mot magsår och astma, immunsuppressiva medel, samt beta-receptorblockerande medel mot högt blodtryck. Män hade högre kostnader för läkemedel mot höga blodfetter. Läkemedel mot depression, magsår samt höga blodfetter fanns med bland de tre mest kostsamma grupperna när det gällde både män och kvinnor.

Tabell 6. De tio mest kostsamma läkemedelsgrupperna uttagna på Apotek under år 2003, mätt som total kostnad i apotekets priser (s.k. utförsäljningspris; AUP) per invånare. Markerade läkemedelsgrupper är gemensamma för båda listorna.

Män	Kronor per inv	Kvinnor	Kronor per inv
1. Medel mot höga blodfetter	142	1. Medel mot depression	201
2. Medel mot depression	105	2. Medel vid magsår och andra syrarelaterade magproblem	138
3. Medel vid magsår	104	3. Medel mot höga blodfetter	108
4. Medel mot koagulationsrubbningar	102	4. Medel mot astma	102
5. Insuliner mot diabetes	84	5. Medel mot smärta och inflammation (antiinflammatoriska/antireumatiska medel)	88
6. Medel mot astma	76	6. Immunsuppressiva medel*	87
7. Blodanalysmaterial	64	7. Cytokiner och immunmodulerande medel**	85
8. Immunsuppressiva medel*	64	8. Opioider mot smärta	64
9. Beta-receptorblockerande medel (förebyggande mot hjärtinfarkt samt mot högt blodtryck)	63	9. Insuliner mot diabetes	64
10. Blodförtunnande medel	52	10. Beta-receptorblockerande medel (förebyggande mot hjärtinfarkt och högt blodtryck)	63

Tabell 7. De tio mest uthämtade läkemedlen på Apoteket 2003, mätt som antal DDD per invånare. Markerade/kursiva läkemedelsgrupper är gemensamma för båda listorna.

Män	DDD /inv	Kvinnor	DDD /inv
1. Blodförtunnande medel*	29,7	1. Medel mot depression*	29,4
2. Medel vid höga blodfetter*	27,7	2. Blodförtunnande medel	25,7
3. ACE-hämmare vid högt blodtryck och hjärtsvikt	22,4	3. Sömnmedel och lugnande medel	21,5
4. Beta-receptorblockerande medel (förebyggande mot hjärtinfarkt samt mot högt blodtryck)*	17,7	4. Urindrivande medel	20,9
5. Urindrivande medel	15,9	5. Medel vid höga blodfetter*	19,7
6. Medel mot depression*	14,8	6. Beta-receptorblockerande medel (förebyggande mot hjärtinfarkt samt mot högt blodtryck)*	18,9
7. Kalciumantagonister (kärlektiva: mot högt blodtryck)	13,2	7. Medel mot smärta och inflammation*	16,7
8. Sömnmedel och lugnande medel	12,3	8. ACE-hämmare vid högt blodtryck och hjärtsvikt	14,3
9. Medel vid magsår och andra syrerelaterade problem*	10,7	9. Medel vid magsår och gastroeso*	14,1
10. Medel mot smärta och inflammation	9,9	10. Laxantia	13,5

*Finns också med bland de 10 mest kostsamma läkemedelsgrupperna för respektive kön.

* Exempelvis medel vid transplantationer och reumatiska sjukdomar.

** Exempelvis medel vid MS, Hepatit-C.

Alla läkemedelsgrupper utom en fanns både på männens och kvinnornas lista över de läkemedel som förskrivs mest till respektive kön (tabell 7). Ungefär hälften av läkemedelsgrupperna återfanns också på listan över de 10 mest kostsamma. Männen har de s.k. kalciumantagonisterna på sin lista, medan kvinnorna istället har laxermedel på tionde plats. I övrigt återspeglar listorna kvinnors större psykiska ohälsa. Av de läkemedelsgrupper som används vid hjärt-kärlsjukdomar ordinerades kvinnor större mängd läkemedel än män i grupperna *loop-diuretika* (urindrivande) och *beta-receptorblockerande medel*. Män ordinerades istället oftare ACE-hämmare och kalciumantagonister.

Dyrare läkemedel till män?

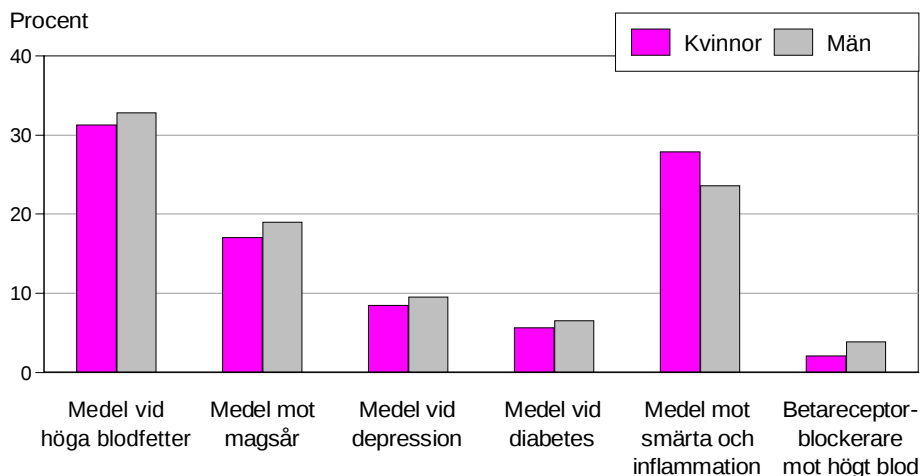
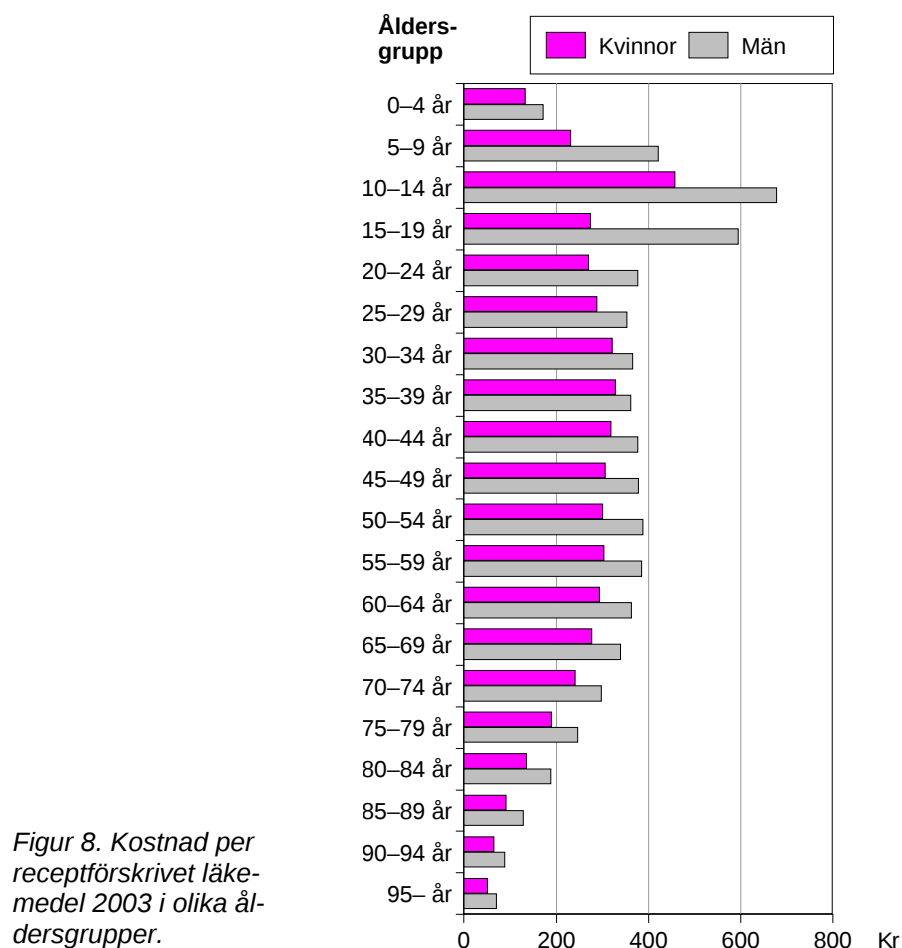
I figur 8 illustreras att kostnaden per receptförskrivet läkemedel till män är högre än till kvinnor i samtliga åldersgrupper. Kostnaden för varje receptförskrivet läkemedel beror dels på mängden läkemedel som förskrivs, dels på preparatets pris. Att kostnaden blir högre för mäns läkemedel beror alltså på att de både får en större mängd läkemedel per förskrivningstillfälle och att de får dyrare läkemedel.

När det gäller läkemedel mot högt blodtryck och hjärtsvikt har tidigare konstaterats att de nyare och därmed dyrare typerna av läkemedel oftare ges till män än till kvinnor. Detta har givit upphov till diskussioner om i vilken utsträckning detta också gäller andra läkemedelsgrupper.

Vi delade in läkemedel i två kategorier, ”billiga” och ”dyra”, enligt de kostnadsjämförelseberäkningar som publicerats i Läkemedelsboken 2003–2004: medel mot *depression*, (N06A) *medel mot magsår* (A02BC) medel (statiner) mot *höga blodfetter* (C10AA), *perorala diabetesmedel* (A10B), *betareceptroblockerande medel* (C07A), samt *medel mot smärta och inflammation*, s.k. NSAID (M01A) [19]. De representerar de läkemedelsgrupper som ökat mest i användning de senaste åren och som samtidigt toppar listan över de mest förskrivna läkemedelsgrupperna. Kostnadsberäkningen bygger på uppgifterna om 90 dagars behandling mot depression och höga blodfetter med genomsnittsdos enligt FASS [20]. Vad gäller magsår är behandlingstiden kortare, 28 dagar.

I figuren (figur 9) illustreras att andelen dyra antidepressiva medel som skrivs ut till män är något större än till kvinnor. I gruppen ”dyra” hamnar enligt denna indelning ett par nya substanser som anses påverka både nivåerna av serotonin och noradrenalin (t.ex. venlafaxin). Enligt Läkemedelsverkets bedömning har de dyrare läkemedlen inga påvisade fördelar framför det något billigare antidepressiva läkemedlen av typen SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare).

Läkemedel mot magsår förskrivs också i större utsträckning till kvinnor. Andelen dyra medel är dock även här något större till män. ”Dyra” innebär behandling med protonpumpshämmare, medan ”billiga” avser den äldre typen av läkemedel mot magsår, de s.k. H₂-antagonisterna.



Figur 9. Andelen dyra läkemedel per läkemedelsgrupp för kvinnor och män.

Läkemedel mot smärta och inflammation skrivs oftare ut till kvinnor. De nyare coxiberna som är dyrare än de äldre läkemedlen i denna grupp, skrivs något oftare ut till kvinnor än till män.

När det gäller behandling mot höga blodfetter (hyperlipidemi) rekommenderas de s.k. statinerna som förstahandsmedel. I indelningen hamnar två av statinerna i gruppen ”dyra” (simvastatin och atorvastatin), medan de andra hamnar i den billigare gruppen. Ett av de dyra medlen (simvastatin) och ett av de ”billiga” (pravachol) har bedömts vara de statiner som har den mest omfattande dokumentationen. Atorvastatin, som är dyrt, har dock mindre omfattande dokumentation om sjuklighet och dödlighet än flera av de andra statinerna. Män får också de nyare s.k. glitazonerna mot diabetes och ordinerar oftare ett dyrare betablockerande läkemedel mot högt blodtryck.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det verkar finnas en tendens att välja dyrare läkemedel till män när det gäller fem av de sex utvalda grupperna av läkemedel. Skillnaderna är dock inte särskilt stora. När det gäller läkemedel mot smärta och inflammation är det tvärtom: kvinnorna får något oftare de nyare och därmed dyrare läkemedlen. Orsakerna till skillnaderna är okända, men kan ha samband med omedvetna attityder hos den som förskriver läkemedel, liksom skillnader mellan mäns och kvinnors sätt att kommunicera och/eller olikheter beträffande uttalade förväntningar om att få ett visst läkemedel.

De skillnader som kan observeras i denna sammanställning tyder emellertid inte på att tendensen att något oftare välja dyrare läkemedel till män skulle innebära ”bättre” eller ”mer effektiv” läkemedelsbehandling. När det gäller högt blodtryck kan man konstatera att män snabbare fick tillgång till nyare läkemedelsgrupper, t.ex. de s.k. ACE-hämmarna och kalciumflödeshämmarna. Det berodde delvis på att det främst var män som studerades i de kliniska studierna. Idag är de flesta experter emellertid överens om att det fortfarande är de lite äldre läkemedlen (betablockerarna och diuretika) som är förstahandsval för de flesta personer med högt blodtryck. Orsaken är framför allt att de är bättre dokumenterade när det gäller effekten på hjärt-kärlsjukdom.

Kön, genus och reklam för läkemedel

Antidepressiva, ångestdämpande och smärtstillande läkemedel förskrivs oftare till kvinnor. Blodfettssänkande läkemedel, liksom flera andra grupper av läkemedel mot hjärt-kärlsjukdom, förskrivs i större utsträckning till män. Hjärt-kärlsjukdom är fortfarande vanligare bland yngre män än bland kvinnor i samma ålder. Dessa och liknande skillnader i sjuklighet förklarar varför läkemedelsanvändningen ser olika ut bland män och kvinnor. Men sociala och kulturella orsaker har också betydelse. I vilken utsträckning bevaras och förstärks traditionella och stereotypa könsrollsmönster av reklam och marknadsföring så att de påverkar förskrivningen av läkemedel?

När det gäller andra branscher diskuterar man ofta vilken påverkan marknadsföringen har på människors attityder och värderingar, och frågan om hur män och kvinnor presenteras i marknadsföring har ofta varit i fokus. Marknadsföringen av läkemedel kostar cirka fem miljarder om året i Sverige. I USA, men inte i Sverige, får läkemedel marknadsföras direkt till allmänheten. En del av marknadsföringen till förskrivare sker via annonser och broschyrer, som då oftast är en del av en större kampanj där symposier och muntlig information utgör andra delar.

De studier (både svenska och internationella) som haft syftet att studera marknadsföringens (i allmänhet de tryckta annonsernas) innehåll och effekter, indikerar att informationsvärdet av annonser är litet och sakinnehållet i en del fall missvisande eller bristfälligt, samtidigt som effekterna på försäljningen i allmänhet är betydande. Man har också funnit att läkare påverkas mer av marknadsföringen än de själva tror. Budskapen i annonserna är ofta subtila och förmedlar "bilder" och "känslor". Påverkan sker därmed förmodligen på ett omedvetet plan [21].

Enligt Lövdahl, Riska och Riska [22] kan man urskilja två trender när det gäller de bilder som utgör annonser för psykofarmaka. Den ena trenden representeras av annonserna på 1970-talet. Då dominerade bilder på kvinnor i annonserna för lugnande tabletter, medan andra läkemedelsannonser skildrade både män och kvinnor eller enbart män. I annonserna framställdes kvinnorna med lugnande läkemedel i stereotypa könsroller, exempelvis som deprimerade hemmafruar, och deras behov av läkemedlet var relaterat till diffusa symtom. I motsvarande annonser riktade till män, framställdes männens behov som en följd av deras yrkesroll eller fysiska problem.

Den andra trenden, som kom på 1980-talet, innebar att män förekom oftare i läkemedelsannonser än kvinnor. Detta gällde annonser för såväl psykofarmaka som övriga mediciner. Män och kvinnor skildrades fortfarande ur ett traditionellt könsrollsperspektiv.

I en annan undersökning av Lövdahl och Riska analyserades annonser för psykofarmaka [23]. Det handlade om annonser i medicinska tidskrifter från samtliga nordiska länder samt USA. Undersökningen visade att annonsernas utseende varierade i de olika ländernas tidskrifter. Ungefär en tredjedel av alla annonser för antidepressiva läkemedel avbildade en människa. Majoriteten av annonserna i danska, finska och norska tidningar föreställde kvinnor och annonserna framställde antidepressiva läkemedel som läkemedel speciellt anpassade för kvinnor. I svenska och amerikanska tidningar föreställde de allra flesta annonser män och kvinnor tillsammans som ett par, och innebörden av annonserna var att behovet av medicinen var kopplad till parets relation. I dessa annonser var kvinnan oftast underordnad mannen och det var även hon som var den tilltänkta läkemedelsanvändaren. Författarna antog att annonsörers försök att kategorisera antidepressiva läkemedel enligt kön, kan medföra en tendens till att förskrivare påverkar kvinnor att övermedicinera och negligera mäns mentala hälsoproblem.

Andra studier har tidigare kommit fram till liknande resultat som Lövdahl m.fl. [t.ex. 24]. Studierna visade att kvinnor, i större utsträckning än män, skildrades som personer som behöver psykofarmaka. De visade vidare att kvinnors symtom beskrevs på ett humoristiskt vis, medan mäns problem presenterades på ett mer direkt sätt.

I en aktuell studie har annonser för antidepressiva läkemedel i Läkartidningen under 2001 analyserats [25]. Syftet var att följa upp de trender som beskrevs av Riska 1995. I 44 annonser som visade en människa var det i 37 fall en kvinna som avbildades, och i resterande fall handlade det om ett par. I samtliga fall var den tänkta användaren en kvinna. Annonserna från 2001 bedömdes inte vara könsneutrala, vilket även var ett av resultaten i analysen från 1995. Istället var det *fler* annonser 2001 som visade kvinnan som underordnad, rädd och hjälplös, medan "räddaren" var porträtterad som en man.

Män och kvinnor skildras som i exemplet ovan konsekvent på olika sätt i annonserna, både som förskrivare och användare. Kvinnor beskrevs oftast som deprimerade, beroende, emotionella, passiva och utan självförtroende. På bilder som visade människor som arbetade, hade kvinnor traditionella kvinnoyrken som t.ex. sekreterare. Män och kvinnor hade även olika typ av kläder och klädfärger. Kvinnorna bar ofta nattlinnen eller liknande och deras kläder var oftare pastellfärgade.

Sammanfattningsvis visar studierna av läkemedelsreklamen att män och kvinnor avbildas i situationer som bygger på traditionella uppfattningar om deras roller. Män beskrivs ofta som hårt arbetande människor som behöver läkemedel för att orka arbeta, medan kvinnor skildras som deprimerade, känsllosamma hemmafruar. På detta sätt antar läkemedlen olika karaktär, och blir manliga eller kvinnliga, såväl för förskrivare som användare.

3.3 Kvalitet, tillgänglighet och resultat

Enligt regeringsuppdraget bör fokus i utredningen sättas på redovisning av de eventuella skillnader i vården som gäller kvalitet, kostnader och tillgänglighet. I detta rapportavsnitt berörs viktiga dimensioner av vårdens kvalitet: kvinnors och mäns tillgång till avancerad vård och behandling, vårdens medicinska resultat för kvinnor och män, samt anmälda kvalitetsbrister och problem i vården av kvinnor respektive män.

Tillgång till avancerad vård och behandling

Som redovisats i tidigare avsnitt har kvinnor ett något större vårdutnyttjande än män, framförallt när det gäller öppen vård. Likaså använder kvinnor mer läkemedel än män. Det faktum att kvinnor utnyttjar vården mer är dock ingen garanti för att den tillgodoser kvinnornas behov av vård och stöd i högre, eller ens i samma, utsträckning som männens. För att avgöra om vården är jämställd – dvs. rättvist fördelad mellan kvinnor och män – måste vårdutnyttjandet relateras till de könsspecifika vårdbehoven. Dessutom måste det finnas kunskap om olika vårdinsatserns nytta och säkerhet vid behandling av kvinnor respektive män [1].

Det finns klara skillnader i vårdbehov mellan kvinnor och män. De beror bland annat på att kvinnor och män insjuknar i och dör av olika sjukdomar. Mäns dödlighet är högre i alla åldrar, medan kvinnors ohälsa oftare medför sjukdom och lidande. Könsspecifika sjukdomar och hälsoproblem, såsom prostatacancer hos män och bröstcancer hos kvinnor, medför självfallet skilda vårdbehov. Kvinnor i fertil ålder har också specifika vårdbehov som är relaterade till graviditet och förlossning.

Skilda vårdbehov ger en förklaring till varför kvinnor och män söker vård i olika utsträckning och hos olika vårdgivare. Men skillnaderna kan också bero på att kvinnor och män i olika situationer har olika förväntningar på i vad mån man kan bli hjälpt av sjukvårdens insatser. Förväntningarna kan dessutom påverkas av allmän hälso- och sjukvårdsinformation, reklamkampanjer m.m., och de kan också skapas i individuell kontakt med vårdgivaren. Olika vårdutnyttjande kan också bero på skilda socioekonomiska resurser eller på det lokala vårdutbudet.

Det är således ett mycket komplicerat uppdrag att söka belysa varför vårdutnyttjandet skiljer sig åt könen emellan, och om kvinnor och män har rättvis tillgång till olika delar av hälso- och sjukvården. Ur rättvisesynpunkt kan det emellertid betraktas som särskilt intressant att belysa kvinnors och mäns *tillgång till sådan vård och behandling, som på ett eller annat sätt utmärker sig som exklusiv och svårtillgänglig*, t.ex. mot bakgrund av att vården medför höga kostnader och/eller kräver avancerad medicinsk teknologi och stora personalresurser. Extra intressant kan det vara att jämföra vårdens tillgänglighet på områden där det finns kända volym- och kapacitetsproblem eller där man medvetet skurit ned verksamheten.

Jämförelserna förutsätter att vi kan analysera vårdens tillgänglighet för män och kvinnor *vid samma sjukdomstillstånd och vid behov av samma behandling*. Detta kan göras med hjälp av flera av de nationella kvalitetsregistren.

Operation av gråstarr

Operation av gråstarr (katarakt) är det vanligaste kirurgiska ingreppet i Sverige, och patienter med gråstarr utgör den största patientgruppen i ögonsjukvården. Trots ett ökat antal operationer de senaste åren är köer och väntetider till operation fortfarande ett aktuellt problem på många håll i landet.

Vid en kataraktoperation avlägsnas ögats grumliga lins och ersätts med en konstgjord plastlins. För att följa upp tillgänglighet och kvalitet i denna verksamhet har man sedan år 1992 registrerat uppgifter om opererade patienter i Nationella Kataraktregistret.

Av registrets senaste årsrapport framgår att antalet kataraktoperationer fortsätter att stiga kraftigt [2]. År 2002 registrerades drygt 76 000 operationer, av vilka drygt 65 procent avsåg kvinnor och knappt 35 procent män. Kvinnornas medelålder var närmare 77 år och mäns knappt 75 år.

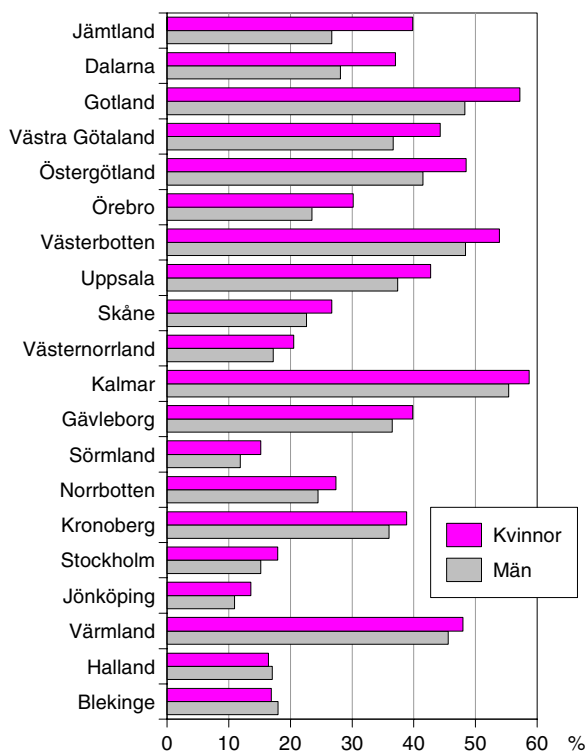
Det finns stora regionala skillnader när det gäller antal kataraktoperationer per 1 000 invånare. År 2002 varierade operationsfrekvensen från 6–7 promille i Gävleborg, Jämtland och Dalarna till över 10 promille i Uppsala, Blekinge, Jönköping, Örebro och Stockholm.

Väntetidssituationen har förbättrats något de senaste åren. År 2002 opererades 40 procent av patienterna inom tre månader och 70 procent inom sex månader efter att ha blivit placerade på väntelistan. Dock varierar väntetiderna kraftigt i olika delar av landet, och fler kvinnor än män får vänta på operation mer än sex månader (figur 1). Stora könsskillnader i detta avseende finns i Jämtland, Dalarna, Västra Götaland, Östergötland och på Gotland.

Inför en kataraktoperation registreras patienternas bästa korrigerade synskärpa, dvs. den skärpa som går att uppnå med glasögonkorrektur på båda ögonen. Särskilt noga följer man upp hur stor andel av patienterna som har en korrigerad synskärpa under 0,5 på det bästa ögat. Detta värde utgör bland annat gränsen för tillstånd att köra bil, om det inte finns några andra inskränkningar i synfunktionen.

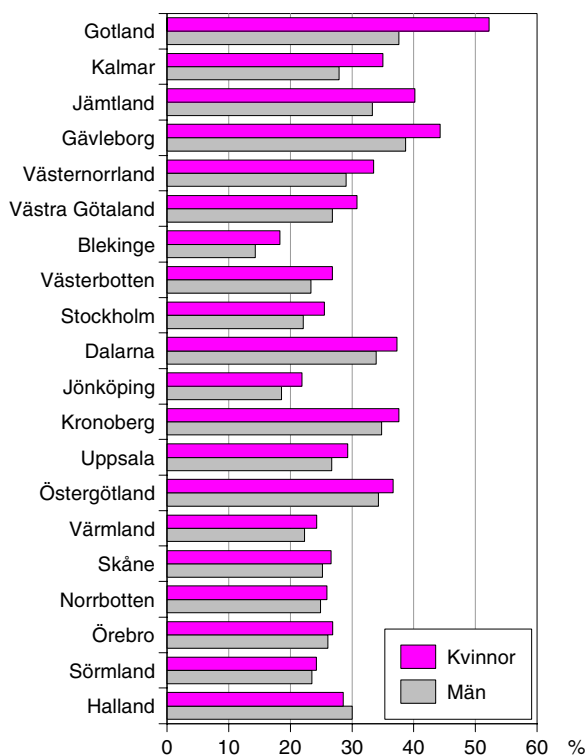
Patienternas synfunktion före operationen speglar hur väl ögonsjukvården lyckats tillgodose behoven av operation de senaste åren. Andelen patienter som har en synskärpa under 0,5 på sitt bästa öga bör understiga 20 procent. Situationen i detta avseende har successivt förbättrats och år 2002 var det 27,7 procent av patienterna som låg under denna nivå på det bästa ögat. Den

positiva utvecklingen hänger samman med att allt fler patienter, 39,9 procent år 2002, snabbt kommer till operation av andra ögat. Dock kvarstår stora regionala skillnader vad gäller andelen patienter med dålig preoperativ synskärpa (figur 2).



Figur 1. Andel patienter som väntat mer än 6 månader på kataraktoperation. Per landsting och kön. 2002.

Källa: Nationella Kataraktregistret (rangordning efter könsskillnad).



Figur 2. Andel patienter med preoperativ synskärpa under 0,5 på det bästa ögat. Per landsting och kön. 2002.

Källa: Nationella Kataraktregistret (rangordning efter könsskillnad).

Det finns ett klart statistiskt samband mellan hur många operationer som utförs och hur dåligt patienterna ser när de väl kommer till operation. I samtliga landsting, med undantag av Halland, har fler kvinnor än män en synskärpa under 0,5 på det bästa ögat före operation. Störst är könsskillnaden på Gotland och i Kalmar, Jämtland, Gävleborg och Västernorrland. De flesta av dessa landsting har en relativt låg operationsfrekvens.

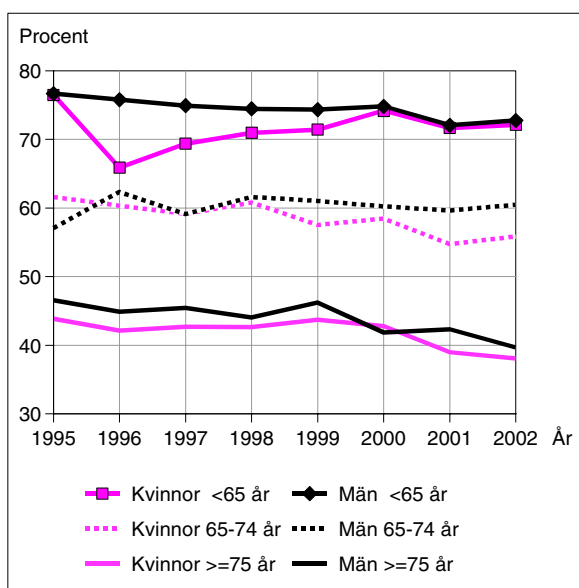
Hjärtintensivvård

En faktor som delvis kan dölja sig bakom de könsskillnader som observerats när det gäller vårdens tillgänglighet är patienternas ålder. I kvalitetsregistret för hjärtintensivvården, Riks-HIA, har man analyserat könsskillnader mellan olika åldersgrupper av hjärtinfarktpatienter [3]. Analyserna har bland annat gällt tillgång till kranskärlsröntgen, till akut reperfusion (blodproppslösande behandling) och till kranskärlsingrepp.

När det gäller vård vid hotande eller akut hjärtinfarkt, har möjligheterna att öppna de tilltäppta kranskärlen med akut blodproppslösande läkemedel eller ballongvidgande behandling med PCI ökat. Här finns klara åldersrelaterade behandlingsskillnader: avsevärt färre äldre än yngre patienter får reperfusionsterapi. Åren 1996–97 behandlades kvinnor under 65 år mer sällan än män i motsvarande ålder. På senare år märks en trend att också kvinnor mellan 65 och 75 år behandlas mer sällan än män i motsvarande ålder (figur 3).

Figur 3. Andel patienter som fått akut reperusionsbehandling vid hjärtinfarkt med ST-höjning eller vänstergrenblock. Per kön och ålder. 1995–2002.

Källa: Riks-HIA.

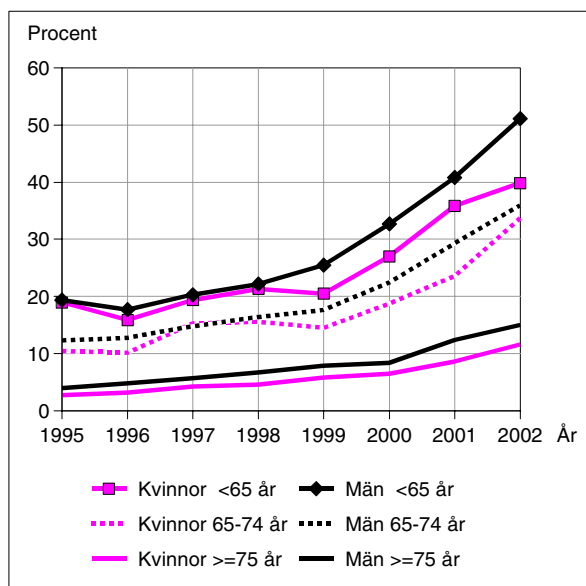


De åldersspecifika könsskillnaderna är relativt små. Däremot innebär den lägre behandlingsfrekvensen bland äldre patienter att avsevärt färre kvinnor än män får behandling, eftersom medelåldern vid insjuknande i hjärtinfarkt är högre bland kvinnor än män, 76 år jämfört med 70 år.

Tidig kranskärlsröntgen vid akut hjärtinfarkt utan ST-höjning används alltmer – 28 procent av alla patienter under 80 år röntgades 1999, medan 58 procent röntgades 2002. Här finns en kraftig åldersrelaterad skillnad, i och

med att röntgen används betydligt mer för yngre än för äldre. Dessutom finns det en trend till att det ges i mindre grad till kvinnor >65 år än till män i motsvarande ålder.

Tidig PCI eller kranskärlsoperation efter akut hjärtinfarkt utförs oftare på män i yngre åldrar än på kvinnor (figur 4). Skillnaden kan delvis bero på att kvinnor med hjärtinfarkt något mindre ofta får kranskärlsröntgen och att de då oftare än män saknar betydelsefulla kranskärlsförändringar som kan behandlas med PCI eller by-pass-operation.



Figur 4. PCI eller CABG vid akut hjärtinfarkt. Per kön och ålder. 1995–2002.

Källa: Riks-HIA.

En mer komplett långtidsstudie av kvinnors och mäns tillgång till kranskärlsingrepp, baserad på data från hälsodataregister vid Socialstyrelsens epidemiologiska centrum, presenteras i nästa avsnitt i denna rapport.

Slutsatser

Analyser av hjärtintensivvården visar att ålder och kön påverkar behandlingspraxis: det finns en del mindre könsskillnader mellan män och kvinnor i jämförbara åldersgrupper när det gäller behandlingsfrekvens. Därutöver finns det tydliga skillnader mellan åldersgrupperna: äldre patienter får mer sällan behandling än yngre patienter. Denna restriktivitet gentemot äldre patienter berör en avsevärt större andel kvinnor än män.

En viktig principiell fråga som aktualiseras är om det är medicinskt motiverat att ha olika behandlingspolicy för yngre och äldre patienter. Svaret kan variera beroende på vilken behandling som avses – högre ålder kan ju medföra större risker, åtminstone vid vissa ingrepp. Klart är att om restriktivitet i behandlingspolicy tolkas som åldersdiskriminering, så drabbar detta kvinnor i högre utsträckning än män. Denna iakttagelse är relevant inte bara för hjärtinfarkt vården utan också för andra vårdverksamheter, eftersom kvinnor

lever längre än män och ofta drabbas av sjukdomar och hälsoproblem i relativt hög ålder.

Exemplet från kataraktsjukvården ställer frågan på sin spets. En kataraktoperation är ett relativt enkelt och ofarligt ingrepp, som inte kräver narkos eller slutenvård på sjukhus. Eftersom sjukdomen främst drabbar äldre, verkar det problematiskt att betrakta hög ålder som en kontraindikation för vård. Ändå verkar det som om kvinnor har något sämre tillgång till kataraktoperationer, delvis till följd av att kvinnor är i stor majoritet bland de äldsta patienterna.

Det finns anledning att fråga sig om befolkningen och beslutsfattarna i Sverige vill ställa sig bakom diskriminering av de äldsta patienterna, av vilka en stor majoritet är kvinnor. Frågan är särskilt välmotiverad i de lands- ting som i sin befolkning har relativt många äldre, samtidigt som frekvensen kataraktoperationer är låg, såsom Jämtland, Gävleborg och Dalarna.

Det har hävdats att nya, dyra medicinska teknologier och läkemedel har en benägenhet att sprida sig till (medelålders) män först. I dagens situation verkar det motiverat att fråga sig om inte den omvända ordningen gäller vid kapacitetsproblem och nedskärningar: de äldre och kvinnorna får nöja sig med sämre tillgång till vård och behandling, även om man bevisligen skulle ha nytta av den.

Det ter sig särskilt angeläget att följa upp konsekvenserna av olika reformer och prioriteringsbeslut, som innebär nedskärningar och/eller omfördelning av tillgängliga vårdresurser. Utredningen om bemötandet av kvinnor och män i hälso- och sjukvården analyserade konsekvenserna av 1990-talets reformer och ändringar i sjukvårdens övergripande struktur ur ett jämställdhetsperspektiv. Man kunde konstatera att frågan om hur kvinnor och män bemöts i vården inte diskuterats vid reformerna och att det inte fanns några uppföljningar av hur kvinnor respektive män påverkats. En förnyad könskonsekvensanalys av nyligen genomförda reformer har gjorts inom ramen för denna utredning och har kommit till samma slutsats.

Rättviseproblematiken när det gäller tillgång till avancerad vård och behandling förstärks av det faktum, att äldre kvinnor i genomsnitt har en svagare socioekonomisk situation än äldre män [4]. Den äldre kvinnan lever oftare ensam, utan stöd från make eller sambo, och har en sämre pension än män i motsvarande ålder. Detta innebär att de äldre kvinnornas möjligheter att kompensera bristande tillgång till offentlig vård och stöd med köp av privata tjänster är mer begränsade än männens. De äldre kvinnorna är således mer utlämnade åt den offentliga vårdens och omsorgens utveckling.

Tillgänglighet – exemplet by-pass-operation

Vård på lika villkor – dvs. en hälso- och sjukvård där behovet styr vilka som får vård och inte exempelvis social ställning, kön eller inkomst – är ett riktmärke för den svenska hälso- och sjukvården. Det flesta svenska studier på detta område gäller utnyttjande av den öppna vården, men från andra länder finns många exempel på studier av den slutna vården.

En av de frågor som studerats gäller om användningen av by-pass-operationer sker på lika villkor. Flera studier har funnit ojämlikheter när det gäller

socioekonomiska grupper, och det har även visats att kvinnor i mindre utsträckning än män by-pass-opereras för hjärt-kärlsjukdom [se t.ex. 5, 6].

Ett alternativ till by-pass-operation som blivit allt vanligare på 1990-talet är olika tekniker för att med hjälp av kateterburna ingrepp vidga kärlen. Dessa olika ingrepp går under samlingsnamnet PCI – Perkutan Coronar Intervention. Eftersom by-pass-operationer och PCI kompletterar varandra så är det angeläget att om möjligt studera båda behandlingsmetoderna för att få en rättvisande bild av jämlikhet och jämställdhet vid behandling av hjärt-kärlsjukdom.

Ett vanligt problem vid studier av jämlikhet i vårdutnyttjande är att uppgifter om behov och/eller social ställning inte finns på individnivå utan endast på gruppnivå. Genom att vi i Sverige har tillgång till nationella register över såväl vårdutnyttjande som sociala förhållanden, finns det möjligheter att med hjälp av personnummer länka samman information från dessa register. Det finns således goda möjligheter att göra individbaserade analyser.

Syftet med denna studie är att undersöka om det finns sociala skillnader och skillnader mellan män och kvinnor när det gäller utnyttjandet av by-pass-operationer och PCI efter akut hjärtinfarkt eller kärlkramp. Ett annat syfte är att undersöka om den eventuella ojämlikheten minskat i och med att resurserna för by-pass-operationer och PCI utökats.

Material

Slutenvårdsregistret för tiden 1988–2000 användes för att definiera studiepopulationen. Alla personer i åldern 25–74 år som vårdats för akut hjärtinfarkt, instabil angina eller angina pectoris togs med i studien under förutsättning att de inte hade vårdats i slutenvård för någon hjärt-kärlsjukdom de närmaste tre åren före vårdtillfället. Detta senare krav innebär att studiepopulationen endast omfattar personer som fått vård för akut hjärt-kärlsjukdom under tiden 1991–2000.

Uppgifter om socioekonomisk ställning hämtades från Folk- och Bostadsräkningarna 1970–90. Vi använde den mest aktuella informationen, utom när det gällde pensionärer, där vi istället gick bakåt i tiden för att hitta social ställning då personen var yrkesverksam.

Alla patienter följdes upp i patientregistret två år efter det att de skrivits ut från den slutna vården för att se om de genomgått by-pass-operation eller ej. Eftersom uppgifterna om PCI är tämligen ofullständigt rapporterade till patientregistret för stora delar av studieperioden så kompletterades materialet med uppgifter från kvalitetsregistret SCAAR (Swedish Coronary and Angioplasty Registry). Den kompletteringen var inte möjlig att göra i det material som innehöll socioekonomiska uppgifter, varför den del av studien som innefattade PCI endast kunde genomföras med avseende på eventuella könsskillnader.

Statistiska metoder

Den statistiska analysen bestod av sk. *poissonregressioner* (en metod som tar hänsyn till flera olika faktorer) som användes för att beräkna vilken effekt social ställning respektive kön skulle få på sannolikheten att genomgå by-pass-operation eller PCI inom två år. Vid analyserna togs hänsyn till en

mängd faktorer som skulle kunna förvränga resultatet, t.ex. ålder och sjuklighet utöver hjärtproblemen.

Tabell 1. Antalet patienter 1991–2000 och antalet by-pass-opererade inom två år samt antal opererade per 1 000 patienter.

	Män			Kvinnor		
	Opererade			Opererade		
	Patienter	Antal	Pr 1000	Patienter	Antal	Pr 1000
Socio-ekonomisk grupp						
Ej facklärd arbetare	21 791	3 942	180,9	14 014	1 608	114,7
Facklärd arbetare	18 570	3 611	194,5	6 553	792	120,9
Tjänstemän, lägre nivå	14 266	2 882	202,0	7 617	923	121,2
Tjänstemän, mellan nivå	17 573	3 698	210,4	6 741	757	112,3
Tjänstemän, högre nivå	11 945	2 553	213,7	3 776	415	109,9
Företagare	9 296	1 801	193,7	3 030	359	118,5
Lantbrukare	4 174	815	195,3	1 933	222	114,8
Övriga	2 631	409	155,5	2 882	258	89,5
Pensionärer	1 026	85	82,8	1 689	108	63,9
Ålder vid diagnos						
25-34	380	19	50,0	119	7	58,8
35-44	3 959	550	138,9	1 146	95	82,9
45-54	18 153	3 310	182,3	6 142	559	91,0
55-64	31 505	6 824	216,6	13 009	1 591	122,3
65-74	47 275	9 093	192,3	27 819	3 190	114,7
Total	101 272	19 796	195,5	48 235	5 442	112,8

Sociala skillnader

Studien omfattade i det närmaste 150 000 patienter, varav ungefär två tredjedelar var män. Mer än 25 000 by-pass-operationer gjordes under de två uppföljningsåren. Nästan 80 procent av de opererade patienterna var män, vilket innebär 196 operationer per 1 000 män respektive 113 per 1 000 kvinnor. Bland såväl män som kvinnor ökade operationsfrekvensen fram till 64 års ålder. Bland män – bortsett från de små grupperna *övriga* och *pensionärer* – fanns det en tydlig social skillnad, med högst antal operationer per 1 000 patienter bland högre tjänstemän och lägst bland icke facklärd arbetare. Någon sådan tydlig social skillnad fanns inte bland kvinnor (tabell 1).

Den statistiska analysen bekräftade den bild av sociala skillnader som framgår av tabell 1. Bland männen var det närmare 1,2 gånger större sannolikhet att de högre tjänstemännen skulle bli opererade än att de icke facklärd arbetarna skulle bli det. Bland kvinnorna fanns det dock inga mätbara sociala skillnader när det gällde sannolikheten att genomgå en by-pass-operation inom två år efter akut hjärtinfarkt eller kärlkramp (tabell 2). Av tabellen framgår vidare att trots den stora mängden variabler som skulle kunna tänkas påverka resultatet, så medförde justeringen i den statistiska analysen ingen nämnvärd påverkan på resultatet.

Tabell 2. Relativ risk (RR) och 95 procent konfidensintervall (CI) för by-pass-operation inom två år efter hjärtinfarkt eller kärlkramp.

	Män			Kvinnor		
	RR	Justerat ¹		RR	Justerat ¹	
		RR	95% CI		RR	95% CI
Män ²	1.87	1.91	1.84 – 1.98	1.00	1.00	
Facklärd arbetare ³	1.08	1.08	1.03 – 1.13	1.05	1.05	0.96 – 1.14
Lägre tjänstemän ³	1.12	1.10	1.04 – 1.15	1.05	1.05	0.97 – 1.14
Tjm på mellannivå ³	1.17	1.14	1.09 – 1.20	0.96	0.96	0.88 – 1.04
Högre tjänstemän ³	1.19	1.15	1.10 – 1.21	0.94	0.94	0.84 – 1.05
Företagare ³	1.07	1.06	1.00 – 1.12	1.02	1.01	0.90 – 1.13
Lantbrukare ³	1.10	1.09	1.01 – 1.17	1.00	0.97	0.85 – 1.12

¹ Justerat för ålder, diagnos, annan sjuklighet, typ av sjukhus, ålder vid diagnosen samt hemortslän.

² Referensgrupp: Kvinnor.

³ Referensgrupp: Icke facklärd arbetare.

Skillnader mellan män och kvinnor

Av tabell 1 framgår att antalet by-pass-operationer per 1 000 patienter var betydligt lägre bland kvinnor i alla grupper utom i den lilla gruppen patienter som var under 35 år. Av analysen framgår att sannolikheten för att få en by-pass-operation inom två år var 1,9 gånger större bland män än bland kvinnor. De variabler som ingick i den statistiska analysen kunde inte förklara denna skillnad. Även efter kontroll för bland annat ålder och sjuklighet utöver hjärtproblemen kvarstod denna skillnad mellan män och kvinnor.

En möjlig förklaring till att kvinnor by-pass-opereras i mindre utsträckning än män, skulle kunna vara att kranskärlsjukdom yttrar sig olika hos män och kvinnor. Före operation genomgår alltid patienten en kärlröntgen. Resultatet av undersökningen är ett viktigt underlag för beslut om operation. Starka skäl för operation är bland annat om mer än ett kärl har en kraftig förträngning. Allvarliga kärlförändringar är vanligare hos män än hos kvinnor. Exempelvis så hade 48 procent av männen, men endast 35 procent av kvinnorna två- eller trekärlssjukdom enligt data från SCAAR 1999 [7]. Detta skulle således kunna förklara en del av de funna skillnaderna mellan män och kvinnor.

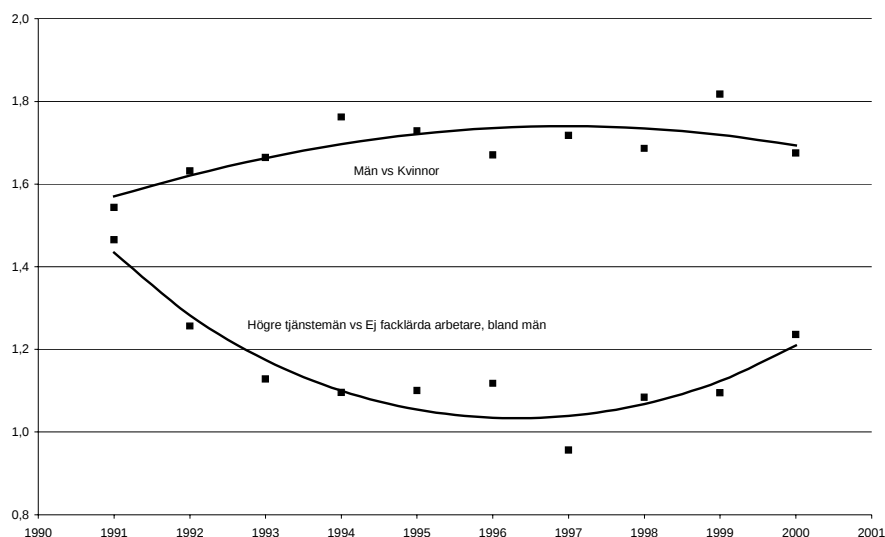
Uppgifter från SCAAR finns inte i de patientdata som ligger till grund för denna studie. Som en indikator på kärlsjukdomens allvarlighetsgrad har vi därför använt andelen patienter med två- eller trekärlssjukdom efter ålder och kön. När vi kompletterar analysen med denna variabel så minskar skillnaden mellan män och kvinnor något. Sannolikheten för att män skall genomgå by-pass-operation kan nu skattas till 1,7 gånger större än för kvinnor.

En annan möjlig förklaring till att by-pass-operation är vanligare bland män, skulle kunna vara att PCI är ett vanligare behandlingalternativ för kvinnor med kranskärlssjukdom. För att undersöka om olika behandlingspraxis när det gäller valet mellan by-pass-operation och PCI kunde förklara könsskillnaden, så studerade vi sannolikheten för att få någon av de två behandlingarna inom två år. Skillnaden mellan män och kvinnor reducerades, men i mycket liten omfattning. Sannolikheten för att män skulle få by-pass-operation eller PCI var 1,5 gånger större än för att kvinnor skulle få det.

Har något förändrats under 1990-talet?

Resurserna för behandling av kranskärslsjukdom har ökat och väntetiderna minskat under 1990-talet. Det är därför möjligt att ojämlikheten bland män och den bristande jämställdheten mellan män och kvinnor minskat på senare år. I de analyser som redovisats ovan har tiden endast ingått för att inte resultaten skall förvrängas på grund av att förutsättningarna för behandling förändrats. Vi skall nu undersöka om de sociala skillnaderna och könsskillnaderna förändrats under studieperioden.

I figur 5 redovisas resultaten av analysen. Punkterna omkring de heldragna linjerna visar resultatet för varje enskilt år, medan kurvorna illustrerar trenden i materialet. Några tydliga trender finns inte. Ojämlikheten bland män förefaller minska i början av tidsperioden och ligger sedan tämligen still. Den växande skillnaden i slutet av 1990-talet kan mycket väl vara en tillfällighet. Könsskillnaden tenderar att till en början att öka, för att sedan plana ut och möjligt minska något.



Figur 5. By-pass-operationer bland högre tjänstemän i relation till icke facklärda arbetare samt bland män i förhållande till kvinnor (relativa risker).

Slutsatser

Bland män har det under 1990-talet funnits en social ojämlikhet när det gäller att få tillgång till by-pass-operationer som behandling av kranskärslsjukdom. Med ökande social status ökar sannolikheten för operation inom två år efter insjuknandet. Skillnaderna förefaller ha minskat med ökande resurser för behandling av kranskärslsjukdom, men trenden är något oklar.

Någon ojämlikhet av det slag som finns bland män, finns inte bland kvinnor. Det finns emellertid studier som tyder på att socioekonomiska indelningar inte lämpar sig lika bra för kvinnor som för män i studier av detta slag, varför det är möjligt att det finns sociala skillnader trots att våra data inte tyder på det [8].

Den mest påtagliga skillnaden gäller emellertid inte de sociala skillnaderna utan skillnaden mellan kvinnor och män när det gäller sannolikheten att bli by-pass-opererad efter kranskärslsjukdom. Flera studier har dock visat

att kvinnor har färre indikationer för operativa ingrepp vid kranskärslssjukdom än män, och att de löper större risk att dö den närmaste tiden efter operation [7, 9–11]. Det förefaller alltså finnas vissa medicinska skäl för att vara mer restriktiv med by-pass-operationer och PCI till kvinnor. I våra analyser har vi försökt att ta hänsyn till att allvarlighetsgraden för kranskärslssjukdom varierar kvinnor och män emellan. Även sedan vi justerat för svårighetsgrad är det dock 1,5 gånger vanligare att en man opereras än en kvinna. Våra data tyder således på omotiverade skillnader mellan män och kvinnor när det gäller de studerade behandlingarna.

Bemötande – exemplet våldsutsatta kvinnor

Förekomsten av våld mot kvinnor

Såväl svenska som internationella studier visar att våld mot kvinnor i nära relationer är ett dolt problem med stort mörkertal. Nationell statistik visar att 61 631 fall av misshandel och grov misshandel anmäldes 2002 [12]. En dryg tredjedel av dessa fall, 21 504, var riktade mot kvinnor, varav drygt 60 procent var bekanta med gärningsmannen. Samma år anmäldes även cirka 1 600 brott mot kvinnofriden. Enligt Brottsförebyggande rådet misshandlas minst 4–5 gånger så många kvinnor som statistiken visar. I en svensk enkätundersökning framkom det att 21 procent av de våldsutsatta kvinnorna sökt hjälp i hälso- och sjukvården för skador som var relaterade till våldet. Enbart 15 procent av dem hade polisanmält den senaste våldshändelsen [13].

I en annan svensk studie av slumpvis utvalda gravida kvinnor var det nästan sju procent som under den aktuella graviditeten blivit utsatta för grovt eller mindre grovt våld. Cirka sex procent hade utsatts för hot om våld. Drygt tre procent hade blivit utsatta för sexuellt våld [14].

Våldsrelaterad ohälsa

Omfattningen av våldet mot kvinnor är så stor att det kan betecknas som ett folkhälsoproblem. Undersökningar visar att många kvinnor utsätts för våld, men att de flesta inte gör någon polisanmälan eller tar kontakt med någon myndighet. Rädsla eller skamkänslor gör att kvinnorna inte söker hjälp direkt. Däremot söker många kvinnor hjälp indirekt, bland annat i hälso- och sjukvården för symtom som orsakats av våldet. Kvinnomisshandel kan röra sig om fysiska, psykiska, sexuella, sociala och ekonomiska övergrepp i olika former. Konsekvenserna av våldet är inte alltid synligt och skadeorsakerna inte alltid uppenbara. Vanliga skador och besvär kan exempelvis vara:

- Skador på huvud, ansikte, hals, bröst, bröstorg, armar, bål och könsorgan.
- Värk och smärta.
- Sömn- och ätstörningar.
- Yrsel och diverse andra psykosomatiska problem.
- Gynekologiska besvär.
- Skador vid graviditet.
- Missfall.
- Depression eller ångest.

Det finns ingen samlad kunskap om våld som orsak till ohälsa och därtill relaterade sjukvårdsbesök. En studie av patienter på kvinnokliniken i Linköping visade att var fjärde kvinna upplevt sexuellt och/eller fysiskt våld. Av dem visade fem procent tecken på ett posttraumatiskt stressyndrom efter upplevelser av våld. De hade oftare än andra sökt läkare det senaste året och de var mer missnöjda med den vård de fått [15].

Vården som aktör

Hälso- och sjukvårdens ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen är att bland annat ge patienten en god vård av god kvalitet och att tillgodose patientens behov av trygghet i vården. Personalens kunskaper om våld som möjlig orsaksfaktor är en grundförutsättning för att kunna möta den kvinnliga patienten, bedöma de symtom hon söker för, samt ge behandling och korrekt uppföljning. I det ansvaret ligger även att hänvisa våldsutsatta kvinnor till andra vårdgivare inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller andra som kan medverka till att kvinnan får de insatser som hon och hennes familj behöver. I hälso- och sjukvårdens uppdrag ligger också att på begäran utfärda intyg över utförd undersökning, så kallat rättsintyg.

Akutmottagningar och kvinnokliniker har oftast tagit på sig ansvaret för hälso- och sjukvårdens samarbete med andra instanser om våld mot kvinnor. Däremot är primärvårdens husläkarmottagningar, psykiatrins, mödra- och företagshälsovårdens och tandvårdens ansvar oklara. Detsamma gäller den hälso- och sjukvård som möter barn och ungdomar [16].

För att få en bild av situationen i hälso- och sjukvården när det gäller kompetens, kunskap och erfarenheter av frågor om våld mot kvinnor, gjorde Socialstyrelsen en enkätundersökning i april 2000. Enkäten skickades till samtliga kvinnokliniker och akutmottagningar och till tio procent av alla vårdcentraler och mödravårdscentraler/barnmorskemottagningar. Svaren visade att två tredjedelar av kvinnoklinikerna och akutmottagningarna och 20 procent av vårdcentralerna hade en nedskriven policy/program för hur de skall arbeta med våldsutsatta kvinnor (svarsfrekvensen från mödravårdscentralerna var mycket låg). De svar som kommit in visade på geografiska skillnader. 60 procent av enheterna tyckte att det fanns saker de saknade för att kunna arbeta på ett bra sätt med misshandlade kvinnor. Det absolut vanligaste önskemålet var mer utbildning. Cirka tio procent önskade mer resurser och lika många önskade att det fanns en vårdpolicy för arbete med misshandlade kvinnor. Ungefär lika många tog upp att de saknade tid att ägna sig åt detta och att de önskade mer samarbete med andra instanser. Enkäten berörde inte frågan om huruvida personalen utförde screening eller aktivt frågade många kvinnor om våldserfarenhet.

Utveckling av nationella initiativ

Rikskvinnocentrum (RKC) på Akademiska sjukhuset i Uppsala startade sin verksamhet 1995 efter Kvinnovåldskommissionens förslag [17] om att inrätta ett nationellt kompetens- och resurscentrum för kvinnor som utsatts för våldtäkt och misshandel. I kommissionens förslag betonas att målet bör vara att varje landsting skall ha en specialiserad resurs med hälso- och sjukvården som bas för kvinnor som utsatts för våld och andra övergrepp.

Med Kvinnofridspropositionen [18] följde flera uppdrag till olika myndigheter, vilket medfört att medvetenheten och intresset för frågorna ökat i landsting och kommuner. I delbetänkandet "Nationell handlingsplan mot våld i nära relationer" [19] föreslås insatser för att förbättra myndigheternas handläggningsrutiner och utveckla nya metoder. Inom ramen för sitt uppdrag utarbetade Socialstyrelsen ett utbildningsmaterial, dels för personal i hälso- och sjukvården, dels för socialtjänsten [20].

I rapporten "Barn i skuggan av våldet" sprider Socialstyrelsen kunskap om arbetsmetoder för att stödja barn som lever i familjer där det förekommer våld.

Rikspolisstyrelsen fick i uppdrag att tillsammans med ett antal myndigheter fortbilda personal inom rättsväsendet, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Utvärderingen av utbildningen visar att det var många som deltog, däribland ett flertal olika yrkeskategorier i hälso- och sjukvården. Ett gemensamt utbildningspaket samlades i en pärm som deltagarna fick [21].

Socialstyrelsen har tillsammans med femton andra myndigheter tagit initiativet till en Kvinnofridsportal, www.kvinnofrid.se, för att göra kunskaperna lättillgängliga. Hemsidan riktar sig främst till professionella.

Screening för våldserfarenhet

Det saknas enighet i Sverige om huruvida personalen i hälso- och sjukvården skall ställa frågor om våld till alla kvinnor som av olika anledningar söker vård i de olika verksamheterna. Det finns företrädare [22] som inte anser att alla skall tillfrågas. I mötet med det uppenbara våldet, när en kvinna kommer skadad till akutmottagningen, eller i mötet med den gravida kvinnan i mödravårdens, finns det tillräckliga erfarenheter för att agera aktivt genom att ställa frågor. Däremot föreslås försiktighet i mötet med kvinnliga patienter som söker hjälp för problem som i och för sig är kända konsekvenser av våld, t.ex. depression, smärtsyndrom eller självmordsförsök. Försiktigheten motiveras med osäkerhet om hur en screening skulle utföras i en högriskpopulation. Alternativet att fråga alla som besöker hälso- och sjukvården avfärdas p.g.a. den stora populationen och med hänvisning till den okända förekomsten. Det saknas kunskap om hur stor del av den våldsrelaterade ohälsan som går att behandla; dessutom är vårdbehovet i gruppen okänt.

En annan ståndpunkt är att alla kvinnor över 14 år som söker vård borde genomgå screening [22]. Som argument hänvisas till att tusentals kvinnor behandlas för misshandelsrelaterade hälsoproblem, medan personalen sällan frågar om de varit utsatta för våld och/eller hot. Screening skulle ge en möjlighet att upptäcka kvinnomisshandel/partnervåld, och vården kunde därmed spela en central roll i det förebyggande arbetet.

De etiska aspekterna med att ställa frågor om våld till kvinnor, och hur de samtalen ska föras, diskuteras. Kvinnan ska inte behöva känna att hon blir inträngd i ett hörn och att hennes integritet inte respekteras [23].

I flera länder har man prövat olika metoder för att genom hälso- och sjukvårdens kontakt med kvinnor få vetskap om vilka som är eller har varit utsatta för våld. Screening, dvs. att fråga alla personer i en definierad målgrupp, är en metod som används och rekommenderas av flera.

Erfarenheter av screening för våld mot kvinnor har främst dokumenterats i USA. I flera amerikanska projekt med screening för våld har personalens

förmåga att identifiera och stödja misshandlade kvinnor förbättrats betydligt. Baserat på dessa erfarenheter finns i USA en bred enighet om vikten av rutinmässiga frågor i hälso- och sjukvården för att på ett tidigt stadium identifiera våldutsatta kvinnor och erbjuda dem hjälp och stöd. Organisationerna American Medical Association, American Nurses Association och American College of Obstetricians and Gynecologists har alla en rekommendation om screening i hälso- och sjukvården för våld mot kvinnor. I USA har man också tagit fram och testat ett antal olika screeningsinstrument för ändamålet. The Family Violence Prevention Fund är en av de ledande organisationerna på området [24]. I en handbok rekommenderar organisationen rutinmässig screening för våld mot kvinnor av alla kvinnliga patienter över fjorton års ålder, i primärvård, kvinnosjukvård, preventivmedelsrådgivning, akut-sjukvård, pediatrik och psykiatrisk vård, oberoende av tecken på eller misstankar om våld. Screeningen skall enligt rekommendationen göras med raka, icke värderande frågor, med respekt för patientens integritet, trygghet och säkerhet. Svaren skall dokumenteras på ett konfidentiellt sätt.

Svenska screeningprojekt i mödrahälsovård och på ungdomsmottagningar

Rikskvinnocentrum i Uppsala genomförde under sex månader 1997/98 ett screeningprojekt på 10 barnmorskemottagningar i Uppsala. Ett amerikanskt frågeformulär användes för att identifiera vilka gravida kvinnor som var eller hade varit våldutsatta. Drygt 1 000 kvinnor tillfrågades vid sammanlagt tre tillfällen under och efter graviditeten. Av dem var det 14 kvinnor som uppgav att de varit utsatta för våld under den aktuella graviditeten och nästan 20 procent hade upplevt någon form av fysiskt, psykiskt eller sexuellt övergrepp i sitt liv [25].

Socialstyrelsen tog inom ramen för regeringsuppdraget om våld mot kvinnor initiativet till ett metodutvecklingsprojekt. Projektet genomfördes från april till december år 2001 på barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar och innebar att kvinnorna rutinmässigt tillfrågades om våld utsatthet. Ett drygt 50-tal mottagningar i Dalarna, Skåne och Stockholms län deltog i projektet [26].

Syftet med projektet var att pröva screening för våld som metod. Personalen använde ingen bestämd screeningmall utan uppmuntrades istället att formulera frågor som de "gjorde till sina". Utvärderingen visade att mer än 9 300 kvinnor hade tillfrågats om de utsatts för våld. Närmare 1 300 av dem uppgav att de någon gång varit utsatta för våld, kontroll, hot eller sexuella övergrepp. För det stora flertalet låg våldshändelserna en tid tillbaka, under barndom, tonår eller tidigare parrelationer. För cirka 110–140 kvinnor rörde det sig om en närliggande eller pågående våldssituation. Mottagningarna fångade upp cirka 150 kvinnor som direkt ville ha hjälp i någon form, utöver samtalet med den personal (oftast barnmorskan) som frågade om våldet. 40 kvinnor ville göra polisanmälan och 26 kvinnor ville göra en anmälan till socialtjänsten.

Screeningen fick starkt stöd av de tillfrågade kvinnorna. 93 procent av närmare 700 tillfrågade var positiva till att det ställs frågor om utsatthet för våld i samband med besök vid barnmorske- och ungdomsmottagningar.

Kvinnorna visade mycket stort förtroende för personalen och verksamheterna. Liknande resultat redovisas bland annat i en annan studie [27].

Kunskaper om och erfarenheter av att införa screening, dvs. att fråga alla kvinnor som kommer till mödrahälsovården, har ökat av ovanstående studier.

Uppföljning av projekten

När Socialstyrelsens projekt avslutades i slutet av december 2001 var det personalen och deras ansvariga chefer som fick avgöra om de skulle fortsätta att fråga de besökande kvinnorna om utsatthet för våld. Enligt utvärderingen från 2001 hade cirka 50 procent av barnmorskorna på barnmorskemottagningarna och nästan alla på ungdomsmottagningarna för avsikt att fortsätta. För att få kännedom om i vilken utsträckning projektet levt vidare i den dagliga verksamheten på mottagningarna tillfrågades de under hösten 2003. Svar kom in från 34 av 56 mottagningar genom sammanlagt 81 enkäter. Svaren visar att cirka en femtedel av barnmorskorna på barnmorskemottagningarna och nästan hälften på ungdomsmottagningarna frågar om våld i samma eller större utsträckning som under projektet. Endast några procent uppgav att de inte frågar alls. De flesta uppgav att de fått mer kunskap och en större medvetenhet och ett större intresse för frågan om våld mot kvinnor. De känner sig tryggare när det gäller att ta upp frågan.

Personalen uppgav att de inte kunde fråga alla p.g.a. tidsbrist; framförallt blev det problem när kvinnan önskade berätta något. De påpekade också att de upplevde en brist på legitimitet, dvs. att rutinen att fråga om våld inte var sanktionerad uppifrån. De flesta uppgav att de frågade kvinnan när de kände på sig att det var något speciellt med henne. Mot detta står att personalen under projektet upptäckte att det inte går att förutsäga vem som är eller har varit utsatt för våld.

I en kartläggning som Rikskvinnocentrum gjorde i landstingen 2003 fann man att några landsting har infört screening för våld som rutin i mödrahälsovården och att några planerar att göra det. I Uppsala län är rutinen inskrivet i uppdraget för både mödrahälsovården och preventivmedelsrådgivningen.

Erfarenheter och viktiga förutsättningar

De sammantagna erfarenheterna från projekten visar att viktiga förutsättningar för att bedriva screening är:

- att personal får god information om syftet, samt att de får utbildning och stöd i organisationen;
- att det finns tid att ta emot det frågan väcker hos kvinnorna, att personalen känner trygghet i yrkesrollen, att den får handledning och möjlighet till diskussion med kollegor.

Erfarenheterna från screening tyder också på att:

- kunskap om kvinnors utsatthet för våld är väsentlig i verksamheter som möter många kvinnor;
- kvinnor inte berättar spontant om våldserfarenheter, däremot på direkt fråga;
- kvinnor väljer att i huvudsak berätta om tidigare och inte aktuella våldserfarenheter.

Resultaten visar att:

- screening kan bidra till att kvinnor med våldserfarenheter kan få hjälp och stöd;
- såväl kvinnorna som en majoritet av personalen anser att screening för våld bör ingå i den ordinarie verksamheten vid barnmorske- och ungdomsmottagningarna.

Slutsatser inför framtiden

I mödrahälsovården ställs regelmässigt sedan början av 1980-talet frågor till alla gravida om deras vanor när det gäller rökning och alkohol. När dessa frågor infördes som rutin fanns det ett motstånd mot det, eftersom kvinnorna skulle kunna uppleva dem som integritetskränkande. Dessutom betraktades beteendena som något som tillhörde den privata sfären. Frågorna infördes i mödravårdsjournalen med hänvisning till de risker som rökning och alkohol under graviditeten innebär för det väntade barnet. Sedan dess har frågorna om rökning och alkohol samt hälsouppllysning i samband med detta blivit ett självklart inslag i mödrahälsovården.

Olika initiativ har tagits lokalt för att ta med frågan om övergrepp som en del av övriga frågor om livsstil. Exempelvis har en ny preventivmedelsjournal där frågan finns med tagits fram i Uppsala och används på barnmorskemottagningarna där.

Studier visar att både personalen och de tillfrågade kvinnorna anser att det är viktigt att ställa direkta frågor om våld för att skapa större öppenhet och kunna ge stöd och hjälp.

För att göra detta möjligt pekar personalen på att

- det måste sanktioneras av arbetsgivaren;
- det är viktigt att hålla frågan levande och ge mera vidareutbildning;
- man måste lägga till en ruta i journalen som markerar att frågan skall ställas;
- man måste införa en gemensam policy så att alla tar med frågan om våldserfarenhet.

Det pågår en utveckling i landstingen som går mot att personalen i mödrahälsovården ställer frågor om våld till de kvinnor som kommer dit. I ungdomsmottagningarnas verksamhet tas de också upp i allt större utsträckning. Det är nu beställarnas och uppdragsgivarnas sak att bevaka och följa upp att frågorna finns med i uppdragen. Nationellt krävs det att man utvecklar en gemensam syn på vad som skall göras som därefter behöver föras ut till mödrahälsovård och ungdomsmottagningar för att visa att dessa frågor är viktiga. Journalerna behöver en ny utformning som markerar att frågan ställts. Man behöver även lösa problemet med dokumentationen, eftersom den gravida kvinnan själv har hand om sin mödravårdsjournal.

Akutmottagningar och kvinnokliniker är positiva exempel på hur hälso- och sjukvården kan arbeta med kvinnor som utsatts för våld, men de behöver stärka arbetet att identifiera dessa kvinnor genom att skriva och uppdatera PM och utbilda personal. Psykiatri och allmänläkarverksamhet behöver utvecklas på samma sätt. Att införa allmän screening i all hälso- och sjukvård är i dagens läge inte realistiskt, men det är viktigt att personalen får

mer kunskap och större medvetenhet om våld som bakomliggande orsak till symtom.

Detta avsnitt har fokuserats på våld mot kvinnor, men det bör påpekas att även män på olika sätt är utsatta för våld, varför även sådan kunskap är viktig. Våld förekommer exempelvis i lika stor utsträckning i samkönade som heterosexuella relationer. Resurserna för att hjälpa män som utsätter kvinnor för våld är nödvändiga, dels för att underlätta för kvinnorna att lämna männen, dels för att förebygga att våldet upprepas. Särskilda resurscentra bör inrättas i varje landsting, dels för behandling och stöd till utsatta kvinnor, dels för utbildning och stöd till personal.

Vårdens medicinska resultat

De yttersta målen för hälso- och sjukvården handlar om ökad livslängd, förbättrad livskvalitet och hög patienttillfredsställelse. Det råder idag stor enighet om att det är just vårdens resultatkvalitet – till skillnad från struktur- och processkvaliteten – som har den största betydelsen vid bedömning av kvaliteten i vården. Därmed bör vårdens resultat också vara av primärt intresse vid en analys av jämställdhetsutvecklingen i vården.

I det följande presenteras uppgifter om vårdens *resultatkvalitet* för kvinnor och män inom några stora vårdverksamheter. Redovisningarna bygger på data från nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens olika hälsodataregister.

Förlossningsvård

Förlossningsvården tillhör de allra största verksamheterna i hälso- och sjukvården. Att förlossningsvården ges tillräckliga resurser för att upprätthålla och bibehålla hög vårdkvalitet är en stor och viktig kvinnofråga. Problemen med personalbemanning har på vissa förlossningskliniker inneburit problem med att ta emot födande kvinnor och skapat osäkerhet bland de väntande mammorna, särskilt under semestersäsongen.

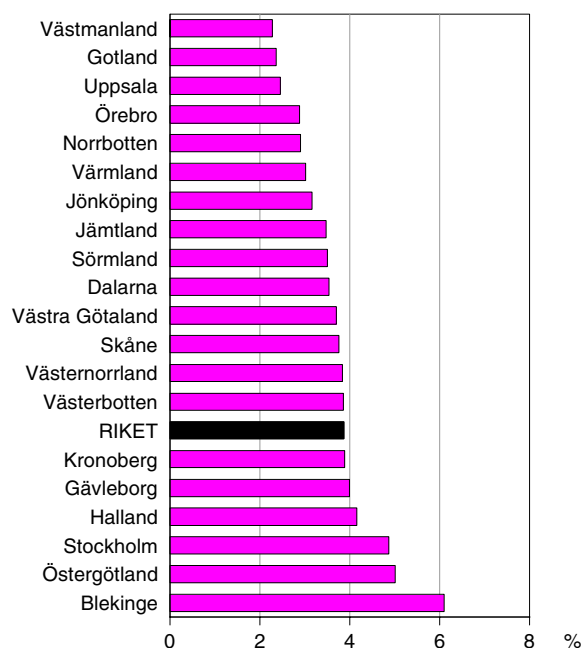
Traditionellt har förlossningsvårdens kvalitet mätts främst genom det nyfödda barnets överlevnad och hälsa. Det finns dock all anledning att även fokusera på de födande kvinnornas upplevelser, livskvalitet och hälsotillstånd.

Sammanställning av data från Medicinska födelseregistret visar att andelen allvarliga bristningar i underlivet (perineala bristningar) i samband med vaginal förlossning har ökat under femårsperioden 1998–2002, från 3,2 procent till 3,9 procent (figur 6). De skador i ringmuskeln som uppstår kan medföra allvarliga problem för de drabbade kvinnorna, som läckage av avföring och gaser.

Andelen skadade kvinnor varierar mellan mindre än 2,5 procent i Västmanland, Uppsala och Gotland till 5–6 procent i Blekinge, Östergötland och Stockholm. Statistiken väcker oro angående kvaliteten på omhändertagandet och bör ge upphov till närmare granskning, särskilt i landsting med hög skadefrekvens.

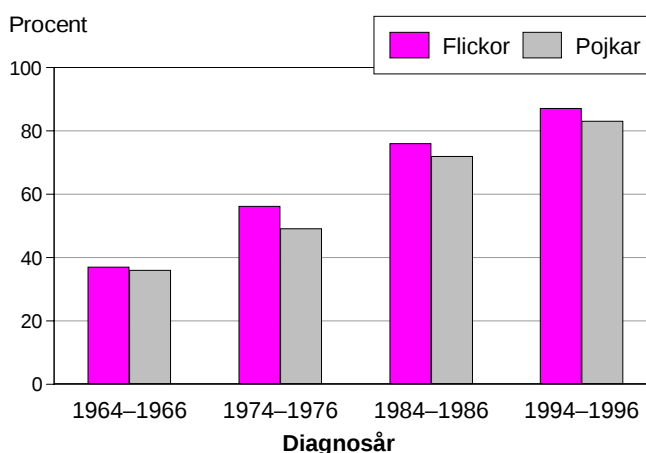
Figur 6. Andelen kvinnor som fått allvarlig (grad III–IV) bristning i underlivet (perinealbristning) vid vaginal förlossning år 2002.

Källa: Medicinska födelseregistret.



Barncancervård

Cancer är ungefär lika vanligt bland pojkar som flickor. Överlevnaden bland de barn som fått diagnosen cancer har förbättrats påtagligt de senaste 30 åren. Den relativa överlevnaden efter fem år är 83 procent bland pojkarna och 87 procent bland flickorna.



Figur 7. Den relativa överlevnaden fem år efter diagnosen. Samtliga cancerformer. Flickor och pojkar.

Källa: EpC.

Hjärtintensivvård

I det nationella kvalitetsregistret för hjärtintensivvård, Riks-HIA, registreras patienter med hotande eller konstaterad akut hjärtinfarkt. Bland de registrerade kvinnorna är medelåldern 76 år och bland männen 70 år.

Dödligheten vid hjärtinfarkt är störst i det akuta skedet under första veckan och avtar därefter gradvis, för att nå ett mer stabilt stadium efter 1–2 månader. Under perioden 1995–2002 har dödligheten inom 30 dagar efter hjärtinfarkt minskat bland de intensivvårdade patienterna, från 16 procent till 12 procent.

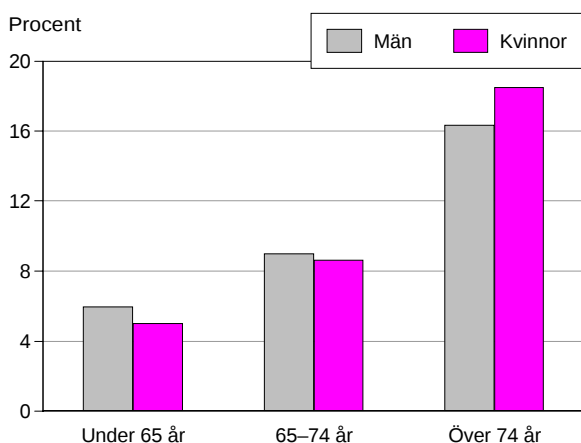
Dödligheten är starkt relaterad till ålder, med en ungefärlig dubblering för varje tioårsperiod över 60-årsåldern. När hänsyn tagits till ålderskillnaden

mellan kvinnor och män, finns inga signifikanta skillnader i dödlighet mellan könen, varken i tidigt eller sent skede av sjukdomen, i Riks-HIA-materialet.

Vård vid slaganfall (stroke)

Samtliga sjukhus som vårdar strokepatienter i akutskedet deltar i det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke [28]. Medelåldern vid insjuknandet i stroke är över 75 år, och kvinnor drabbas i genomsnitt fyra år senare än män.

Dödligheten inom 28 dagar efter stroke är starkt åldersrelaterad. I den yngsta åldersgruppen, under 65 år, är dödligheten cirka fem procent och i den äldsta, över 74 år, nästan tre gånger så hög. Dödligheten är ett par procentenheter lägre bland kvinnor än bland män under 74 år, men i åldersgruppen över 74 år är dödligheten bland kvinnorna klart högre (figur 8).



Figur 8. Andelen patienter som avled inom 28 dagar efter insjuknandet i stroke. Per kön och ålder. 2001–2002.

Källa: Riks-Stroke.

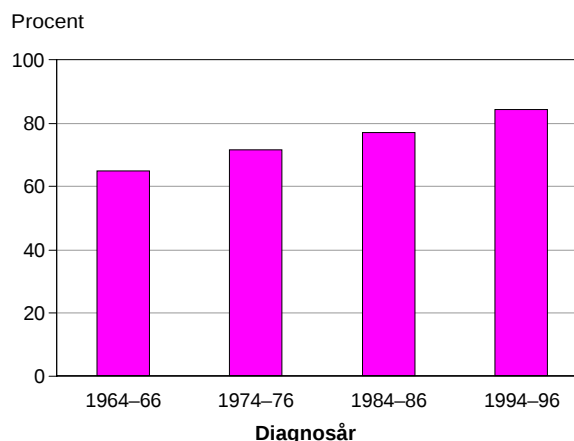
Cancervården

Överlevnaden vid cancer totalt sett, dvs. samtliga typer av cancer, har ökat konstant sedan början av 1960-talet [29]. Patienter som fick diagnosen i mitten av 1990-talet har en relativ femårsöverlevnad på 56 procent bland män och 64 procent bland kvinnor. Detta kan jämföras med mitten av 1960-talet, då överlevnaden var 33 procent bland män och 47 procent bland kvinnor.

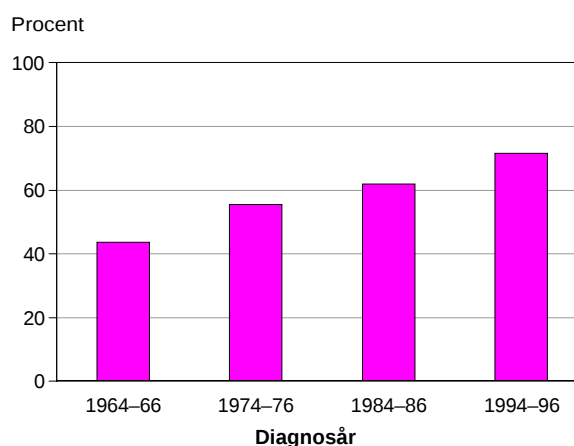
Den vanligaste dödsorsaken i cancer är bröstcancer och prostatacancer. För båda cancerformerna gäller att den relativa överlevnaden successivt förbättrats de senaste decennierna. 5-årsöverlevnaden bland kvinnor som insjuknade i bröstcancer 1984–86 var 77 procent, men 84 procent bland dem som insjuknade 1994–96 (figur 9). Motsvarande siffror för män som insjuknade i prostatacancer 1984–86 var 63 procent och för dem som insjuknade 1994–96 72 procent (figur 10).

Lungcancer ger en mycket dålig prognos för båda könen, även om den relativa 5-årsöverlevnaden är något bättre bland kvinnor, 17 procent, än bland män, 10 procent (figur 11). Den nedslående prognosen hänger samman med bristen på effektiva behandlingsmetoder.

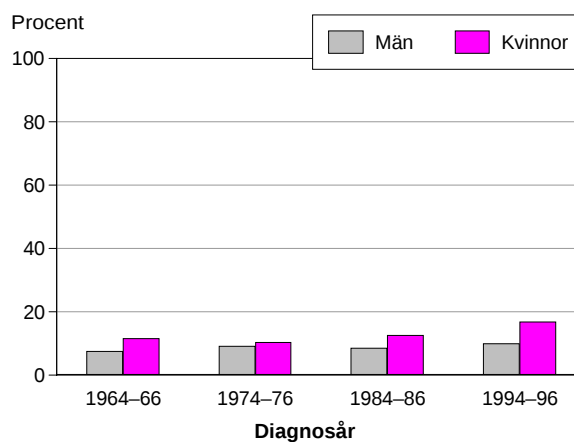
Figur 9. Den relativa överlevnaden fem år efter diagnosen. Bröstcancer. Kvinnor 0–89 år.
Källa: EpC.



Figur 10. Den relativa överlevnaden fem år efter diagnosen. Prostatacancer. Män 0–89 år.
Källa: EpC.



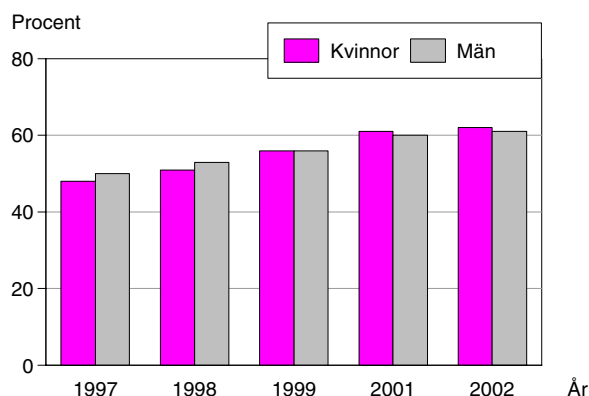
Figur 11. Den relativa överlevnaden fem år efter diagnosen. Lungcancer. Kvinnor och män 0–89 år.
Källa: EpC.



Bland kvinnor med malignt melanom är 5-årsöverlevnaden något bättre än bland män: 92 procent jämfört med 84 procent. Eventuellt kan en del av könsskillnaden när det gäller överlevnad vid malignt melanom, och i mindre utsträckning vid lungcancer och ändtarmscancer, förklaras av att kvinnor är mer hälsomedvetna och lättare än män vänder sig till vården vid misstanke om sjukliga förändringar i kroppen.

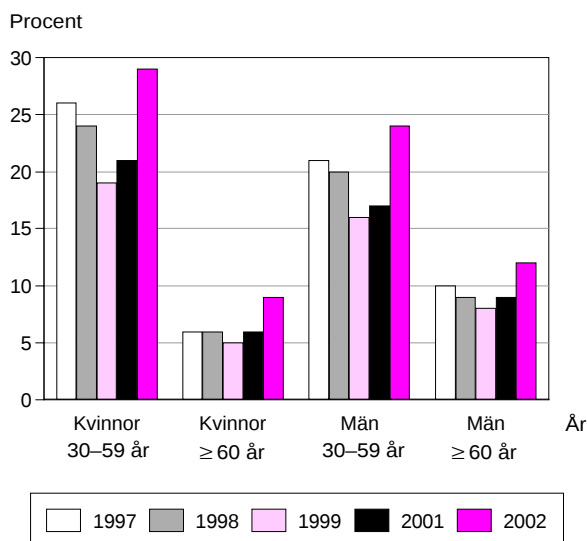
Diabetesvård

Data från Nationella Diabetesregistret visar att andelen patienter som når målvärdet för god kontroll av ämnesomsättningen, HbA1c <6,5 procent, ökat successivt både bland patienter i primärvården och på medicinklinikerna [30]. Det finns inga betydliga könsskillnader i detta hänseende (figur 12). Inte heller finns det könsskillnader när det gäller andelen patienter som når upp till målsättningen om ett blodtryck på <140/85 mmHg. Måluppfyllelsen avseende blodlipidnivåer visar bara obetydliga könsskillnader.



Figur 12. Andelen diabetiker i primärvården med HbA1c <6,5 procent. Per kön. 1997–2002.

Rökfrihet är en viktig målsättning vid diabetes, men andelen rökare verkar oförändrad eller visar snarare en ökande trend (figur 13). Något fler kvinnor än män röker, särskilt bland yngre och medelålders patienter. Dessa mönster liknar de allmänna trenderna i befolkningen, men kan få särskilt allvarliga konsekvenser för personer med diabetes.



Figur 13. Andelen rökare bland diabetiker i primärvården. Per kön och ålder. 1997–2002.

Samtliga resultat är något osäkra p.g.a. bristande registertäckning, framförallt i primärvården. Vid jämförelser mellan könen är det framöver önskvärt att samtidigt ta hänsyn till andra faktorer, såsom ålder och typ av diabetes.

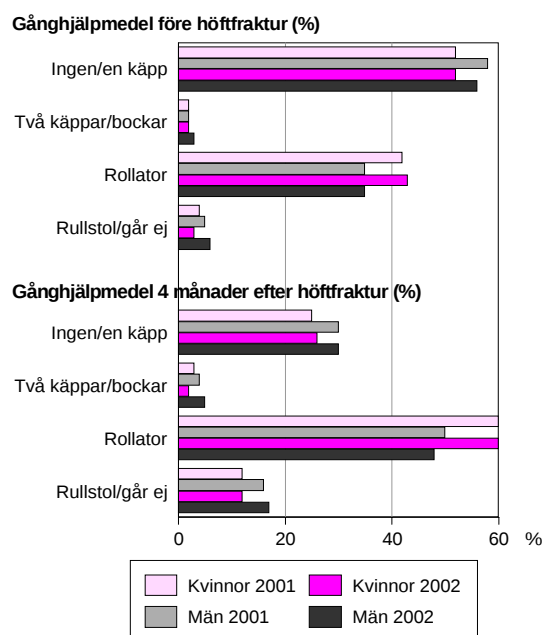
Vård vid rörelseorganens sjukdomar

Uppgifter från Nationalregistret för *höftledsplastiker* (konstgjord höft) visar att genomsnittsåldern vid primär höftoperation är generellt högre bland kvinnor än bland män, med undantag av följdtilstånd efter barnsjukdomar [31]. Om detta speglar att könen har olika tillgång till operation är oklart. Behov av omoperation är generellt sett klart högre bland män, utom när det gäller unga kvinnor, där resultaten blir sämre oberoende av operationsmetod. Djupare analyser behövs för att fastställa orsakerna till könsskillnaderna.

Uppföljningar av *höftfrakturpatienter* visar inga könsskillnader när det gäller smärta efter operationen och obetydliga skillnader när det gäller behov av gånghjälpmedel. Kvinnliga patienter hade ett något större behov av rollator redan före höftfrakturen (figur 14 och 15) [32].

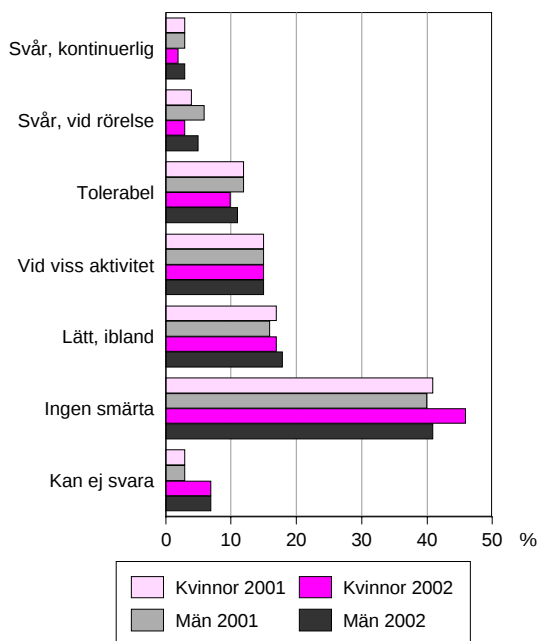
Figur 14. Användning av gånghjälpmedel före och fyra månader efter höftfraktur. Per kön. 2002.

Källa: RIKSHÖFTSAHFE.



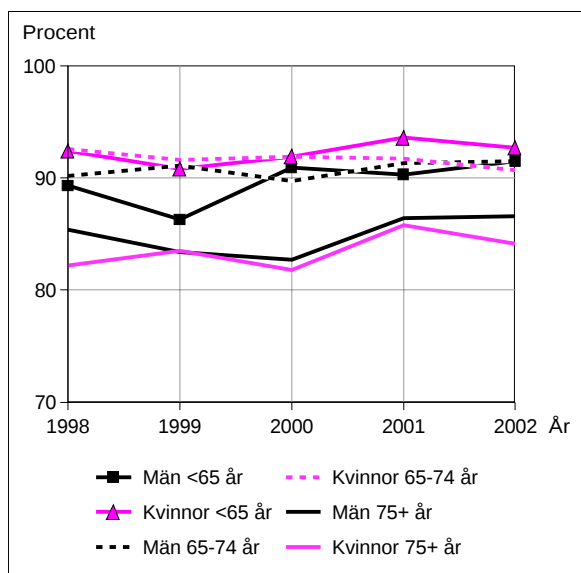
Figur 15. Andel höftfrakturpatienter med smärtor i höften fyra månader efter höftfraktur. Per kön. 2002.

Källa: RIKSHÖFTSAHFE.



Ögonsjukvården

Medelåldern bland de kvinnor som opereras för gråstarr (katarakt) är närmare 77 år och bland män knappt 75 år [2]. Andelen patienter som efter operationen når en synskärpa på 0,5 eller bättre i operationsögat har varit oförändrad, 85–88 procent av patienterna under perioden 1998–2002. Det finns ingen könsskillnad vad gäller operationsresultatet; däremot blev resultat i operationsögat hos de äldsta patienterna aningen sämre än hos övriga (figur 16).



Figur 16. Andelen patienter med en postoperativ synskärpa på 0,5 eller bättre i det opererade ögat. Per kön och ålder. 1998–2002.

Källa: Nationella Kataraktregistret.

År 2000 gjordes en könsuppdelad analys av nyttan med kataraktoperation. Tidigare projekt visade att kataraktoperation var till lika stor nytta för äldre patienter (>85 år) som för yngre, om de inte hade någon annan ögonsjukdom. Cirka hälften av både de kvinnliga och manliga patienter som genomgått en gråstarrsoperation bedömdes vid sexmånadersuppföljningen ha haft mycket stor eller stor nytta av operationen, medan andelen som inte haft någon nytta av den var 8–9 procent. Ungefär samma resultat hade gällt de senaste fem åren.

Slutsatser

I de redovisade områdena finns det få exempel på större skillnader mellan kvinnor och män när det gäller vårdens resultat kvalitet. Exempelen från hjärtintensivvård, strokevård och ögonsjukvård illustrerar samtidigt att enkel könsuppdelad statistik över olika vårdåtgärder inte nödvändigtvis ger svar på frågan om vården är jämställd. Ofta behövs det djupare analyser som tar hänsyn till flera faktorer för att man skall kunna bedöma vårdens resultat.

Framförallt kan olika åldersfördelning mellan kvinnliga och manliga patienter komplicera jämförelserna. Även en rad andra, prognostiska faktorer (som har med utgången av sjukdomen eller resultatet av behandlingen att göra) kan påverka resultatet av olika behandlingsåtgärder för kvinnor och män.

De flesta av de nationella kvalitetsregistren innehåller ett stort antal uppgifter om de registrerade patienterna och deras sjukdom och behandling. Därmed ger registren en utmärkt utgångspunkt för djupare analyser av vårdens resultat kvalitet med hänsyn tagen till nämnda skillnader mellan könen.

Ett problem i sammanhanget är att kvalitetsregister saknas för vissa breda och ”mjuka” verksamheter, såsom primärvård, psykiatri, smärtrehabilitering m.m. Framför allt kvinnliga patienter lider ofta av ospecifika symtom och tillstånd som i första hand tas omhand i primärvården och som inte omfattas av någon kvalitetsregistrering. I ett jämställdhetsperspektiv verkar det angeläget att systematisk kvalitetsuppföljning och -förbättring även kommer till stånd på dessa vårdområden.

Läkemedelsbehandling – könsskillnader i kvalitet och resultat?

Nyare och dyrare – inte alltid bättre

Som visades i ett tidigare avsnitt börjar man oftast skriva ut nya och dyrare läkemedel först till män. Detta är ett faktum som ofta diskuterats ur ett jämställdhetsperspektiv – undanhålls kvinnor i onödan effektiv behandling? En viktig fråga är då: Innebär *nya* läkemedel alltid ”*bättre*” läkemedelsbehandling? Det kan göra det, men det kan också vara tvärtom. När det gäller hypertoni kan man konstatera att män snabbare fick tillgång till nya läkemedelsgrupper, t.ex. de s.k. ACE-hämmarna och kalciumflödeshämmarna. Det berodde delvis på att det främst var män som studerades i de kliniska studierna. De flesta experter är emellertid idag överens om att det fortfarande är de lite äldre hypertoni-läkemedlen (betablockerarna och diuretika), som är förstahandsval för de flesta personer med högt blodtryck [33].

När det gäller nya läkemedel är kunskaperna generellt sett begränsade, både om effekt och biverkningar vid den tidpunkt då de godkändes för försäljning. Det brukar ofta ta flera år innan man egentligen vet vilken plats i terapin det nya läkemedlet bör ha, och hur säkert läkemedlet är. Det kan därför inte alls sägas vara belagt att restriktivitet med nya behandlingar med läkemedel innebär sämre behandlingskvalitet för kvinnor. Däremot är det förstås viktigt att noga överväga mekanismerna bakom det faktum att nya läkemedel oftast ordineras snabbare till män. Mot bakgrund av den roll som kön spelar för de flesta möten i också inom sjukvården, kan man naturligtvis inte utesluta att män i vissa sammanhang på grund av delvis omedvetna traditionella uppfattningar ”prioriteras högre” och erbjuds den senaste tillgängliga behandlingen. Synliggörandet av dessa mekanismer borde kunna leda till att forskrivarna blir något mer försiktiga med nya behandlingar också till män.

Biologiska skillnader mellan män och kvinnor kan påverka läkemedlens effekt

De flesta läkemedel används av såväl män som kvinnor. Traditionellt har dosering och behandlingsrekommendationer grundats på studier på medelålders män. De senaste 10–15 åren har man emellertid alltmer kommit att uppmärksamma att det kan finnas biologiska skillnader mellan könen som har betydelse för vilken effekt ett läkemedel har, och att de måste beaktas.

Det handlar om konstitutionella, hormonella och metabola (som gäller ämnesomsättningen) olikheter som kan påverka hur läkemedel tas upp, fördelas, omsätts och bryts ner i kroppen. Dessutom kan hormonerna påverka hur känsliga vävnaderna är för ett visst läkemedel. Hos kvinnor varierar också hormonnivåerna, i och med att östrogennivåerna skiftar från månad till månad, och de har även procentuellt sett dubbelt så mycket fett i kroppen som män [34].

I allmänhet är skillnaderna när det gäller hur läkemedel omsätts i kroppen ofta större mellan personer av samma kön än mellan personer av olika kön, beroende på faktorer som ålder eller nedsatt njur- och leverfunktion. Trots detta, och trots att de flesta läkemedel förskrivs till såväl män som kvinnor, har kvinnor varit underrepresenterade i många av de studier som avser att belysa läkemedelseffekter. En avgörande orsak till detta har varit de risker som skulle kunna uppstå för fostret om kvinnan blev gravid under läkemedelsprövningen. En annan orsak är de ovannämnda skillnaderna, som kan medföra att man måste ha med fler personer i studierna för att få de eftersträlvade resultaten, med ökade kostnader för företagen som följd.

Betydelsen av att ta med kvinnor på ett representativt sätt i studierna visades i en amerikansk studie från 2001, där det konstateras att hälsoriskerna var större för kvinnorna när det gällde åtta av tio receptbelagda läkemedel som togs bort från marknaden mellan 1997 och 2001 [35]. I en amerikansk studie gick man igenom 185 nya preparat som godkänts av den amerikanska läkemedelsmyndigheten (Food and Drug administration, FDA) åren 1995–1999. Det visade sig att det saknades könsspecifik information för en tredjedel av preparaten, medan 22 procent (41 substanser) hade en upplysning om att medlet hade olika verkan på män och kvinnor. I inget fall fanns några rekommendationer om olika dosering för män och kvinnor [36].

1992 infördes dock nya riktlinjer i USA för inkludering av kvinnor i klinisk forskning om läkemedel.

Motsvarande lagstiftning finns inte i Sverige eller i Europa. I Sverige är det Läkemedelsverket som bedömer den kliniska dokumentationen inför godkännande av ett läkemedel, och idag bedömer myndigheten att båda könen i stort sett är representerade på ett tillfredsställande sätt i kliniska prövningar. Kvinnor dominerar exempelvis i studier av depression, demenssjukdomar, reumatoid artrit och migrän, medan män dominerar på hjärt-kärlområdet.

Ungefär hälften av alla läkemedel bedöms av den europeiska myndigheten (EMA) i London.

Vid utredning inför godkännande av läkemedel i Sverige bedöms effekt och säkerhet för båda könen. I den händelse relevanta könsskillnader observeras, informeras patienten om detta i informationsbladet i förpackningen samt i produktresumén och FASS-texten för sjukvården. Vid en genomgång av centralt godkända läkemedel 1998–2003 noterades dock att den könsspecifika granskning som gjorts inför godkännandet inte alltid redovisas i den vetenskapliga sammanfattningen och produktresumén [37].

Några exempel

Det är ganska ovanligt att man upptäcker kliniskt relevanta skillnader mellan män och kvinnor ifråga om läkemedelseffekt (eller biverkningar), så förekommer det trots allt enligt vissa större studier.

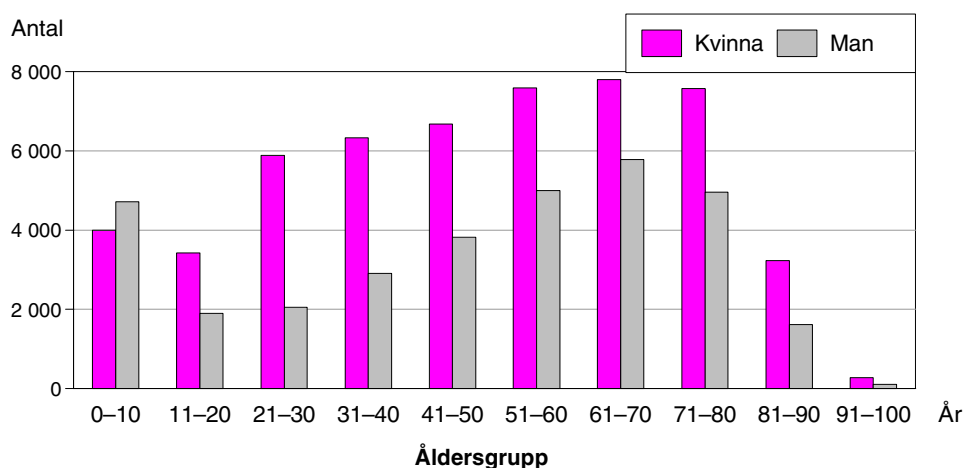
I en amerikansk studie av medelålders patienter med högt blodtryck fann man att den blodtryckssänkande effekten av substansen hydroklortiazid var större på kvinnor än på män. Vidare visade den så kallade CURE-studien att tillägg av klopido­grel (Plavix) vid syrebrist i hjärtmuskulaturen (akut kardiell ischemi) gav god effekt på män, men inte på kvinnor [38]. Halten av läkemedel mot höga blodfetter blir oftast högre i plasma hos äldre kvinnor än hos äldre män. Hos yngre personer finns inte denna skillnad. Den kliniska effekten på sänkningen av blodfetter är oklar.

Hjärtsvikt är en vanlig sjukdom bland äldre människor. 1997 publicerades resultaten från en studie av digoxin vid hjärtsvikt hos 6 800 patienter. Studien visade att risken att bli inlagd på sjukhus på grund av förvärrad hjärtsvikt minskade vid användning av digoxin. I en efteranalys visade det sig emellertid att detta resultat gällde män. Istället dödligheten bland kvinnor som behandlats med digoxin något större, vilket tolkades som att kvinnor var mer känsliga för digoxinets ogynnsamma effekt [39, 40].

Läkemedel mot arytmi har i flera studier visat sig ha könsspecifika effekter, som bland annat kan resultera i ökad risk för läkemedelsorsakad arytmi. Också antipsykotiska läkemedel har visat sig ha vissa könsspecifika effekter som man antar har med hormonella orsaker att göra, men de kliniskt märkbara effekterna av detta är oklara. En del studier har visat att vissa antidepressiva läkemedel (s.k. monoaminooxidashämmare) ger bättre effekt på kvinnor än på män. Läkemedel mot höga blodfetter har i några mindre studier visat sig ge högre nivåer av substansen i plasma hos kvinnor, men de kliniska effekterna av detta är oklara [41].

Könsskillnader vad gäller biverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem

I allmänhet rapporterar kvinnor fler läkemedelsbiverkningar än män (figur 17). Detta hänger främst samman med att de använder mer läkemedel. Eftersom kvinnor har lägre vikt, beror en del av biverkningarna på att man inte anpassar dosen efter deras vikten. Också andra biologiska skillnader mellan män och kvinnor kan bidra till att biverkningarna bland kvinnor ökar. Ett exempel är hosta orsakad av ACE-hämmare, som är vanligare bland kvinnor. Ett annat exempel är biverkningar av de virushämmande medel som ges mot HIV-infektioner. Nyligen rapporterades från USA att kvinnor med HIV löper flera gånger större risk att utveckla allvarliga biverkningar på levern av ett sådant medel (MedWatch FDA, februari 2003). Kvinnor drabbas också oftare än män av biverkningar i form av blödningar av läkemedlet warfarin.

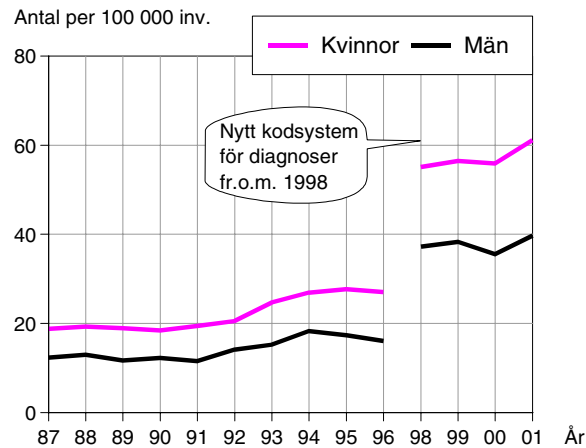


Figur 17. Antalet biverkningar med sannolikt samband med ett läkemedel som rapporterats till Läkemedelsverket.

Att kvinnor använder fler läkemedel bidrar till att risken för att använda olämpliga kombinationer av läkemedel ökar, liksom andra negativa konsekvenser, t.ex. att patienten följer ordinationen. Bristande kvalitet på läkemedelsanvändningen är sannolikt den vanligaste orsaken till s.k. *iatrogen sjuklighet*, d.v.s. sjuklighet som orsakas av sjukvårdens egna insatser.

Negativa effekter av läkemedelsbehandling kan beskrivas med olika termer och definitioner, såsom biverkningar eller läkemedelsrelaterad sjuklighet. Läkemedelsrelaterad sjuklighet skulle kunna sägas uppstå som konsekvens av ett antal olösta eller oupptäckta *läkemedelsrelaterade problem*. Ett läkemedelsrelaterat problem kan definieras som en händelse eller en omständighet som påverkar eller skulle kunna påverka behandlingsresultat. Följande situationer kan sägas utgöra läkemedelsrelaterade problem:

- *Obehandlad indikation* – patienten har ett medicinskt problem som skulle kunna lösas med läkemedel men får det inte.
- *Olämpligt läkemedelsval* – patienten behandlas med fel läkemedel.
- *Underbehandling* – patienten har ett medicinskt problem och behandlas med för låg dos av rätt läkemedel.
- *Överdosing* – patienten har ett medicinskt problem som orsakas av att patienten behandlas med för hög dos av rätt läkemedel.
- *Biverkning* – patienten har ett medicinskt problem som orsakas av en biverkning av läkemedel vid normal dosering.
- *Interaktioner* – patienten har ett medicinskt problem som orsakas av att läkemedel samverkar med annat läkemedel eller med föda.
- *Läkemedel utan indikation* – patienten behandlas med läkemedel utan att ha någon medicinskt giltig indikation.



Figur 18. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare i respektive läkemedelsgrupp där "ogynnsam effekt" av läkemedel rapporterats som orsak.

Data ur Patientregistret.

Av figur 18 ovan framgår att det är fler kvinnor än män som råkar ut för en ogynnsam effekt av läkemedel som rapporteras till Patientregistret. Läkemedelsrelaterad sjuklighet är av allt att döma ett betydande problem, även om det inte är helt lätt att kvantifiera och bedöma. Utifrån Patientregistret går det bara att fånga upp en mycket liten del av problemets volym och kostnader. Mindre än en procent av alla slutenvårdstillfällen har läkemedelsförgiftning som huvuddiagnos eller bidiagnos.

Mer riktade studier visar på väsentligt högre siffror. Enbart när det gäller biverkningar, som de flesta studier undersökt, uppskattar man att mellan 10–20 procent av alla äldre personer som tas in akut på sjukhus har läkemedelsrelaterade problem. I en preliminär analys i en aktuell studie, redovisad på läkarnas riksstämman 2003, var ett av resultaten att en av sju av patienter över 65 år som lagts in på Huddinge Universitetssjukhus, hade tagits in på grund av biverkningar eller andra läkemedelsrelaterade problem [42].

Kvalitetsindikatorer för läkemedelsanvändningen – skillnader mellan män och kvinnor

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat i flera rapporter att just äldre av olika skäl ofta utsätts för riskfylld läkemedelsanvändning. Socialstyrelsen har därför utvecklat indikatorer som skall göra det möjligt att följa kvaliteten på äldres läkemedelsanvändning [43].

Tabell 3 visar läkemedelsanvändningen enligt några av Socialstyrelsens framtagna kvalitetsindikatorer för män och kvinnor i fyra olika studier. Det finns en ökad trend att oftare ge äldre kvinnor antikolinerga läkemedel (olämpliga för äldre p.g.a. risk för förvirringstillstånd) samt långverkande bensodiazepiner (vissa lugnande medel och sömnmedel är olämpliga p.g.a. risken för biverkningar som dagtrötthet, kognitiva störningar och fall). I övrigt finns inga mönster som tyder på könsskillnader.

Tabell 3. Läkemedelsanvändningen enligt några kvalitetsindikatorer i fyra olika studier.

		Kungsholms- projektet 1997–98 ¹	Nationella Kartläggningen 1997–98 ²	Läkemedels- registret 2002 ³	ApoDos- studie 2002 ⁴
		M 73 K 346	M 2351 K 3852	M 18554 K 28087	M 848 K 2090
Antal läkemedel per person	Män	4,7	4,3	–	10,3
	Kvinnor	5,4	4,9	–	10,4
Andel personer %					
Antikolinerga medel	Män	5,5	6,8	1,2	20,0
	Kvinnor	8,7	7,6	1,6	21,0
Långtidsverkande bensodiazepiner	Män	9,6	10,9	0,3	16,0
	Kvinnor	17,6	16,5	0,4	17,0
Dubbel-användning	Män	12,3	6,3	0,7	20,8
	Kvinnor	11,6	7,4	0,9	20,8
Läkemedels-interaktioner, klass C	Män	28,8	22,5	2,3	40,7
	Kvinnor	30,9	24,1	2,1	42,3
Läkemedels-interaktioner, klass D	Män	0	3,3	0,8	10,1
	Kvinnor	3,2	3,0	0,8	7,3

¹ Den tredje uppföljningen i Kungsholmsprojektet, en populationsbaserad studie av äldre på Kungsholmen i Stockholm.

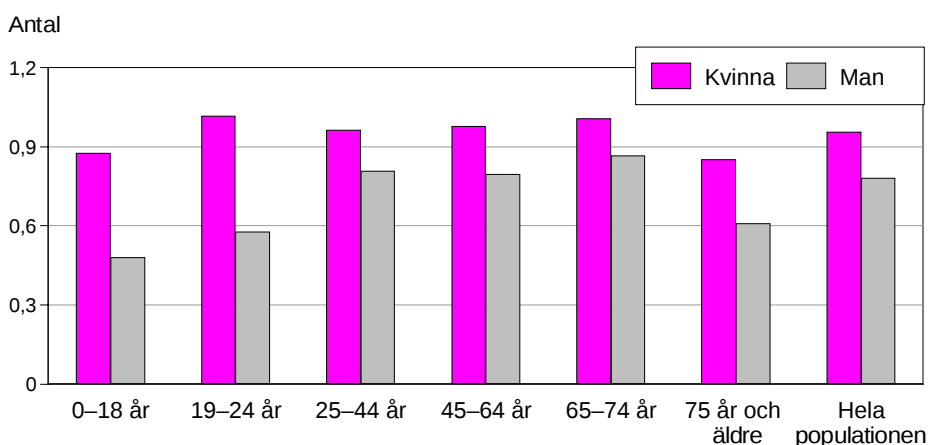
² Socialstyrelsens kartläggning av förskrivna läkemedel och diagnoser bland äldre 75+, i öppen vård.

³ Analys av alla köp av läkemedel mot recept till äldre 65+, under mars månad 2002.

⁴ Analys av data från ApoDos-databasen (Apotekets datalager) gällande äldre 65+ i kommunala boendeformer för äldre i Jönköpings län i november 2002.

Psykiatrisk heldygnsvård

Hösten 2001 gjorde Socialstyrelsen en undersökning omfattande 5 206 patienter som fick psykiatrisk heldygnsvård. Syftet med undersökningen var bland annat att belysa kvaliteten på läkemedelsanvändning bland män och kvinnor. Av de undersökta patienterna var 40 procent kvinnor, och de hade i genomsnitt ordinerats fler läkemedel än männen (figur 19).

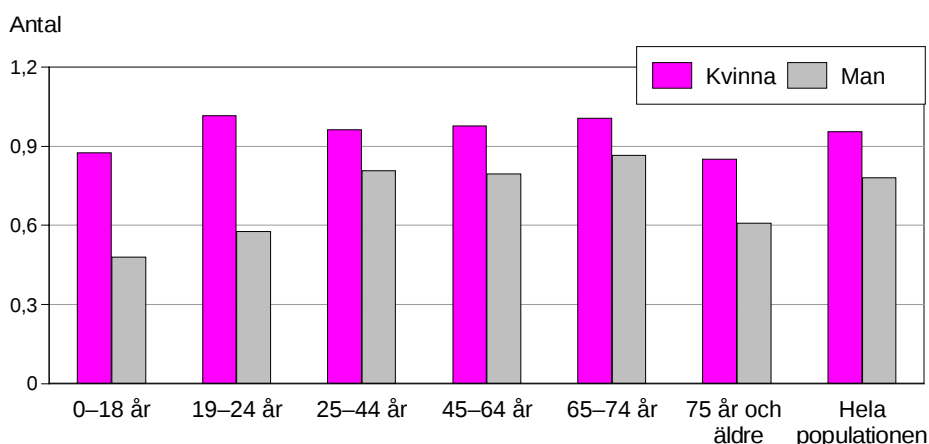


Figur 19. Antal läkemedel per person.

I genomsnitt för hela populationen hade kvinnorna ordinerats 7,4 läkemedel per person, och männen 6,2. Den kvinna som ordinerats flest läkemedel hade 25 läkemedel samtidigt. Bland de äldre användes fler läkemedel per person, ett mönster som är känt från olika studier på exempelvis sjukhem och olika boendeformer för äldre.

Hur många läkemedel är det rimligt att använda samtidigt? Det finns naturligtvis inget enkelt svar på den frågan, men klart är att det är svårt att förutsäga både effekter och biverkningar samt samverkan med andra läkemedel när en människa får flera läkemedel samtidigt.

I analysen användes *kvalitetsindikatorer* som Socialstyrelsen tidigare utvecklat för att studera läkemedelsanvändningen vid psykisk sjukdom. Indikatorerna grundar sig på befintliga rekommendationer och riktlinjer för behandling. Det är viktigt att notera att indikatorer av detta slag är avsedda att spegla kvaliteten på populations- och enhetsnivå, inte individnivå. Såsom dessa indikatorer är konstruerade är det önskvärt med ett så lågt värde som möjligt, dvs. ju mindre andel av patienterna med de i indikatorerna angivna behandlingar eller kombinationer desto högre kvalitet. Det finns dock inga absoluta gränser för vad som anses vara god kvalitet. Det huvudsakliga syftet med denna studie är att belysa läkemedelsanvändningen ur ett kvalitetsperspektiv. Indikatorerna grundar sig på 1) Rekommendationer om användning av antipsykotiska läkemedel [45]. 2) I litteraturen ofta förekommande mått på kvaliteten av läkemedelsanvändning inom slutna psykiatrisk vård framförallt med avseende på mängd psykofarmaka, exempel ordination av flera olika lugnande läkemedel samtidigt. 3) Kliniskt relevanta interaktioner enligt FASS av typ C eller D².



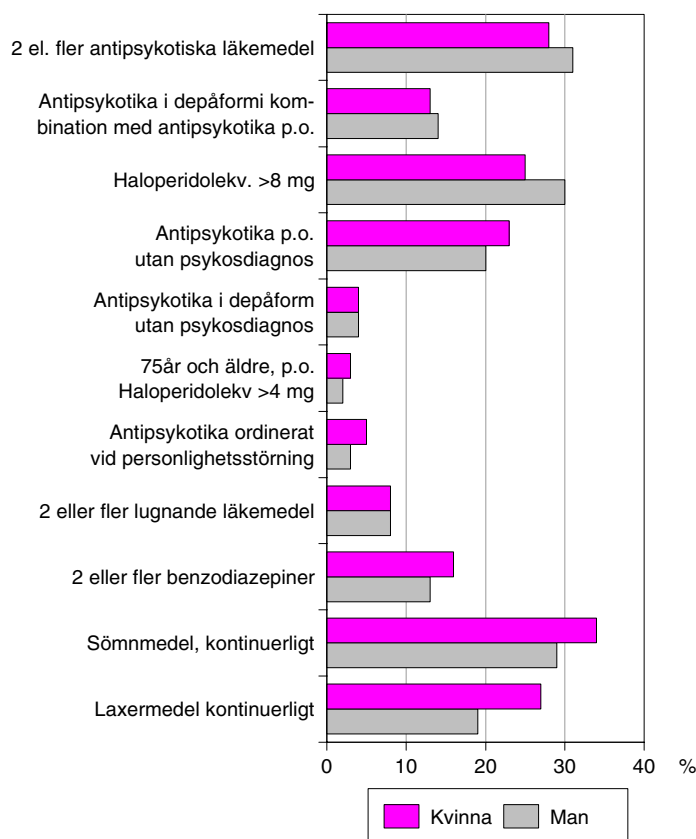
Figur 20. Antal interaktioner i genomsnitt per person. Fördelning män och kvinnor.

I figur 20 illustreras att riskerna för att använda läkemedelskombinationer som kan ge upphov till interaktioner är större för kvinnor som ju ordinerar fler läkemedel. De allra flesta kombinationerna var av typ C, som delvis kan bemästras med individuell dosering och/eller bestämning av hur hög läke-

² C Interaktionen kan leda till ändrad effekt eller biverkningar men kan bemästras med individuell dosering och/eller plasmakoncentrationsbestämning av läkemedlet. *Kombinationen kan kräva dosanpassning.*

D Interaktionen kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller i övrigt vara svår att bemästra med individuell dosering. *Kombinationen bör därför undvikas.*

medelskoncentrationen är i plasma. Det finns ingen information om i vilken utsträckning detta skett. Den i särklass vanligaste kombinationen av typen C var kombination av ett antipsykotiskt läkemedel och ett läkemedel mot depression. Förutom det att preparaten kan hämma varandras nedbrytning, kan de också ha delvis motsatta effekter. Det är naturligtvis vanligt att personer i denna patientgrupp får dessa kombinationer. Analysen är avsedd att visa att det är nödvändigt att vara uppmärksam vid behandling med många läkemedel samtidigt, speciellt när det gäller kvinnor som har många olika läkemedel samtidigt.



Figur 21. Läkemedelsanvändningen enligt vissa kvalitetsindikatorer. Procent män respektive kvinnor.

Av figuren ovan framgår att det saknades dokumentation om psykosdiagnos beträffande 23 procent av de kvinnor som ordinerats antipsykotiska läkemedel (neuroleptika) i tablettform. Männerna hade dock oftare än kvinnorna ordinerats att ta flera antipsykotiska läkemedel samtidigt. De hade också fått högre doser än kvinnorna, vilket delvis förklaras av mäns högre kroppsvikt och att mäns sjukdomsbild vid psykoser. Kvinnorna var oftare ordinerade lugnande medel och sömnmedel samt laxermedel.

Anmärkningsvärt är hela 34 procent av kvinnorna och 29 procent av männen hade ordinerats sömnmedel för kontinuerlig användning. Vidare hade två tredjedelar av de kvinnor som vårdades för personlighetsstörning ordinerats antipsykotiska läkemedel, något som inte är förenligt med god behandlingspraxis. Bland männen var det något färre.

Sammanfattning

Det finns både hormonella skillnader och andra skillnader som gör att män och kvinnor omsätter läkemedel på olika sätt. Även andra, både medicinska, psykosociala och kulturella, faktorer kan påverka. Att kvinnor ordinerar fler läkemedel bidrar också till att risken för att använda olämpliga kombinationer av läkemedel ökar, liksom risken för biverkningar. Kvinnor rapporterar oftare biverkningar än män, och framförallt äldre kvinnor tas oftare in akut på sjukhus för läkemedelsrelaterad sjuklighet, enligt uppgifter från Patientregistret på Socialstyrelsen.

Vi kan åter konstatera att läkemedelsanvändningen är mycket omfattande och problematisk bland äldre och bland psykiskt handikappade som vårdas i heldygnsvård. Kvinnor behandlas ofta med fler läkemedel än män, vilket kräver noggrann uppföljning, eftersom risken att drabbas av läkemedelsrelaterad sjuklighet ökar.

Kvalitetsbrister och problem i vården

Majoriteten av samtliga anmälningar och klagomål på vården, cirka 60 procent, handlar om vård och behandling av kvinnliga patienter. Detta gäller oavsett om instansen som tar emot ärendena är Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Patientförsäkringen, Socialstyrelsen eller huvudmännens patientnämnder. Samma mönster redovisades redan i betänkandet *"Jämställd vård. Olika vård på lika villkor"* och har gällt åtminstone de senaste tio åren.

Patientnämndernas material visar att kvinnor klagar något mer på det allmänna bemötandet än män. Även detta mönster har bestått i flera år. Patientnämnden i Stockholms län tog emot närmare 5 000 klagomål år 2002, av vilka 63 procent berörde vården av kvinnor och 37 procent vården av män (tabell 4) [46]. Bemötandeärenden är särskilt vanliga i primärvård och allmänmedicinsk verksamhet, som på senare år ökat sin andel av det totala antalet klagomål på vården.

Tabell 4. Antal inkomna klagomål per ärendetyp och kön. Patientnämnden i Stockholms län. 2002.

Ärendetyp	Män		Kvinnor	
	N	%	N	%
Vård och behandling	726	41	1 165	38
Bemötande, kommunikation, information	206	12	535	18
Organisation, regler, resurser	663	38	1 091	36
Övrigt	162	9	261	9
Totalt	1 757	100	3 052	100

Källa: Årsrapport 2002, Patientnämnden i Stockholms län.

HSAN har i sin årsredovisning lämnat en beskrivning av hur de anmälningar som avgjordes 2002 fördelar sig med avseende på patientens respektive den anmälda personalens ålder och kön [47]. Majoriteten av de berörda patienterna, 58 procent, var kvinnor och 42 procent män. När det gällde anmäld personal var könsfördelningen den omvända, över 60 procent av de anmälda var män och knappt 40 procent kvinnor.

Tabell 5. Ålders- och könsfördelning bland anmälade patient och anmäld personal.

Ålder	Patienter						Personal					
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0–10	76	55	62	45	138	100						
11–20	72	50	71	50	143	100			1	100	1	100
21–30	106	36	186	64	292	100	56	32	118	68	174	100
31–40	172	38	284	62	456	100	452	61	289	39	741	100
41–50	216	45	266	55	482	100	911	59	639	41	1550	100
51–60	222	41	313	59	535	100	1074	64	614	36	1688	100
61–70	162	46	191	54	353	100	327	72	125	28	452	100
71–80	130	43	172	57	302	100	24	83	5	17	29	100
81–90	69	39	110	61	179	100	4	67	2	33	6	100
91–100	4	11	32	89	36	100	1	100			1	100
101–110	9	53	8	47	17	100						
Totalt	1238	42	1695	58	2933	100	2849	61	1793	39	4642	100

Källa: HSAN 2002.

Kvinnliga läkare verkade bli anmälda i något mindre utsträckning än manliga läkare. Att kirurgi inklusive ortopedi utgör en mycket stor del av anmälningarna, och att kirurgi är en typiskt mansdominerad specialitet, kan vara en av förklaringarna till könsskillnaden. Alternativt kan förklaringar möjligen sökas i sämre samspel mellan patienter och personal av olika kön.

Sammantaget visar analyser av data från olika klagomålsinstanser att den ojämna könsfördelningen och den högre andelen bemötandeärenden från kvinnliga patienter inte beror på tillfälliga eller slumpmässiga fenomen. Ofta diskuteras frågan om skillnaden kan hänföras till kvinnors något högre vårdutnyttjande, särskilt av den öppna vården. Mot detta talar att en ojämn könsfördelning även upptäckts i verksamheter i den slutna vården, där vårdutnyttjandet inte är väsentligt högre bland kvinnor än bland män.

Även i många befolkningsundersökningar finner man att kvinnor rapporterar större missnöje med hälso- och sjukvården än män. En av frågorna vid ULF-undersökningarna handlar om sjukhusens och läkarnas bemötande av patienterna. Andelen personer som anser sig ha blivit felaktigt behandlade har ökat mellan år 1984 och 2001, och kvinnor känner sig mer felaktigt eller orättvist behandlade än män (tabell 6).

Tabell 6. Andel av befolkningen som anser sig ha blivit felaktigt eller orättvist behandlad av sjukhus eller läkare. Per kön. 1984, 1992/93 och 2001.

Kön	1984	1992/93	2000/01
Män	8,6	12,5	12,5
Kvinnor	12,4	16,4	17,3
Samtliga	10,5	14,5	14,9

Källa: ULF, HSSÅ 2002.

Att sätta missnöje med vården i samband med högt vårdutnyttjande känns som en bakvänd tanke, om man utgår ifrån att vården håller jämn och bra

kvalitet. I så fall borde man snarare förvänta sig att större utnyttjande av sjukvårdstjänster skulle skapa större tillfredsställelse med vården. När detta inte tycks vara fallet, bör andra förklaringar till könsskillnader när det gäller tillfredsställelse med vården sökas. En kan vara att kvinnor, som allmänt är mer hälsomedvetna, ofta arbetar i vårdsektorn och ofta har vårdansvar i familjen, är mer vana att bedöma vårdens verkliga kvalitet och har en större benägenhet att agera som medvetna vårdkonsumenter.

En alternativ förklaring är, att vården de facto är sämre anpassad efter kvinnors behov och förutsättningar och därmed fungerar sämre för kvinnor. I så fall kan det något högre vårdutnyttjandet bland kvinnorna spegla frustration med dåligt omhändertagande och icke effektiv vård. Detta verkar ju vara fallet när det gäller t.ex. kvinnor med kroniska smärttillstånd som gång på gång vänder sig till den öppna vården.

4. Uppföljning av några centrala forskningsområden

Sammanfattning

I betänkandet *Jämställd vård – olika vård på lika villkor* identifierades ett antal viktiga områden, där det behövdes nya kunskaper för att skapa förutsättningar för ett bättre bemötande och omhändertagande av kvinnor och män i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har undersökt vad som hänt på några av de identifierade områdena:

- Samspelet mellan patient och vårdare.
- Omvårdnadsforskning med ett genusperspektiv.
- Klinisk forskning för att fylla särskilda kunskapsluckor – inriktning mot hjärt-kärlsjukdom och reumatiska sjukdomar.
- De konsekvenser reformer och förändringar i vårdens övergripande struktur fått för män respektive kvinnor.

Några slutsatser:

- Samspel och kommunikation i vårdsituationer påverkas av såväl patientens som vårdarens kön. Fortfarande finns det dock få svenska studier på detta område. Forskning som behandlar genusrelaterade frågor i vården från ett kulturellt och socialt perspektiv är fortfarande begränsad, liksom forskning om omvårdnad ur ett könsperspektiv.
- Framtida studier om bemötande och omvårdnad bör inriktas mot förmedling av information ur ett könsperspektiv. Särskild uppmärksamhet bör riktas mot förebyggande insatser för män, som har högre dödlighet i en rad behandlingsbara sjukdomar. Ett annat viktigt område är konsekvenserna av att sjukvård i hemmet alltmer överförs till anhöriga, framför allt kvinnor.
- Inrättande av bland annat forskningscentra med genusinriktning har inneburit nya förutsättningar för framför allt den kliniska forskningen. Man vet idag mer om skillnader mellan män och kvinnor när det gäller exempelvis hjärt-kärlsjukdom. Det finns dock fortfarande kunskapsluckor på andra viktiga områden, särskilt när det gäller interventionsforskning – vilka insatser är mest effektiva för att minska obefogade skillnaderna mellan män och kvinnor?
- På senare år har flera viktiga reformer och förändringar genomförts, t.ex. vårdgarantin, läkemedelsreformen och nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården. Landstingens arbete med att upprätta prioriteringslistor har tagit fart. Forskning med inriktning på könskonsekvensanalyser av dessa viktiga förändringar saknas dock.

4.1 Samspelet mellan vårdare och patient

Varje år görs över 25 miljoner läkarbesök i den öppna hälso- och sjukvården, samtidigt som besöken hos andra personalkategorier uppgår till över 19 miljoner. Ett stort antal samtal förs och man beslutar om diagnostiska test och behandlingsalternativ. Den huvudsakliga informationen ges således i form av samtal. Tonen, karaktären och innehållet i samtalet mellan patienten och läkaren har en avgörande betydelse för hur relationen utvecklas. Traditionellt sett har läkaren varit en auktoritet och patienten haft en underordnad ställning.

Den 1 januari 1999 infördes nya bestämmelser i lagstiftningen för att stärka patientens ställning, dels i hälso- och sjukvårdslagen, dels i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Det handlade bland annat om individuellt anpassad information och möjligheten att få välja behandlingsalternativ. För att detta skall kunna förverkligas fullt ut behöver relationen mellan patient och läkare delvis förändras och utvecklas. Den underordnade ställning som kvinnan haft historiskt i de flesta sammanhang, gör att betydelsen av kön i denna situation blir extra viktig att belysa.

År 2000 publicerade SBU en kunskapsöversikt om just patientsamtalet och olika faktorerens betydelse för hur samtalet utvecklades. I översikten ingick ett avsnitt om könets betydelse.

SBU konstaterade att manliga och kvinnliga läkare bemöter patienterna på olika sätt. Kvinnliga läkare gav exempelvis patienterna mer tid. När det gällde medicinsk kompetens konstaterade SBU som väntat att det inte förelåg några skillnader avseende professionell skicklighet mellan manliga och kvinnliga läkare, istället var personligheten mer avgörande i detta sammanhang. SBU konstaterade vidare att litteraturen på området pekade på att kvinnor föredrar kvinnliga läkare då det gäller specifikt kvinnliga problem samt emotionella och sociala problem. Kvinnor vill även oftare ha kvinnliga läkare eftersom manliga läkare uppfattas som mer auktoritära. SBU konstaterade dock att analysen av litteraturen på området också tydde på att det inte var läkarens kön i sig som var viktigt, utan att han/hon var empatisk och medmänsklig. Sammanställningen drog dock slutsatsen att kvinnliga läkare oftare hade ett sätt att kommunicera som uppfattades som medmänskligt och empatiskt [1].

SBU:s sammanställning problematiserade dock inte frågan om obalansen i relationen mellan patient och vårdare.

Makt och kön vid läkarkonsultationen

Patienten befinner sig i en underordnad ställning gentemot läkaren vid en konsultation. Maktbalansen är naturligtvis också beroende av patientens och läkarens kön. Manliga läkare blir sällan avbrutna, oavsett patientens kön, medan kvinnliga läkare ganska ofta avbryts av manliga patienter [2, 3]. I en studie av Hall m.fl. var konsultationer mellan kvinnliga läkare och kvinnliga patienter de minst konfliktfyllda och mest jämlika, men som helhet var det läkarens kön som hade störst betydelse för typen av kommunikation och graden av dominans [4].

I undersökningen var det också flera kvinnor som beskrev att om inget annat hjälpte så kunde doktorn vekna och bli mer tillmötesgående om de

började gråta (*"Jag har gråtit mig fram genom sjukvården."*). Det är uppenbart att kvinnorna agerade i en underordnad position i konsultationen. Att förhålla sig bedjande gav mer inflytande än om de krävde och stod för sina önskemål i en rak kommunikation [5, 6].

Flera senare, framförallt amerikanska, studier bekräftar resultat från undersökningar från tidigt 90-tal. Frank & Bertakis konstaterar i en amerikansk studie att kvinnliga läkare var mer benägna att ta sig längre tid med patienterna. De gjorde också blodtryckskontroller något oftare än manliga läkare, och diskuterade oftare olika typer av prevention. Ungefär samma slutsatser drogs i en studie från 2001 som innefattade 661 män och 1 228 kvinnor, som utgjorde ett representativt urval av den amerikanska befolkningen [7, 8].

Det medicinska samtalet – en antropologisk utgångspunkt

Det är få antropologiska studier som hittills tagit sin utgångspunkt i ett uttalat genusperspektiv. Den kommunikationsteoretiska utgångspunkten för samspelet mellan människor är att parterna tillsammans skapar innehållet i samtal och dialog. Det är därför omöjligt att tala om en sändare och en mottagare av ett budskap när människor möts i vårdsituationer. Detta innebär också att information aldrig är neutral eller att den kan lämnas över från en person till en annan i opåverkat skick. Den tolkas alltid och blir därför något okontrollerbart för den som försöker informera. Ansvar vilar därför tungt på den som har som sin uppgift att förmedla budskap om viktiga och ibland livsavgörande frågor, oavsett om de bygger på säker eller osäker evidens.

Det är inte nödvändigtvis så att vårdpersonal är helt medveten om att deras information omtolkas och kanske förvanskas till något som är möjligt för patienten att förstå. Dessutom är det faktum att information alltid tolkas på människors egna villkor bara en del av den komplexa situationen. En ytterligare dimension är att också könet har en betydelse.

Under andra hälften av 1900-talet har ett samhällsvetenskapligt intresse för medicinsk vetenskap och medicinsk teknisk utveckling vuxit sig allt starkare, framförallt i USA [9]. Forskningen har mer och mer inriktats mot studiet av överföring av medicinsk specialistkunskap [10]. Antropologerna som befinner sig på detta forskningsfält gör ofta sina studier med ett intresse för hur kulturella aspekter påverkar samspel och kommunikation i vården [11]. Forskning om hur ett budskap förändras från avancerat medicinskt forskningsresultat till klinisk information har blivit ett nytt forskningsområde [12]. Sådan forskning ger nya perspektiv på hur medicinsk kunskap översätts, såväl vid det kliniska mötet som till allmänheten, exempelvis via media (forskningen vid Tema Kommunikation i Linköping och Etnologiska institutionen i Lund). Man har också intresserat sig för hur denna kunskap tolkas och används i en enskild människas liv [13]. Ett område där det skapats ett starkt intresse är den så kallade evidensbaserade medicinska verksamheten, där diskussionen bland medicinare är livlig. Hur "översätter" man resultaten från stora populationsstudier och kliniska prövningar på läkemedel till klinisk praxis och till den enskilda patienten, och hur förmedlar man denna kunskap?. Frågan spänner över hela den problematik som ryms i

mötet mellan människor i det man kan kalla för asymmetriska (ojämlika) relationer. Här ingår kvinnor och män som patienter men studeras inte uttryckligen i sina roller utifrån genusaspekten [14, 15].

Nedan följer två exempel på studier som tar sin utgångspunkt i två aktuella problem där genusperspektivet är av stor vikt.

1. En studie av män med förhöjt kolesterolvärde.
2. En studie av friska kvinnor med anlag för bröstcancer.

Information om ohälsa till män

Avsikten med förebyggande arbete i vården är att spåra och undanröja riskfaktorer för ohälsa. För att kunna göra sådana upptäckter gör hälso- och sjukvården undersökningar bland en befolkning som själv betraktar sig som frisk. Tester av detta slag har en aura av precision och vetenskaplig objektivitet som förstärker deras trovärdighet. Som exempel kan nämnas testning av kolesterolvärden. En persons värden kan vara föremål för diskussion bland medicinska experter, men också hemma vid matbordet och tillsammans med vänner.

I uppföljningssamtal med tolv av tjugoåtta 40-åriga män som ingick i en studie av hälsoinformation, och som fått information om att deras kolesterol var förhöjt till en skadlig nivå, visade det sig att själva kolesterolvärdet var i fokus för deras uppmärksamhet [16]. Männen ville överlag vara normala, och hade inte bara idéer om vikten av att veta vad medelvärdet var, de hade också föreställningar om och ville få reda på det ideala testresultatet. Några föreställde sig att det skulle vara noll, andra hade andra förslag. När sjuksköterskan upplyst en av männen om att han hade 6,7 på kolesteroltestet ”och det ligger ju precis här i övre gränsen, det är bra om man ligger under 6,8 och det gör ju du, men du ligger ju ganska högt upp ändå, nära gränsen”, så ville han veta mer exakt var man skulle ligga. Han föreslog frågande: ”ska man ligga 5 eller?”. Som exemplet visar så uttryckte mannen en stark önskan att få veta vad som var det ”ideala”, ”genomsnittliga” eller ”förväntade” resultatet.

Det som komplicerar uppfattningen om och tolkningen av det personliga mätvärdet är det faktum, att värdet egentligen relaterar till ett medelvärde hos en population. Det blir aldrig möjligt att vara helt tydlig med beskedet om huruvida en enskild individs siffra är bra eller dålig. I efterintervjuerna berättade sjuksköterskan att hon var väl medveten om den professionella osäkerhet som råder beträffande värdena. Det går inte att säga att det är bättre att ha ett lågt testvärde än ett högt eller att det i någon mening är bättre att ha 4,2 på kolesteroltestet än att ha 5,8.

Hälsokontroller berör inte bara den enskilda mannen och hans tillstånd och hälsa i framtiden, de angår också hans familj och hela nätverk i hemmet och på arbetsplatsen.

För att förankra denna studie i ett genusperspektiv krävs att man ser över hur kvinnor behandlas i samband med hälsokontroller av kolesterol. Det har framhållits att kvinnor uppmärksammas mindre än män när det gäller just kolesterol. Även när det gäller hjärt-kärlsjukdom har kvinnor studerats mindre än män, liksom när det gäller behandling och uppföljning (personlig kommunikation med Birgitta Evengård och Agnes Wold 2002) [17]. Att

studera kvinnor och hälsokontroller ur antropologisk synvinkel skulle kunna belysa frågan om det verkligen finns några kulturella skillnader vad gäller bemötande just här.

Information om risk för ohälsa i familjen

I och med antropologernas traditionella fokus på släktskap har de på ett speciellt sätt intresserat sig för den förändring som den genetiska forskningen om ärftliga anlag för sjukdom kommit att innebära. I samband med genetiska sjukdomar ställs exempelvis nya frågor om förtroende, ansvar och sekretess. Vem äger den genetiska informationen? Är det individen eller familjen? Vilken rätt har en person att få veta sina familjemedlemmars genetiska testresultat? Vilken skyldighet skall en person som får vetskap om negativa resultat från egna genetiska tester ha att informera andra i familjen om risken att drabbas? Vad sker om familjemedlemmarna glöms bort, avsiktligt eller oavsiktligt, i en familj med genetisk sjukdom? Vad händer med adopterade människor när de vill lära känna sin familjs sjukdomshistoria? Dessa är några av de frågor som måste ställas. Vilken sjukdom som helst som drabbat en individ i en familj leder till relationsförändringar, men genetiska sjukdomar som överförs via familjen kan tänkas leda till förändringar av ett annat slag, något som vi inte vet mycket om idag.

Den första möjligheten till genetisk kartläggning och bedömning av cancerrisk i Sverige infördes 1991. Människor kunde söka till specialistkliniken genom direkt kontakt, remisser från läkare, genom en släkting med cancerdiagnos eller tidigare bedömd ärftlig risk. De läkare som tog emot dessa personer gjorde sina bedömningar utifrån genealogier, släktträd. Med hjälp av familjens sjukdomshistoria kunde man ge en viss information om framtida individuella risker och förebyggande alternativ. På denna specialistmottagning var läkaren onkolog eller kirurg med genetisk kompetens. Verksamheten var inte uppbyggd som genetisk "rådgivning" utan för en kombination av forskning och förmedling av vissa biomedicinska riskdiagnoser, som byggde på förekomst av cancer i släkten och gavs i form av procentsatser [18].

En studie av dessa konsultationer i form av deltagandeobservation gjordes av två forskare (Sachs och Tishelman) från augusti 1993 till och med juni 1994. Under denna period tog läkarna emot tio nya patienter varje månad. Fyrtiofem sådana första informationsmöten observerades. Senare, när forskarna blev fullt accepterade i miljön och med läkarnas tillstånd, spelades trettiofem möten i följd in på band. Av dem som deltagit i mötena följdes 10 familjer med en så kallad "familjär sjukdomsbild" under ett år. Också fem kvinnor följdes under ytterligare fyra år [19]. Dessa kvinnor var de första att på genealogisk indikation bestämma sig för att operera sig i förebyggande syfte, det vill säga låta ta bort friska organ för att minska risken för cancer. 1996–97 gjordes också ett antal intervjuer med elva kvinnor som genom blodprov fått sina anlag för bröstcancer belagda. Denna möjlighet fick man på grund av att bröstcancergenerna BRCA 1 och 2 upptäcktes våren 1996.

Den genetiska kartläggningens konsekvenser för ett antal kvinnor

Samtalen med elva kvinnor som efter genealogisk kartläggning fått sina anlag för bröstcancer bekräftade genom blodprover, visar vilka konsekvenser kartläggningen av släktens sjukdomshistoria fått för dem.

Mia: [...] Jag kan känna att det tar så stor del i min släkthistoria det här med anlaget så att det är lätt att det fokuseras kring också, cancer och anlaget, det är det som är min släkthistoria nånstans, det är ett anlag som egentligen inte är nåt positivt. Det är det jag fick av min mamma. [...] det har fört in mera komplicerade relationer. Hon (min moster) ringer till mig och säger att hon också är orolig för en kusin till min mamma som jag aldrig har träffat, och då har vi genast en gemensam nämnare. [...] Ja, det är ju ingen rolig gemensam nämnare.

Mia visar hur hon väljer släkt på basis av känslomässiga band. Men i och med att den nya genetiken snarare betonar släktrelationer på basis av blodsband blir hennes släkt något som tränger sig på. Det gemensamma är inte hur hon känner utan ”den gemensamma nämnaren”, som blir något negativt. Här kan man tala om att det sker en medikalisering av Mias släkt.

Lena: Ja, jag har en pojke på 25 och en på 21 då. [...] det tog tid innan jag informerade dem. Och det som egentligen [...] var svårast under den här perioden [...] det var när jag fick klart för mig att [...] min bror skulle kunna vara bärare av genen. Jag trodde att det här var nånting som bara gick på den kvinnliga sidan.

Men när jag förstod att min bror var bärare, att mina brorsdöttrar skulle kunna vara drabbade också, [...] då kändes det som om herregud, jag är ju i alla fall då gammal, jag har ju mina barn. [...] Men att de står precis i början, och hur kommer ett sånt här besked att påverka dem? Det var nog det som var svårast och jag kände litegrann att det är jag – det är jag som kommer med det här budskapet. Det är jag som på nåt vis drabbar deras liv, så att jag kände mig litegranna som att det är jag som blir boven. [...] det är jag som går in och dramatiskt ändrar det här, och det kände jag ju då även att jag var tvungen att göra med övriga släkten, eftersom vi är då ganska många. Min mamma har många syskon.

Medikaliseringen av släktskapet skapar en ny dynamik i familjer. I Lenas fall ledde hennes insikter till svårigheter med hur hon skulle informera men också till skuld känslor. Även om det är ovanligt att människor anklagar sina släktingar för att ha förorsakat sjukdom eller risk för sjukdom, finns det mycket starka känslor bland familjemedlemmar som blir medvetna om blodsbandens betydelse för riskerna de delar och som kan leda till sjukdom hos deras barn och eventuella barnbarn i framtiden.

Anna: Hon (system; red:s anm.) [...] har väl inte sagt så hemskt mycket men hon har sagt det att hon känner ju dåligt samvete naturligtvis för att hon [...] har ett barn och ett barn på väg va, så hon är ju i stort sett klar för att kunna göra en operation, medan jag har inte barn och planerar att skaffa barn men [...] det vet man inte när det blir och så att det är klart att det blir ju ännu tuffare för henne på det viset.

[...] Jag tror att det behöver inte vara en smidig väg ut att få veta att man inte har det, för har man ett syskon så är det lika hårt det.

Vetskapen om att Anna men inte hennes syster löper risk att få en allvarlig sjukdom i framtiden genom ett arvsanlag ger deras relation en ny dimen-

sion där öppenheten mellan dem blir lidande. Enligt Anna är det framförallt hennes syster som bär på den tyngsta bördan. Nutiden flyter samman med framtiden och ger upphov till tveksamheter hos Anna när det gäller att föda barn. Genealogin visar att de alla befinner sig i en bröstcancerfamilj, vilket medikaliserar hela släkten. Men i och med att gentester blivit möjliga vid bröstcancer kan man bekräfta vilka som bär på anlaget. Icke anlagsbärare kan strykas ur genealogin som ointressanta och ett delvis nytt släkträd växer fram, där de som är utan anlag kan jämföras med ingifta. De är inte intressanta för familjens sjukdomshistoria i framtiden.

En antropologisk studie av exempelvis prostatacancer med avseende på risktolkning och sättet att ta till sig information skulle kunna ge värdefulla insikter i denna fråga. På vilket sätt upplever män problemen med information om genetiska anlag? Hur skulle denna information påverka deras relationer med fäder, bröder och söner, och med den övriga familjen? Delges de informationen på olika sätt av hälso- och sjukvården? Hanterar män och kvinnor genetisk information på olika sätt?

Problemen som beskrivits handlar inte enbart om svårigheter att förmedla medicinsk information. Informationen om just risker kan bli oklar och felaktig, t.ex. när man ger besked om kolesterolnivåer i blodet eller ger "riskdiagnoser" om ärftlig cancer. Detta kan ofrivilligt göra mer skada än nytta. Patienter som informeras om olika risker vad gäller såväl sjukdomsprocesser som behandlingsresultat vid allvarlig sjukdom har sällan en direkt benägenhet att ifrågasätta [20].

4.2 Omvårdnadsforskning ur ett könsperspektiv

Varje år vårdas nästan en halv miljon kvinnor (förlossningsvård inräknad) och 370 000 män på svenska sjukhus. I äldreomsorgen vårdades år 2002 34 400 män och 81 100 kvinnor i olika bostäder och sjukhem för äldre. Till detta kommer alla de personer som är i behov av vårdinsatser i andra boendeformer, exempelvis personer med funktionshinder eller handikapp, samt de som får avancerad sjukvård i hemmet. Vården ges av bland annat cirka 120 000 sjuksköterskor, 8 500 barnmorskor, 12 000 undersköterskor och 10 000 vårdbiträden. Andelen män i dessa yrkesgrupper uppgår sammanlagt till ungefär nio procent [1].

En överväldigande majoritet av dem som *vårdar* är kvinnor, men män *tar emot vård* i nästan lika hög grad som kvinnor. Vad får denna könsfördelning för konsekvenser för omvårdnadens kvalitet och resultat? Vad innebär det att allt fler sjuka män och kvinnor vårdas i hemmet?

Omvårdnadsrelationens betydelse för patientens mobilisering av sina hälsoresurser, på vårdpersonalens egen syn på bemötande samt på vikten av att anpassa bemötandet till hur sårbar patienten är, är frågor som inte har belysts särskilt mycket. I den mån könsskillnader inom omvårdnad överhuvudtaget studeras, ses kön oftast som exempelvis en sociodemografisk variabel, och inte som en central analytisk kategori. Det innebär att könstillhörighetens betydelse inte blir nämnvärt problematiserad. Traditionellt sett har de studier som bedrivits från ett genusperspektiv inriktats på *sjukvårdspersonal* och inte på *könsaspekter* i en omvårdnadssituation. Man har exempelvis ofta belyst relationerna mellan sjuksköterskor och manliga respektive

kvinnliga läkare, mellan kvinnliga respektive manliga sjuksköterskor, eller berört (den historiska eller nutida) könsaspekter i sjuksköterskerollen. Även denna forskning är sannolikt betydelsefull för patienttillfredsställelse och behandlingsresultat; vilka konsekvenser får personalsammansättningen i sjukvården på vårdnyttan?

Förklaringar till det relativt bristande intresset för genus i omvårdnaden kan bland annat härledas till de specifika villkor som präglat omvårdnadsforskningens framväxt. En central förklaring kan vara att omvårdnad har en relativt kort, men också till stora delar utomakademisk, utvecklingshistoria, i och med att den vuxit fram ur sjuksköterskekårens led. En annan trolig förklaring är att omvårdnad hittills varit relativt isolerad från annan icke medicinsk forskning i Sverige.

Vid en omfattande litteratursökning hittades relativt få artiklar som direkt belyste *omvårdnad* ur ett könsperspektiv. Litteraturen om kön i vården handlar dels om skillnader eller frånvaro av förväntade skillnader mellan kvinnor och män, kvinnlig och manlig personal samt olika vård för kvinnor och män. De flesta studier om vårdskillnader gällde medicinsk behandling snarare än omvårdnad. Nedan följer några exempel på forskning som illustrerar vilken riktning omvårdnadsforskningen på det här området haft de senaste åren.

Kvinnlig personal i en mansdominerad kultur

Flera författare visar på problem som hänger samman med att en majoritet kvinnliga vårdare arbetar i en mansdominerad kultur. I en norsk studie beskrivs kvinnors roll i den "patriarkaliska vårdorganisationen". Författaren beskriver hur kvinnor i lägre positioner oftast inte reagerar mot diskrimineringen utan utvecklar en motkultur mot karriärismen. En svensk vårdstudie fann att män ansåg att det förelåg jämställdhet mellan könen medan kvinnor inte ansåg det. Detta var oberoende av yrke och ålder [2, 3].

Vanhanen och Janhonen studerade finska sjuksköterskestudenters inställning till omvårdnad. De fann att manliga studenter var mer orienterade mot omvårdnad än kvinnliga studenter. Det fanns inget samband mellan kön och val av specialitet [4].

Evans studerade manliga sjuksköterskor i Nederländerna. I en översiktsartikel beskriver hon att manliga sjuksköterskor är överrepresenterade i administrativa specialiteter. Hon ser deras inriktning på administrativa uppgifter som en strategi för att distansera sig från det kvinnliga (och praktiska) för att behålla makt och status. Evans beskriver att även kvinnliga sjuksköterskor stöder att manliga sjuksköterskor går över till administrativa uppgifter. Sörlie m.fl. fann istället att manliga sjuksköterskor i Nord-Norge upplevde att de blivit utknuffade från "bedside nursing" till mer tekniska och administrativa uppgifter av sina kvinnliga kollegor. Whitlock m.fl. visar hur kvinnliga sjuksköterskors deltidsarbete av familjeskäl medför att de kommer efter sina manliga kollegor i karriären [5, 6, 7].

Det har ofta sagts att män söker sig till intensivvård på grund av tekniskt intresse. Vid intervjuer med specialistsjuksköterskor i intensivvården i Storbritannien framhöll såväl kvinnliga som manliga sjuksköterskor värdet av att kunna ge högklassig vård och att kunna arbeta med patienter, även när de

avancerade i sin karriär. Studien visade inte på någon motsättning mellan omvårdnad och teknik [8].

I mödravården struktureras fortfarande relationerna mellan läkare och patient utifrån det rådande könsmönstret. O'Connor diskuterar barnmorskeyrket och hänvisar bland annat till diskussioner på en kvinnokonferens i Peking 1996. Hon understryker vikten av att se barnmorskeyrket som skilt från sjuksköterskeyrket och ser den kvinnliga barnmorskemodellen som hotad av den manliga biomedicinska modellen, som företräds av obstetriker och obstetriska sjuksköterskor. Enligt denna modell betraktas kvinnan som patient och förlossningen ses närmast som en operation. Barnmorskemodellen är naturligare och ger kvinnan mer makt. Att bli behandlad utifrån barnmorskemodellen är alla kvinnors rättighet, enligt O'Connor [9, 10].

Brooks har studerat hur kvinnliga allmänläkare i Storbritannien anpassar sig till den könsstrukturerade arbetssituationen. Kvinnliga läkare förväntas vara sensitiva och vårdande trots att de arbetar i en kultur där de dominerande värdena är klinisk objektivitet och professionell distans. De utsätts med andra ord för motstridiga krav. Somliga läkare blir kvinnoläkare och vårdar framför allt kvinnliga patienter medan andra blir generalister och gör motstånd mot den föreskrivna rollen [11].

Samarbete mellan personalgrupper

Sörli studerade kvinnliga och manliga sjuksköterskor och läkare i barnavården i södra Norge. De fick berätta om sina erfarenheter av etiskt problematiska situationer i vården. Sörli fann att manliga *läkare* var mer behandlingsinriktade än kvinnliga, medan motsvarande skillnad inte fanns mellan manliga och kvinnliga *sjuksköterskor*. Det faktum att läkare som utbildats i en manlig kultur och sjuksköterskor som utbildats i en kvinnlig kultur ser olika på etiskt svåra vårdssituationer kan leda till motsättningar mellan yrkesgrupperna. Norberg och Udén jämförde kvinnliga sjuksköterskor och läkare med manliga sjuksköterskor och läkare när det gäller formen på och innehållet i deras moraliska resonemang, deras sätt att berätta och ge förslag, samt omsorgs/rättviseorientering. De fann inga skillnader mellan kvinnor och män men däremot tydliga skillnader mellan läkare och sjuksköterskor [12–18].

Vårdare och patient

Foss och Sundby intervjuade läkare och sjuksköterskor om deras syn på patienter. Såväl läkare som sjuksköterskor beskrev kvinnliga patienter som mer krävande än manliga patienter. Läkare beskrev speciellt äldre damer som krävande [19].

Adamson m.fl. studerade hur etnicitet, socioekonomisk status och kön samvarierade med uppfattning om att man borde söka vård för olika åkommor utifrån korta sammanfattande beskrivningar av en sjukdom. Inga förväntade samband kunde ses. En studie i Israel visade att äldre kvinnor var mer angelägna att få livet förlängt med medicinska interventioner i hypotetiska situationer [20, 21].

Hjelm m.fl. visade genom fokusgruppsintervjuer att kvinnor och män med fotsår och diabetes reagerade olika. Kvinnorna var t.ex. mer aktiva med egenvård och män mer passiva och pessimistiska. Nilsson m.fl. visade att trots att kvinnliga patienter med hjärtsjukdom var mer aktiva när det gällde att delta i utbildningsprogram för att förbättra sin livsstil så hade de sämre hälsa än män efter ett år. I en studie i Storbritannien visades att män med högt blodtryck oftare fick rehabilitering än kvinnor. Författarna ser detta som ett uttryck för horisontell ojämlikhet. Jonsson m.fl. studerade jämställdhet i den svenska diabetesvården som den avspeglade sig i statistik sedan 1990. De fann att kvinnor hade mer kontakter med den öppna vården, var mindre tillfredsställda med vården och hade lägre hälsorelaterad livskvalitet än män. Raine m.fl. studerade vilka patienter som fick intensivvård i England, Wales och Nordirland. Det fanns både horisontell och vertikal ojämlikhet (inequity) när det gällde kvinnor med hjärtinfarkt och neurologiska blödningar, samt vertikal ojämlikhet när det gällde män med lunginflammation och hjärtfel (ventrikel failure), samt när det gällde kvinnor med primär hjärnskada. Författarna konstaterar att det finns risk för överbehandling av favoriserade grupper lika väl som underbehandling av försummade grupper [22–26].

Omvårdnad

Inga omvårdnadsstudier med syftet att öka jämställdheten eller öka kunskaperna om genusaspekter i vården påträffades. Ilett beskriver hur framför allt kvinnoorganisationer i Storbritannien och Irland har distribuerat informationsmaterial om kvinnors hälsa till hälsocentraler för att motverka att kvinnor nedvärderas i vården. I översiktsartiklar eller originalartiklar påtalas ibland behovet av mer könsspecifik vård eller rehabilitering. Westergren m.fl. betonar t.ex. att äldre kvinnor på institution som haft stroke behöver speciell uppmärksamhet vad gäller födointag. Fridlund m.fl. visar på behovet av mer könsspecifik rehabilitering för personer med hjärtsjukdomar [27, 28, 29].

Earle diskuterar begreppet holistisk omvårdnad och betonar vikten av att se patienter som *personer* med kön. Hon menar att man ofta betraktar personer med funktionshinder som asexuella [30].

Miers beskriver efter en litteraturgenomgång olika aspekter på omvårdnad som (medvetet) låter könet påverka vården (gender sensitive care). Hon menar att denna vård är grundad på feminism och en postmodern syn på hur vår förståelse för relationer mellan män och kvinnor formas. En holländsk studie av videoinspelad kommunikation mellan vårdare (nurses) och äldre människor visade att vårdarnas utbildning spelade stor roll för hur de kommunicerade, både verbalt och icke-verbalt, men de äldres kön hade mindre betydelse. Mer utbildade vårdare gav mer adekvat information som de äldre hade nytta av. Hög utbildning hade samband med mindre kommunikation, vilket författarna tror beror på att välutbildade vårdare oftare är engagerade i tekniska vårduppgifter som kräver uppmärksamhet [31, 32].

En svensk studie av patienter med smärta som inskränkte det dagliga livet, visade att kvinnor och män beskrev smärta olika. En studie från Lund om patienters tillfredsställelse med kirurgisk vård visade inte några skillna-

der mellan män och kvinnor. Foss fann skillnader mellan norska manliga (n=1469) och kvinnliga (n=1226) patienters tillfredsställelse med omvårdnaden. Kvinnliga patienter fann sjuksköterskorna mindre engagerade och omvårdande samt mindre skickliga än vad manliga patienter gjorde. Kvinnorna ansåg även i högre grad än männen att sjuksköterskorna hade mindre tid för patienterna. Dessa åsikter var starkast bland yngre kvinnliga patienter och svagast bland yngre manliga patienter [33, 34, 35].

Omvårdnadsforskningens framtida inriktning

De övergripande forskningsproblem i omvårdnadsforskningen som förtjänar särskild uppmärksamhet framöver, och därmed finansiell prioritering, är följande:

- **Kroniska sjukdomar**

När man tar sin utgångspunkt i den s.k. könsparadoxen – att mäns livslängd är kortare än kvinnors men att kvinnor samtidigt uppvisar/upplever högre sjuklighet än män – hamnar de kroniska, ibland livslånga och livskvalitetsförsämrande, sjukdomarna i fokus. En hel del kroniska sjukdomar uppvisar inga skillnader mellan män och kvinnor. När det däremot gäller exempelvis depression, reumatiska sjukdomar och muskuloskeletala sjukdomar är kvinnor i majoritet.

Här behövs utvidgad genuskunskap om hur det är att som kvinna respektive man leva med kroniska handikapp – exempelvis om hur kroniska sjukdomar och kronisk ohälsa kan påverka den enskilda människans arbetsliv, familjeliv och självförståelse.

Ett problem som är särskilt viktigt att identifiera här är den ibland kroniska eller årslånga misshandel (och annat sexualiserat våld) av make/sambo som kvinnor som söker vård kan ha utsatts för. Omvårdnadsforskningen har en stor uppgift här att – likt den genusmedicinska forskningen – öka sin förståelse för de psykologiska konsekvenser som folkhälsoproblemet misshandel i nära relationer kan ha (bland annat depression, självdestruktivt beteende och missbruk).

- **Den framtida utbyggnaden av sjukvård och vård i hemmet**

Man vet redan idag att den s.k. informella vården idag i stor utsträckning utförs av kvinnor (makar, systrar, döttrar) som vårdar män. Däremot får en man som vårdar sin sjuka hustru (vid lika stort behov av vård) ofta fler timmars stöd än en kvinna som vårdar sin sjuke make. Detta kan antas bottna i att könsstereotypa föreställningar om kvinnors vilja och kraft att vårda och att utföra annat hemarbete fortfarande styr fördelningen av stöd. Den framtida, planerade avinstitutionaliseringen av sjukvården – här särskilt sjukvård (t.o.m. avancerad sådan) i hemmet – kan få långtgående konsekvenser för framför allt kvinnor, och den beskrivs ibland som en kvinnofälla av bland annat forskare i socialt arbete.

Ofta uppfattas det faktum att vården alltmer förs över till hemmet som positivt, både av patienter, närstående och professionella. Det finns dock anledning att noga överväga och analysera konsekvenserna av denna utveckling. Det krävs också att frågorna genusproblematiseras även i omvårdnadsämnet [36–38].

- **Mäns svåra sjukdomar och omvårdnad**

Ett ytterliggare angeläget område avser mäns behov av stöd när det gäller allvarliga sjukdomar. Ett exempel som ofta nämns i detta sammanhang är prostatacancer.

Enligt en aktuell undersökning i Socialstyrelsens rapport "Cancervårdens väntetider, bemötande och personalförsörjning" framgår det att patienter med prostatacancer enbart i enstaka fall erbjuds psykosocialt stöd. Bristen på psykosocialt stöd återfanns genom hela vårdkedjan, liksom bristande uppgifter om patientens sociala situation och vilka behov och resurser som fanns kring patienten [39].

En litteratursökning på området visade att det fanns mycket lite beskrivet om dessa problem, och det är därför ytterligare ett angeläget område för en genusorienterad omvårdnadsforskning. Forskning som har till syfte att utveckla modeller för ett psykosocialt stöd som i större utsträckning är anpassat efter mäns behov bör vara särskilt prioriterad. I detta sammanhang har man tidigare särskilt lyft fram prostatacancer, men behovet finns sannolikt även vid andra allvarliga diagnoser. I betänkandet *Jämställd vård – olika vård på lika villkor* (SOU 1996:133) föreslogs bland annat nya modeller för information, fysisk träning samt manliga mentorer som tänkbara åtgärder [40–42].

- **Interventionsstudier för att öka jämställdheten mellan män och kvinnor i vården, alternativt öka kunskapen om genusrelaterade faktorer i sjukvården**

I litteratursökningen inför denna sammanställning återfanns inga studier som hade syftet att minska skillnaderna mellan könen, vare sig det handlade om patienter, personal eller anhöriga. Inte heller hittades studier som problematiserar den traditionella mansrollen, eller omvårdnadsstudier om män som patienter.

Sammanfattningsvis kan den hittillsvarande omvårdnadsforskningen i Sverige, Norden och internationellt beskrivas som outvecklad när det gäller att identifiera viktiga genusaspekter på omvårdnad. Man kan inte heller skönja någon större aktivitet beträffande metodutveckling eller studier med syftet att minska könsskillnaderna eller öka kunskapen om genus (t.ex. olika typer av interventionsstudier). Vad gäller prioritering av framtida genusforskning, kan allmänt sägas att omvårdnadsforskning bör prioritera genusforskning om patienter framför genusforskning om personal.

4.3 Klinisk forskning – två exempel

Hjärt-kärlsjukdom

Hjärt-kärlsjukdom är fortfarande en mångfasetterad utmaning för hälso-och sjukvården och dominerar som dödsorsak bland såväl män som kvinnor i hela världen. Risken att utveckla kranskärlssjukdom vid 40 års ålder är 50 procent för män och 33 procent för kvinnor [1]. År 2000 angavs hjärt-kärlsjukdom vara den primära dödsorsaken bland 46 procent av männen och 47 procent av kvinnorna i Sverige enligt Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Hjärtinfarkt är den viktigaste enskilda diagnosen. Hjärt-kärlsjukdomar som dödsorsak har dock minskat successivt de senaste årtiondena bland såväl män som kvinnor, men mer bland män (*Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum, Dödsorsaker 2000*). I Sverige har detta inneburit att männens

dödstal i åldrarna 15–74 år har minskat med 43 procent mellan 1987 och 2000, medan kvinnornas dödstal har minskat med 38 procent .

Denna nedgång i dödlighet finns i såväl Västeuropa som USA och gäller bägge könen. Motsatt trend finns i de östeuropeiska länderna. Orsaken till nedgången i dödligheten i väst är inte helt klar, men eftersom flera studier inte har påvisat att antalet patienter som lagts in på sjukhus på grund av hjärtinfarkt minskat, kan man förmoda att den medicinska behandlingen och sekundärpreventionen har förbättrats [2]. Å andra sidan finns det data från WHO:s MONICA-studie som tyder på att nedgången kan förklaras av primärprevention och påverkan på riskfaktorer [3]. Vad som driver förändringarna i dödlighet har betydelse för vilka strategier som läggs upp för att bedriva såväl primär- som sekundärprevention och för den medicinska vården. MONICA-resultaten är av nödvändighet heterogena (länder från alla delar i världen deltar), och i vissa delar drivs nedgången i dödlighet till största delen av att andelen dödsfall bland dem som har en viss diagnos (s.k. ”case fatality”) minskar. Man har dock sett att i de delar av världen där dödligheten minskar mest, så minskar såväl dessa dödsfall som antalet kranskärshändelser. Här verkar två tredjedelar bero på minskat insjuknande, mot en tredjedel på minskad ”case fatality”. Det tycks således som om nedgången i dödlighet huvudsakligen beror på den/de faktorer som driver förändringen av kranskärshändelser.

Sjukligheten varierar beroende på kön och ålder. I yngre år, dvs. under 60 år, insjuknar fyra gånger så många män som kvinnor varje år, mot 1,5 gånger så många män som kvinnor i åldrarna över 75 år. Bilden av hjärtkärlsjukdom har, möjligen p.g.a. denna skillnad, länge präglats av ett manligt perspektiv, vilket visar sig genom att kvinnor i otillräcklig grad tagits med i vetenskapliga studier. Det senaste decenniet har dock problemet uppmärksammat och fler kvinnor tas med idag än tidigare, men fortfarande inte alls i proportion till antalet insjuknade [4].

Symtombild

Symtombilden är i stor utsträckning densamma för bägge könen vid angina (kärklkramp) och hjärtinfarkt med ansträngningsutlösta bröstsmärtor, med eller utan utstrålning till någon del av bröstkorg, armar eller huvud. På senare år har man dock i flera studier uppmärksammat att kvinnor får en annorlunda symtombild vid hjärtinfarkt än män, men det är inte helt klart om de har samma frekvens av bröstsmärta, eftersom studierna visar motstridiga uppgifter [5, 6]. Kvinnor har dock visat sig ha mer så kallade associerade symtom, såsom andnöd, illamående och hjärklappning. Vid bröstsmärta tolkar kvinnor detta i lägre grad än män som akut hjärtinfarkt [7], och väntar längre än män innan de söker sjukvård. Detta kan möjligen förklaras av att de underskattar risken att insjukna i akut kranskärssjukdom och betraktar hjärtinfarkt som en manlig sjukdom [8].

Utredning

De senaste åren har det kommit rapporter från flera centra om att det finns könsskillnader som är till nackdel för kvinnorna när det gäller utnyttjandet av diagnostiska och terapeutiska åtgärder vid hjärt-kärlsjukdom. En snedfördelning av det förra skapar snedfördelning av det senare.

Redan på akutmottagningen särbehandlas kvinnor vid omhändertagande och utredning. I en studie från USA 1992 [9] visades att kvinnor får vänta längre än män på undersökning och EKG-tagning och att kvinnor med infarkt i större utsträckning än män vårdades på vanlig vård-avdelning, inte intensivvårdsavdelning (HIA) (56 procent mot 83 procent). Detta har också visat sig vara fallet i Sverige [10]. Vi har därför anledning att tro att den könsfördelning bland hjärtinfarktpatienterna, som råder på HIA är annorlunda än på övriga vårdavdelningar. Därför vet man idag mycket lite om den patientgrupp som vårdas på annan avdelning än HIA. För närvarande pågår en studie om detta i sydöstra regionen.

Behandling

Vid misstanke om akut kranskärslssjukdom har kvinnorna, åtminstone tidigare, utretts i mindre omfattning. Däremot har man dock inte kunnat visa någon skillnad i antal kranskärslsröntgen efter patologiskt arbetsprov. Vid konstaterad hjärtinfarkt har kvinnorna i mindre omfattning [16] och med längre fördröjningstider på sjukhuset fått behandling för att öppna kranskärlen (= reperfusion). Mahon m.fl. visade att den höga dödligheten bland unga kvinnor med ST-höjningsinfarkt direkt berodde på denna låga frekvens av korrekt behandling. Andra studier, framför allt senare, har inte kunnat påvisa några skillnader mellan könen avseende reperfusionsbehandling [15]. Flera tidigare studier har dock visat en ökande komplikationsfrekvens bland kvinnor vid reperfusionsbehandling, såsom allvarlig blödning vid trombolys [17], ingreppsrelaterad hjärtinfarkt vid ballongvidgning (PCI) [18] samt högre dödlighet vid by-pass-operationer [19]. Detta har med all sannolikhet haft betydelse för den observerade könsskillnaden. I flera undersökningar från senare tid framstår dock akut PCI som en likvärdig behandling för kvinnor och män, där dödlighetsrisken visat sig vara oberoende av kön [20, 21]. Kvinnor med säkerställd kranskärslssjukdom har också underbehandlats farmakologiskt. De har i mindre utsträckning än männen fått behandling med heparin, nitroglycerin, betablockad och ASA [22].

Prognos

När kvinnor väl får en hjärtinfarkt är dödligheten på sjukhus högre än bland män [11]. De kvinnliga patienterna är äldre och har mer hypertoni, diabetes och hjärtsvikt, vilket åtminstone delvis har ansetts förklara den högre dödligheten. Vid justering för dessa faktorer minskar skillnaderna i dödlighet och i vissa studier försvinner de helt [12]. De varierande resultaten kan bland annat bero på vilken åldersgrupp man studerat. Unga kvinnor har identifierats som en speciell riskgrupp. Vaccarino m.fl. visade i en registerstudie på cirka 400 000 patienter att de yngsta kvinnorna, under 50 år, hade mer än dubbelt så hög dödlighet som männen. Skillnaderna minskade successivt, för att bland patienter över 80 år vara till kvinnornas fördel [13]. Det finns också argument för att den högre dödligheten på sjukhus bland kvinnor skulle bero på att män dör innan de hinner komma till sjukhus [2, 14].

En undersökning från Göteborg 1993 studerade symtom och välbefinnande hos bägge könen efter hjärtinfarkt. Fyndet där går i samma riktning som övriga, d.v.s. att trots att kvinnorna var sjukare fick de ett mer passivt om-

händertagande. Man fann också att de hade fler psykologiska och psykosomatiska symtom, inklusive sömnstörningar, som är kända som riskfaktorer för allvarliga händelser efter infarkt, åtminstone hos män. Således är läkarnas attityd, behandlingsmetoder och rehabiliteringsönskemål olika för kvinnor respektive män. Denna passivitet visavi kvinnorna kan naturligtvis bidra till den sämre prognosen som noterats för kvinnor med kranskärslssjukdom.

Beträffande långtidsprognos kan man i majoriteten av tidigare studier inte se någon skillnad mellan könen, om man justerat för ålder [15]. I vissa studier har man t.o.m. sett bättre långtidsprognos för kvinnorna efter att ha tagit hänsyn till en mängd faktorer som kunnat störa bilden vid den statistiska analysen. Även här finns dock studier som visar att yngre kvinnor är en speciell riskgrupp med sämre prognos [13].

Sammanfattning

Som framgått ovan, finns det fortfarande ålders- och könsskillnader när det gäller förekomst, utredning och behandling av hjärt-kärlsjukdom, liksom när det gäller förlopp och prognos. Det är dock först sedan slutet av 1980-talet som detta diskuteras allmänt. Det var även då som forskning som var speciellt inriktad mot kvinnlig kranskärslssjukdom påbörjades, inte bara i Sverige utan även internationellt. Orsaken till könsskillnaderna är inte kända men man har spekulerat i att de beror på att kvinnor tas omhand och behandlas annorlunda än män. De senaste åren har könsskillnaderna uppmärksamrats ytterligare, vilket också lett till riktad forskning på området, både internationellt och nationellt, samt till nya publikationer i ämnet [23]. År 2000 publicerade Säfström och Nielsen vid Linköpings universitet två avhandlingar med inriktning på kvinnor och kranskärslssjukdom.

Man fann där bland annat att kvinnor efter menopaus hade hög förekomst av kranskärslsförändringar och att enkla, billiga metoder som att ta reda på tidigare sjukdomshistoria, EKG, blodprover och arbetsprov är bra verktyg vid utvärdering av misstanke om kranskärslssjukdom, vilket naturligtvis även gäller män. Vad man dock fortfarande inte vet är om kvinnor bör genomgå PCI eller by-pass-operation tidigt i förloppet.

Reumatiska sjukdomar

Med reumatiska sjukdomar menas kroniska sjukdomar i rörelseapparaten, framför allt i leder och muskler. De leder oftast till bestående besvär och invaliditet om de inte behandlas på rätt sätt. Ett flertal reumatiska sjukdomar är också så allvarliga att de leder till en förtida död; detta är bland annat fallet med de vanliga inflammatoriska reumatiska sjukdomarna ledgångsreumatism (reumatoid artrit) och vissa så kallade systemreumatiska sjukdomar, där förtida död i framför allt hjärt-kärlsjukdom är en konsekvens av den långvariga inflammationen. Reumatiska sjukdomar är till en mycket stor del också kvinnosjukdomar, eftersom kvinnor drabbas mer än män av nästan samtliga.

I detta avsnitt behandlas några av de aspekter på de reumatiska sjukdomarna där det finns påtagliga skillnader mellan män och kvinnor, biologiskt eller socialt. Studier av reumatiska sjukdomar ur ett könsperspektiv blir viktiga, inte bara för att sjukdomen är vanligare bland kvinnor än bland män,

utan också för att uppkomstmekanismerna kan vara olika hos män och kvinnor och att behandlingarna kan behöva vara olika.

Kort beskrivning av olika reumatiska sjukdomar

De reumatiska sjukdomarna kan grovt indelas i inflammatoriska och icke inflammatoriska. Vid inflammatorisk sjukdom tycks immunsystemet vara "felreglerat" så att de egna vävnaderna angrips, t.ex. lederna. Detta kan leda till de vanliga sjukdomarna ledgångsreumatism (drabbar cirka en procent av befolkningen), andra inflammatoriska ledsjukdomar såsom psoriasisartrit eller Bechterews sjukdom (ankyloserande spondylit) som tillsammans drabbar mellan en halv och en procent av befolkningen, samt så kallade systemreumatiska sjukdomar (systemic lupus erythematosus, muskelinflammationer, Sjögrens syndrom, sklerodermi m.m.). För samtliga de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna, utom Bechterews sjukdom, gäller att kvinnor drabbas långt oftare än män. Vid reumatoid artrit drabbas kvinnor 2–3 gånger oftare än män, vid SLE 5–10 gånger oftare.

Den andra huvudgruppen av reumatiska sjukdomar är de så kallade förslitningsreumatiska sjukdomarna, artros. Artros är en sjukdom där framför allt brosket och i någon mån benet bryts ned, och detta sker dels p.g.a. belastning, dels av ärftliga skäl. Sjukdomen leder ofta till smärta och försämrad möjlighet att använda lederna och är den vanligaste orsaken till att operationer behöver göras för att byta ut eller sätta in konstgjorda leder.

En tredje stor grupp av reumatiska sjukdomar är de så kallade mjukdelsreumatiska tillstånden, som ofta karaktäriseras av kronisk värk, trötthet och oförmåga att använda muskler och leder på ändamålsenligt sätt. Till denna grupp hör bland annat fibromyalgi och vissa kroniska allmänna smärttillstånd.

Orsaker till inflammatoriska reumatiska sjukdomar hos män och kvinnor

De inflammatoriska reumatiska sjukdomarna beror på en felreglering av immunsystemet. Det är väsentligt olika uppbyggt hos män och kvinnor, troligen beroende på att immunsystemet hos kvinnor behöver regleras på ett fundamentalt annorlunda sätt med tanke på behovet att skydda fostret.

Den kliniska konsekvensen av att de immunologiska funktionerna styrs olika hos män och kvinnor är att ett flertal av de reumatiska inflammations-sjukdomarna är vanligare bland kvinnor än bland män. Detta beror i sin tur troligen på att det kvinnliga immunsystemet har en förmåga att i många situationer vara mer "aktivt" än mannens, särskilt det antikroppsberoende (humorala) immunsystemet.

Olikheterna mellan män och kvinnor handlar både om gener och könshormoner. Vikten av könshormoner kan exemplifieras med att en patient med den allvarliga sjukdomen SLE blir väsentligt sämre vid tillförsel av östrogen eller vid graviditet. Den andra stora reumatiska sjukdomen reumatoid artrit, blir paradoxalt oftast förbättrad i samband med tillförsel av kvinnligt könshormon, och patienten blir också ofta bättre i samband med graviditet, men inte sällan kraftigt sämre efter barnets födelse [1].

Konsekvensen av könshormonernas och de könsbundna genetiska faktorernas inverkan blir att uppkomstmekanismer och därmed förebyggande av de reumatiska sjukdomarna måste studeras och förstås separat hos män och kvin-

nor. En annan konsekvens är att de följder som de reumatiska sjukdomarna kan få, bland annat förtida död i hjärt-kärlsjukdomar, också måste förstås på ett annorlunda sätt hos män och kvinnor och studeras separat. Denna senare aspekt är särskilt viktig eftersom man visat att personer som tidigt i livet drabbas av en reumatisk sjukdom kan löpa mellan 10 och 20 gånger så hög risk att avlida i hjärt-kärlsjukdom. Detta är särskilt påtagligt för kvinnor som drabbas av SLE, reumatoid artrit eller annan inflammatorisk sjukdom i ung ålder [2].

RA: Ålder vid sjukdomsdebut och risk för död i hjärtinfarkt [3].

	KVINNOR			MÄN		
	N	SMR	CI 95%	N	SMR	CI 95%
TOTALT	4414	1,86	1,81; 1,92	2 577	1,68	1,62; 1,75
20–39	34	5,48	3,80; 7,66	24	2,12	1,36; 3,16
40–59	843	2,63	2,45; 2,81	773	2,03	1,89; 2,18
60+	3537	1,73	1,68; 1,79	1 780	1,56	1,49; 1,63

SLE: Ålder vid sjukdomsdebut och risk för död i hjärtinfarkt

	KVINNOR			MÄN		
	N	SMR	CI 95%	N	SMR	CI 95%
TOTALT	323	3,38	3,02; 3,77	144	2,52	2,12; 2,96
20–39	13	18,79	10,0; 32,1	6	10,07	3,69; 21,9
40–59	91	6,13	4,93; 7,52	50	4,19	3,11; 5,53
60+	219	2,73	2,38; 3,12	88	1,97	1,58; 2,43

Not: SMR= Standard Mortality Ratio, dvs. ett mått på graden av överdödlighet.

Också vad gäller artrossjukdomar finns det påtagliga skillnader mellan män och kvinnor. Den särskilda artrossjukdom som drabbar händer och fingrar har en särskilt hög grad av ärftlighet bland kvinnor. Belastning tycks vara en särskilt viktig bakgrundsfaktor, och det finns möjligheter finns att skydda mot denna sjukdom genom att undvika felaktig belastning i arbetslivet. Också här finns det skillnader mellan män och kvinnor.

Även vid mjukdelsreumatiska sjukdomar drabbas kvinnor mest. Här finns ännu en mycket stor brist på kunskaper om uppkomstmekanismer och riktig biologisk förståelse. Vad vi vet är dock att sjukdomarna ger stort lidande och ofta ett bestående handikapp i samband med svår trötthet och/eller utbredda smärtsymtom.

Utvecklingen och betydelsen av att studera terapier för män och kvinnor separat

Mot inflammatoriska reumatiska sjukdomar används huvudsakligen immun-dämpande läkemedel. I linje med att uppkomstmekanismerna till väsentliga delar skiljer sig åt hos män och kvinnor, är det viktigt att studera effekten av olika antireumatiska och immundämpande läkemedel på män och kvinnor separat. Detta gäller givetvis i synnerhet läkemedel som påverkas av könshormonerna. Sådana studier har hittills gjorts i relativt liten omfattning.

En särskilt viktig fråga för kvinnor är givetvis påverkan på fertiliteten, både från sjukdomen själv och från behandlingen. Reumatiska sjukdomar drabbar ofta kvinnor i fertil ålder, och själva inflammationen påverkar fertiliteten på ett dramatiskt sätt, dvs. ger en minskad fertilitet. Många av de läkemedel som används har också en potentiellt fosterskadande effekt. Sammantaget har kvinnor med reumatiska sjukdomar en mycket besvärlig situation vad gäller barnafödande.

Möjligheten att hjälpa kvinnor i såväl fertil ålder som äldre kvinnor med reumatiska sjukdomar har på senare år förbättrats på ett dramatiskt sätt i och med introduktionen av nya läkemedel. Dock har det fortfarande gjorts få studier som inriktar sig på kvinnornas specifika problem, och ännu vet vi mycket lite om i vad mån de nya antireumatiska medlen kan användas av gravida kvinnor utan risk för fosterskador. Dessa problem har studerats i relativt liten omfattning.

Vad gäller artrossjukdom, så är de medicinska behandlingarna ännu mycket outvecklade. Här finns ett mycket stort behov av vidare forskning. De kirurgiska behandlingarna och utvecklingen av proteser och proteskirurgi är en mycket framgångsrik verksamhet, där det dock finns speciella svårigheter med att utforma lämpliga proteser för svårt reumatiskt sjuka patienter. Även benskörhet som associeras med reumatiska sjukdomar är ett mycket påtagligt problem, som särskilt drabbar kvinnor [4].

Behandling mot mjukdelsreumatiska tillstånd finns idag huvudsakligen i form av smärtlindring. Forskningsläget är här, som nämns ovan, ofullständigt och klinisk kunskap behövs för att man skall kunna hjälpa de stora grupper av patienter som drabbas av dessa tillstånd.

Uppkomstmekanismer och möjlighet att förebygga sjukdom

Kunskapen om uppkomstmekanismer och samverkan mellan omgivningsfaktorer och gener vid uppkomsten av reumatiska sjukdomar ökar för närvarande snabbt, även om det mesta ännu är okänt vad gäller omgivningsfaktorer. Det mest påtagliga är dock att rökning är en mycket stor riskfaktor för de flesta inflammatoriska reumatiska sjukdomarna, i synnerhet för reumatoid artrit (ledgångsreumatism) [5, 6]. Här finns också ett tydligt samspel mellan rökning och vissa gener, såtillvida att rökning generellt ger en ungefär fördubblad risk att drabbas av reumatoid artrit, medan personer med vissa riskgener kan löpa en så mycket som 16 gånger så stor risk att drabbas.

Också här finns ett tydligt könsperspektiv såtillvida att det är väl känt att unga kvinnor från underprivilegerade miljöer idag utgör den stora gruppen individer som nyrekryteras till rökning. I praktiken innebär detta att en grupp unga kvinnor drabbas av en mycket stor överrisk för inflammatorisk reumatisk sjukdom. Eftersom det också är väl känt att rökning bidrar till hjärt-kärlsjukdom [8], vilket i sin tur utgör den allvarligaste långtidskomplikationen vid inflammatorisk reumatisk sjukdom, är bruket av cigaretter bland kvinnor en mycket allvarlig fråga. Ännu allvarligare är att denna risk uppmärksammas i mycket liten utsträckning i samhället och att bland annat kvinnor som har släktingar (mödrar, farmödrar, mormödrar) med reumatisk sjukdom, inte får rätt information om den mycket stora risk som rökning tillsammans med en ärftlig benägenhet innebär.

Också andra omgivningsfaktorer, exempelvis belastning, och ännu okända faktorer associerade med låg utbildning, har nyligen visats ge en ökad risk för vissa reumatiska sjukdomar.

Sammanfattning

Den korta översikt som kunnat ges här, visar att reumatiska sjukdomar i hög grad drabbar kvinnor, och att såväl behandling som förebyggande verksamhet måste utformas med särskild hänsyn tagen till att män och kvinnor lever under olika villkor. Reumatiska sjukdomar är också tillstånd som än så länge fått en mycket undanskymd roll i forskning och sjukvård. Samtidigt finns för närvarande en mycket stark forskningspotential när det gäller de reumatiska sjukdomarna, bland annat i och med introduktionen av nya immunreglerande läkemedel. Sammantaget innebär detta att det finns goda skäl att rikta både mer forskningsresurser, mer vårdresurser och inte minst mer informationsresurser om risker för reumatisk sjukdom (bland annat rökning) till kvinnor. Det innebär även att kvinnors och mäns problem måste behandlas på olika sätt.

- Den största gruppen nya rökare är unga kvinnor från underprivilegierade miljöer.
- Rökning kan vara en mycket signifikant riskfaktor för RA.
- RA själv är en stor riskfaktor för att drabbas av och dö i förtid av hjärt-kärlsjukdom.

4.4 Förändringar i hälso- och sjukvårdens övergripande struktur

Utredningen om bemötandet av kvinnor och män i hälso- och sjukvården analyserade 1990-talets reformer och ändringar av sjukvårdens övergripande struktur ur ett jämställdhetsperspektiv [1]. Man kunde konstatera att frågan om hur kvinnor och män bemöts i vården inte diskuterats vid reformerna, och att det inte fanns några uppföljningar av hur kvinnor respektive män påverkats av förändringarna. Nedan följer en uppföljning som är tänkt att belysa vad som hänt när det gäller könskonsekvensanalyser av genomgripande förändringar sedan betänkandet kom. Sammanställningen utgår från de reformer som togs upp i betänkandet samt de reformer som tillkommit efter betänkandet: Läkemedelsreformen och Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Psykiatireformen har inte tagits med, eftersom den för närvarande är föremål för en statlig översyn.

De förändringar/reformer som studerats i detta avsnitt är:

- Valfrihet.
- Vårdgarantin.
- Styrningsformer.
- Förändrad utbudsstruktur.
- Läkemedelsreformen.
- Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården.
- Ädelreformen.

Valfrihet

Det finns inga undersökningar som tyder på att det skett några större förändringar av befolkningens vårdutnyttjande sedan betänkandet kom. Introduktionen av valfriheten gjordes av politiska och ideologiska skäl och inte efter empiriska studier av val eller faktiska krav från allmänheten. Detta kan förklara varför vårdutnyttjandet inte förändrats i högre grad.

Äldre människor är mer intresserade av att kunna välja primärvårdsläkare medan det är viktigare för yngre att ha möjlighet att välja sjukhus. Detta gäller dock inte yngre kroniker som ofta besöker vården och därför vill ha samma primärvårdsläkare. För de yngre gäller annars att möjligheten att kunna välja behandlingsmetod inte anses vara lika viktig som att kunna välja läkare eller sjukhus. Däremot vill yngre, välutbildade personer vara delaktiga i medicinska beslut till skillnad från äldre som gärna låter doktorn ta beslutet. Intressant är dock att stöd från partnern verkar öka äldre människors intresse för att vara delaktiga i medicinska beslut. Det verkar också som om personer med hög utbildningsnivå inte känner sig mer välinformerade utan snarare tvärtom. En studie visar dock att 82 procent av patienterna i Sverige ansåg att de inte hade något val alls vad gällde vård och behandling jämfört med 70 procent i England. Det fanns inga könsspecifika skillnader i attityder till valfriheten, utan det avgörande var snarare ålder och även till viss del utbildningsnivå [2–4].

Enligt vårdgarantin har patienten rätt att välja annan vårdgivare om väntetiden överstiger tre månader. Patienten har alltså fått en lagreglerat starkare ställning och har rätt att påverka sin behandling och vård. Detta har dock liten effekt och utnyttjas sällan av patienterna. Ett skäl kan vara att få patienter känner till denna rätt.

En allt större del av vården produceras av privata företag men finansieras av landsting och/eller kommuner. Det innebär att patienten får större möjlighet att välja vårdgivare och att vården konkurrensutsätts. För att en marknad skall fungera är det av yttersta vikt att det finns valmöjligheter och tillgång till information. Tillgång till information är också nödvändigt för att patienterna skall kunna vara delaktiga i olika beslutsprocesser gällande deras vård och behandling, enligt studier om vårdgarantin [4, 5]. Dessa studier innehöll ingen specifik genusanalys.

Patienter kommer med stor sannolikhet att ställa större krav på inflytande över sin vård och behandling, samtidigt som de har möjlighet att välja vårdgivare. De unga är välutbildade, vana att söka och hitta information, de har inte samma respekt för auktoriteter och de kräver dialog, respekt och god service. Det kommer att innebära en utmaning för hälso- och sjukvården när denna generation blir äldre och då kommer att behöva mer vård [2, 6–8].

Ovan har ett antal studier med syftet att beskriva konsekvenserna av valfrihet i hälso- och sjukvården refererats. Några av dem har haft uppdelning på kön, men inga fördjupade könskonsekvensanalyser har hittats.

Vårdgarantin

Hanning m.fl. har frågat chefsläkare om deras synpunkter på vårdgarantin. De flesta anser att väntetiderna har kortats sedan garantin infördes (andra studier visar att väntetiderna kortades i början men att de 1996 var lika långa

som före införandet). Chefläkarna anser även att patientens valmöjligheter och delaktighet har förbättrats. Två tredjedelar av chefläkarna ansåg dock att ett borttagande av vårdgarantin inte skulle få någon större påverkan på väntetiderna. De begränsade ekonomiska resurserna som tilldelats vården på senare år har dock gjort att vårdproducenterna finner det svårt att leva upp till garantin. Ingen diskussion om könsskillnader finns i denna studie [9].

Den medicinsk-tekniska utvecklingen, som bland annat lett till mer dagkirurgi, är också en viktig faktor för större produktivitet och har därigenom förkortat köer och väntetider. En annan faktor som påverkat produktiviteten under perioden är Ädelreformen, som skapat möjligheter till fler operationer genom att man frigjort fler vårdplatser [5].

Styrningsformer i hälso- och sjukvården

Utvecklingen av styrningen i hälso- och sjukvården har koncentrerats på frågor som rör effektiviteten i den löpande verksamheten, samtidigt som övergripande styrfrågor skjuts i bakgrunden, t.ex. grundläggande mål, huvudsakliga strategier och kapacitet för att möta nuvarande och framtida behov. Frågan är också om den tillämpning av näringslivsmetoder som präglat utveckling har tagit tillräcklig hänsyn till hälso- och sjukvårdens speciella förutsättningar. Hälso- och sjukvården är en organisation med många olika yrkesgrupper, vilket ställer sina speciella krav på styrning och utveckling [10].

Charpentier m.fl. beskriver beställar–utförarmodellen som en metod för att säkerställa en god effektivitet i en verksamhet, men den har inte till syfte att klara av större strukturella förändringar, t.ex. nedskärningar [10]. Elva av 26 landsting har någon form av beställar–utförarmodell. Även om de fungerar olika enas de om två principer – uppdelning av verksamheten mellan beställare och utförare med ett kontrakt dem emellan, samt att utföraren får betalt av det landsting patienten bor i. Bergman har studerat 1990-talets reformer och kommit fram till att utvecklingen gått från kortsiktiga erbjudanden, förhandlingar och detaljerade kontrakt till långsiktiga överenskommelser baserade på gemensamma mål att förbättra hälso- och sjukvården. Beställaren disponerar resurser för medborgarnas totala utnyttjande av hälso- och sjukvård i deras område och resurserna tilldelas efter befolkningens storlek och åldersfördelning samt i vissa fall andra faktorer som speglar befolkningens behov. Patientens valfrihet är grundläggande för alla modeller, men detta leder till att patienten i viss mån blir sin egen beställare [11]. Ingen genusanalys görs i de ovannämnda studierna.

I samband med att styrningsformerna förändrades, introducerade vissa landsting prestationsrelaterad ersättning (DRG, Diagnoses Related Groups) för att införa en kostnadsmedvetenhet. Medvetenheten kan dock öka på andra sätt. Därför har en del landsting valt att behålla den organisatoriska modellen med årlig budget, vilket gett en unik möjlighet att jämföra de två olika modellerna. Enligt Forsberg anser en relativt stor andel av läkarna att patienterna skrivs ut från sjukhusen för tidigt. Prestationsrelaterad ersättning har också lett till att läkarna i större utsträckning tar hänsyn till kostnaderna när de ställer diagnos och väljer behandling därefter [12]. Studien innehåller ingen specifik genusanalys av om prestationsrelaterad ersättning exempelvis påverkar män och kvinnor olika.

Förändringar i utbudsstrukturen

På 1990-talet fick förändringar av demografi, boende och kommunikationer stor betydelse för förändringar i utbudsstrukturen i hälso- och sjukvården. Även den medicinska utvecklingen låg i hög grad bakom strukturförändringarna. Numera finns större möjligheter att ge patienterna vård och rehabilitering i deras hemmiljö, vilket innebär påtagliga vinster såväl ur ett medicinskt perspektiv som ur ett omvårdnads- och rehabiliteringsperspektiv. Med nya tekniker följer också ett behov av en kontinuerlig anpassning av vårdens struktur. Landstingsförbundets beskrivning av svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet innehåller könsuppdelad statistik, men ingen egentlig genusanalys görs [13].

Läkemedelsreformen

Syftet med läkemedelsreformen 1997 var att läkemedel i den öppna vården skulle bedömas och prioriteras efter samma kriterier som andra sjukvårdsinsatser. Landstingen hade redan före reformen ansvar för läkemedel i den slutna vården, men fick nu även ansvar för läkemedel i den öppna vården, ett ansvar som staten dittills haft. Bakgrunden till reformen var de starkt ökande läkemedelskostnaderna och att läkemedelsbehandling, i och med att staten stod för kostnaderna, kunde betraktas som en fri nytta sedd ur sjukvårdens perspektiv.

Enligt Socialstyrelsens uppföljning har kvinnor högre utgifter för läkemedel än män och äldre har högre utgifter än yngre. Detta hänger samman med sjukligheten i dessa grupper. Man kan se att utgifterna stiger markant i 55-årsåldern och ökar ytterligare i över 65 år. De som tvingas avstå från läkemedel av kostnadsskäl är i stor utsträckning kvinnor och yngre, upp till 54 år. Arbetslösa, studerande m.fl. tvingas i större utsträckning än anställda, pensionärer, hemarbetande och företagare avstå från läkemedel av kostnadsskäl. Däremot är det något färre som måste avstå från hälso- och sjukvård av kostnadsskäl [14]. Vi har inte hittat några flera vetenskapliga artiklar som utvärderat läkemedelsreformen eller följt upp vilka konsekvenser den fått ur ett genusperspektiv.

Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården

Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården innebär en förstärkning av landstingens och kommunernas primärvård, bland annat för att effektivisera vårdkedjorna och förbättra tillgängligheten. En anledning till detta var att tillgänglighetsproblemen i den planerade vården inte skulle utvecklas till ett allvarligt trovärdighetsproblem för hela det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Mot denna bakgrund har regeringen föreslagit att från och med år 2002 avsätta 1,25 miljarder kronor för att förbättra vårdens tillgänglighet och skapa en varaktigt förbättrad tillgänglighet. Vi har inte funnit någon studie som analyserat den nationella handlingsplanen ur ett könsperspektiv.

Ädelreformen

Nittiotalets mest betydande hälso- och sjukvårdspolitiska reform var Ädelreformen 1992. Genom reformen gjordes kommunerna ansvariga för klinikfärdiga patienters rehabilitering och eventuellt fortsatta vård. Den tidigare långtidsvården som låg under landstingen delades upp så att kommunerna tog över ansvaret för den dominerande delen av dessa vårdplatser. Syftet med Ädelreformen var att befolkningen skulle få sina medicinska vårdbehov tillgodosedda i vardagslivet och i hemmet. Reformen gav kommunerna förutsättningar för att kunna erbjuda patienterna både socialt stöd och medicinska insatser, antingen i särskilt utformade bostäder eller i hemmet. Detta skulle vara möjligt även om patienten hade omfattande och långvariga behov av medicinska insatser.

Antalet medicinskt färdigbehandlade patienter uppgick till 3 000 när det kommunala betalningsansvaret infördes. Därefter har antalet minskat, och i maj 1999 bedömdes 1 400 patienter som medicinskt färdigbehandlade. Som tidigare nämnts har de äldre fått tillgång till allt mer avancerade behandlingar, samtidigt som landsting och kommuner haft betydande problem med att säkra tillgången till grundläggande medicinsk behandling i hemmet för patienter med behov av kontinuerliga insatser.

En trend har varit att utveckla olika varianter av närsjukvård, vilket rimmar väl med Ädelreformens intentioner att vården skall vara integrerad i patientens vardagsliv och bostad. Forsberg [12] beskriver i sin avhandling hur Ädelreformen har bidragit till att sjukhusen kan koncentrera sig på specialiserad vård. Det finns dock även signaler om att problemet med det begränsade antalet vårdplatser i Stockholm har intensifierats på grund av bristen på medicinska resurser på vårdhemmen. Detta betyder att de äldre allt oftare behöver sjukhusvård, vilket har skapat ett ökat tryck på akutmottagningarna. Någon specifik genusanalys görs inte i avhandlingen.

Sammanfattning

Vid litteraturgenomgången hittades inte ett enda arbete med en genusanalys av reformer och förändringar i hälso- och sjukvårdens övergripande struktur. Även om det inte finns något enhetligt sätt att bedöma om vetenskapliga publikationer har ett genusperspektiv, menar de flesta att detta innebär ett fokus på de strukturella relationerna mellan kvinnor och män i samhället, det vill säga fördelningen av resurser, makt och arbete.

Trots att alla reformer kan påverka kvinnor och män på olika sätt är detta sällan uttalat ens i diskussionsform i de rapporter och utvärderingar som studerat konsekvenserna av reformer eller andra förändringar. Förändringen uppfattas snarare handla om något annat än genus och de flesta reformer anses därmed vara könsneutrala. Detta kan ibland misstolkas som att genus inte spelar någon roll, men Wahl m.fl. [15] påpekar att när processerna analyseras utifrån ett könsperspektiv blir det synligt att genus spelar roll, och *hur* genus spelar roll. I enlighet med vad man också kom fram till i betänkandet *Jämställd vård – olika vård på lika villkor* [1] är det därför viktigt att reformarbetet beaktar eventuella konsekvenser som kan komma att påverka kvinnor och män olika. Vi har utgått från att en genusanalys innebär just detta [16].

I Landstingsförbundets rapport om utvecklingstendenser i svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet [13] lyfts bland annat omvårdnad och rehabilitering fram. Man har däremot inte gjort något försök att anlägga ett könsperspektiv på detta, t.ex. när det gäller fördelningen av makt och arbete. Ett könsperspektiv hade däremot den fokusgruppstudie som gjordes på vårdpersonal på Danderyds sjukhus. Den visade att kvinnors arbetsbörda i hemmet ökat på grund av nya rehabiliteringstrender [9]. I framtiden bör studier av reformer ha med den här typen av koppling.

När det gäller valfrihetsreformer har åldersfaktorn visat sig ha större betydelse än kön i de publicerade undersökningarna [2–4, 9]. Dessutom fanns det könsskillnader såtillvida att kvinnor var mer måna om att kunna välja sjukhusläkare; däremot fanns inte dessa skillnader när det gällde val av primärvårdsläkare. Kvinnor utnyttjar dock vården i högre grad, inklusive primärvård. I framtida forskning bör orsakerna till detta studeras.

Jämställdhetslagens syfte är att främja kvinnors och mäns lika rätt i arbetet. Jämställdhetsarbete är däremot inte längre enbart en fråga för arbetslivet, och det som regleras i jämställdhetslagen. Idag bedrivs jämställdhetsarbete som ”jämtegrering” (”mainstreaming”), vilket betyder att jämställdhetsperspektivet skall integreras på alla nivåer och inom alla områden i den dagliga verksamheten. Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 1996:24 skall all hälso- och sjukvård ha system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten. I takt med att allt fler verksamheter arbetar med olika kvalitetssystem, ökar också behovet av att ta hänsyn till patienters olika behov och livsvillkor. Målet med en offensiv kvalitetsutveckling är att rikta verksamhetens fokus mot det man är till för, det vill säga både manliga och kvinnliga patienter.

Mycket talar för att verksamhetens förmåga att tillfredsställa samtliga patienters uttalade och outtalade behov skulle förbättras om genus- och könsperspektivet fanns med [6, 16].

Sammanfattningsvis kan sägas att trots att sju år gått sedan betänkandet kom, har påfallande lite genusanalys gjorts inom forskningsområdet ”hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning på analys av konsekvenser av reformer och förändringar i vårdens makrostruktur”. Som utredningen kom fram till, vilket även stöds av Wahl m.fl. [15], kan reformer inte antas vara könsneutrala. Reformerna påverkar kvinnor och män på olika sätt, och hälso- och sjukvårdsforskningen måste nu anta denna utmaning.

5. Utbildningarna, forskningsråden och huvudmännen

I betänkandet *Jämställd vård – olika vård på lika villkor* (SOU 1996:133) föreslogs en rad åtgärder för att öka inslaget av könsperspektiv i hälso- och sjukvården. Förslagen gällde områden som bemötande, vård och behandling samt ökad integrering av könsspecifika kunskaper i medicinsk grundutbildning och forskning.

Samtliga medicinska utbildningar som tillfrågats visar att det finns goda ambitioner vad gäller att ta hänsyn till ett genusperspektiv. Det står dock klart att en hel del arbete återstår och att det fortfarande finns hinder i form av värderingar och föreställningar om vad ett genus/könsperspektiv innebär.

När det gäller forskningsråden visar uppföljningen att Vetenskapsrådets ämnesråd för medicin, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) och Vårdalstiftelsen, arbetar både för en jämnare könsfördelning i den egna organisationen och för en jämnare fördelning av forskningsstöd. Det är dock tydligt att de tre forskningsråden arbetar på olika sätt. Vetenskapsrådets ämnesråd för medicin och FAS uppmanar de sökande att ange om de tar hänsyn till genusperspektiv. Ingen av de tillfrågade råden kunde redovisa statistik över studiepopulationernas könsfördelning.

Resultatet av uppföljningen visar att landstingens engagemang för jämställdhet för vårdtagare varierar i hög grad. De större landstingen verkar satsa mer än de mindre. Ungefär hälften har skrivningar om könsperspektivet i övergripande policydokument, och ungefär lika många ger mer konkreta exempel på olika projekt. Dock är det fortfarande mycket ovanligt att landstingens statistik över vårdresultat är könsuppdelad.

5.1 Könsperspektivet i de medicinska utbildningarna

Ett genusperspektiv innebär att i olika sammanhang väga in betydelsen av både biologiskt och socialt kön. Alla skillnader mellan män och kvinnor har inte biologiska orsaker, utan även sociala faktorer har stor betydelse. På så sätt kan följande frågor anses ha betydelse för genusperspektivet i medicinska utbildningar:

- Vilka förväntningar på och normer för män och kvinnor finns det, och hur påverkar de vården?
- Hur är det att vara kvinnlig respektive manlig patient?
- Hur utövas makt och inflytande i relation till kön?
- Vilka skillnader kan ha ett biologiskt ursprung?

Den klassiska uppdelningen i biologiskt och socialt kön kan dock innebära svårigheter på det medicinska området, eftersom det ofta är mycket svårt att medicinskt skilja på biologiska och sociala faktorer. En *genusdefinition* för medicinen kan förhålla sig till biologin genom formuleringen "Genus = kön med helhetssyn". Detta begrepp anknyter till en känd medicinsk term för att inkludera biologiska, sociala, psykologiska och kulturella aspekter i undervisningen, forskningen eller mötet med patienten [1].

Den medicinska grundutbildningen är avgörande då olika yrkesgruppers och apotekares förhållningssätt till könets betydelse för behandling och bemötande av patienterna formas. Det är därför viktigt att utbildningen ger kunskaper om attityder, värderingar och uppfattningar på det området. Genusperspektiv är relevant för ett flertal olika områden inom de medicinska grundutbildningarna. Traditionellt har man framförallt fokuserat på biologiska förklaringar, t.ex. att det finns könsskillnader i kroppens uppbyggnad och grundläggande funktioner. Ser symptom, sjukdomsutveckling och riskfaktorer likadana ut för män och kvinnor? Om inte, vilka förklaringar finns till detta? Ett annat område är utredning och behandling, som handlar om huruvida det finns anledning att utreda och behandla en åkomma olika hos män och kvinnor. Bör val av läkemedel anpassas efter patientens kön? [1].

Ytterligare ett område är bemötande och konsultation. Är det troligt att patienten gjort likadant om doktorn varit av motsatt kön? Vilka förväntningar är knutna till patientens respektive läkarens kön/genus? Genus på detta område handlar även i stor utsträckning om patientens uppträdande, symtombeskrivningar och förväntningar [1].

Enkät till läkarutbildningen, sjuksköterskeutbildningen och farmaceut/apotekarutbildningen

För att få en översiktlig bild av närvaron av genusperspektivet i grundutbildningarna beslutade Socialstyrelsen och Högskoleverket att samla in information direkt från några centrala medicinska utbildningar. En enkät skickades ut via epost till de jämställdhetsansvariga på universitet och högskolor som har läkar- och sjuksköterskeutbildning. Dessa personer ombads samla in underlag till frågorna från kursansvariga och studievägledare. Samma frågor ställdes även till de farmaceutiska utbildningarna (receptarie- och apotekarprogrammen).

Följande frågor ställdes :

- Har åtgärder vidtagits för att integrera kön/genusperspektivet i kursplanen för läkare/sjuksköterskor/farmaceuter? Om ja, ange på vilket sätt (kurs(er), del av kurs, innehåll och inriktning, externa föreläsningar etc.)
- Har Ni för framtiden planerat att integrera kön/genusperspektivet i kursplanen för läkare/sjuksköterskor/farmaceuter? Om ja, ange på vilket sätt (kurs(er), del av kurs, innehåll, inriktning, externa föreläsningar etc.)
- Finns på fakulteten särskild kompetens i genusforskning? Om ja, beskriv närmare.

Dessutom fanns det utrymme för ytterligare kommentarer.

Ökat inslag av könsperspektiv i utbildningarna

Samtliga skolor uppgav att de vidtagit åtgärder för att integrera genusperspektivet i utbildningarna. Detta sker på olika sätt och i varierande grad. När det gäller läkarutbildningarna svarade samtliga skolor att de har vidtagit åtgärder för att integrera genusperspektivet i kursplanerna, bland annat genom att se över planerna. Flera uppgav också att de arbetat fram handlingsplaner för en framtida tydligare integrering av genusperspektivet. De gav också exempel på utbildningar, temadagar, föreläsningar och diskussioner som ordnades på området. Samtliga uppgav också att de hade anställda med specialkompetens i genusforskning på fakulteten.

Också samtliga sjuksköterskeutbildningar svarade att åtgärder vidtagits för att integrera genusperspektivet. Däremot svarade Högskolan i Gävle, Luleå tekniska universitet och Lunds universitet att de inte planerade att integrera genusperspektivet i kursplanen. Alla skolor, utom Högskolan i Gävle och Göteborgs universitet, uppgav att det fanns personal med särskild kompetens i genusforskning på fakulteten. Göteborgs universitet svarade att det saknades personal med genuskompetens på den medicinska fakulteten, men att det fanns på universitet (sociologi).

Karolinska Institutet har i sin läkarutbildning en obligatorisk dag då genus och läkarrollen behandlas. Även i sjuksköterskeprogrammet har man litteraturseminarier, föreläsningar och studiedagar om genusvetenskap. Vid Linköpings universitet finns en professur i medicinsk kvinnoforskning och en särskild enhet för genus. Här ordnar man även integrerade utbildningar, s.k. HEL-kurser (Hälsa Etik Lärande), där genusperspektivet ingår som en del. Detta gäller både läkar- och sjuksköterskeprogrammet. I Uppsala och Umeå har man inrättat genus- eller jämställdhetskommittéer, som anordnar föreläsningar eller verkar som stöd då nya kursplaner utvecklas. Vid Göteborgs universitet har sjuksköterskeutbildning särskilda utbildningsdagar som är inriktade på genusperspektiv och jämställdhetsarbete, och som erbjuds både personal och studenter.

Av svaren från de farmaceutiska utbildningarna framgår att man överlag inte har några konkreta planer för hur genusperspektivet ska lyftas fram (undantaget är Linköpings Universitet). Utbildningarna berör oftast ämnet i en kurs eller inom ett område där det är uppenbart relevant att påpeka de skillnader som finns mellan könen. Ett exempel är kursen *läkemedelsanvändning och hälsa*. Flera av farmaceututbildningarna är relativt nystartade, och av svaren framgick att man i flera fall planerade att lyfta in genusfrågor i framtiden.

Analysen av svaren på Socialstyrelsen enkätfrågor visade att det finns goda ambitioner vid i princip samtliga utbildningsplatser. Mer djupgående analyser av innehållet i programmen visar dock att mycket arbete återstår, och att det fortfarande finns barriärer i form av värderingar och föreställningar om vad genusperspektivet i praktiken innebär. I en analys av Norstedt och Davies som fokuserade på läkarutbildningen konstaterades att medvetenheten om genusperspektivet i läkarutbildningen var dålig och tillämpningen eftersatt. I undervisningen var genusperspektivet begränsat och hade främst en biologisk inriktning. Om andra aspekter togs upp berodde det på föreläsarnas egna intressen, inte på kursplanen. Det saknades även kunskap om genussystemet och dess strukturer, framförallt vad gäller makt,

varför detta således inte berördes i undervisningen. Författarna menade också att det var tydligt att studenterna socialiserades in i en viss läkarroll, vilket även speglades i attityder och inställningar till hur kön och medicin hör ihop. Vidare drog man slutsatsen att den största svårigheten med att få in ett genusperspektiv i undervisningen, grundade sig på att det var ett perspektiv som inte ingick i den traditionella medicinska vetenskapens gemensamma kunskapsbas. Norstedt och Davies menade att det på så sätt inte väcktes något intresse hos studenterna, som dessutom koncentrerade sig på det som skulle beröras i examinationen [2].

Liknande iakttagelser återfinns i andra undersökningar. På läkarprogrammet i Umeå genomfördes höstterminen 2001 en inventering av befintliga genusinslag. Samtliga kurssamordnare fick beskriva de inslag som berörde genus i de olika kurserna, med betoning på faktiska aktiviteter och moment. Inventeringen visade bland annat på att det fanns enstaka inslag med genusperspektiv och att de som helhet var små och utan samordning. Genus behandlades eftersom läraren råkade vara intresserad, vilket stämmer överens med Norstedt och Davies resultat. Även denna studie visade att genus berördes mycket lite, om alls, och att genusteorier inte hade något avsatt utrymme. De lärare som tog upp genus i sin undervisning kände sig tvungna att börja om från början. Dessutom behandlades framförallt biologiska aspekter och inte sociala förhållanden [3].

5.2 Tillämpar forskningsråden ett könsperspektiv?

Mycket av den medicinska forskningen bedrevs tidigare av tradition på medelålders män. Även i de fall kvinnor inkluderades, skilde man inte på kvinnor och män när resultaten redovisades, vilket gjorde att eventuella könsskillnader inte kunde upptäckas. Detta berodde i vissa fall på att antalet kvinnor var så lågt att statistiskt säkerställda resultat för deras del inte kunde beräknas. Trots dylika brister i forskningen har olika medicinska metoder i den praktiska sjukvården som regel tillämpats på både äldre kvinnor och kvinnor i fertil ålder.

Om man skall få in jämställdheten i den nya kunskap som växer fram, förutsätter det att de befolkningsgrupper som ingår i forskningsprojekt är representativa för befolkningen i stort eller för den patientgrupp som är föremål för studium.

I betänkandet *Jämställd vård – Olika vård på lika villkor* (SOU 1996:133) lämnades förslag på åtgärder som främjar god representation av båda könen i forskningen, för att säkerställa att forskningen ger könsspecifika kunskaper:

- Projekt som söker medel för forskning inom medicin, omvårdnad eller hälso- och sjukvård skall i sin ansökan redovisa studiepopulationens könsfördelning i relation till befolkningen eller den aktuella patientgruppen. De etiska kommittéerna skall i sina bedömningar av ansökningar granska att forskaren följt dessa principer vid val av studiepopulation.
- Forskningsråden skall varje år sammanställa och redovisa statistik om könsfördelningen i projektens studiepopulationer.
- Forskningsråden skall pröva om det finns behov av att utarbeta riktlinjer för att ta med kvinnor i den forskning som finansieras av råden [1].

Enkätfrågor från Socialstyrelsen

För att kunna göra en uppföljning av ovanstående förslag sände Socialstyrelsen några frågor till Vetenskapsrådets ämnesråd för medicin (före 1999 Medicinska Forskningsrådet, MFR), Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS) och Vårdalstiftelsen. Dessa är de tre största offentliga finansiärerna av forskning inom medicin och omvårdnad. Frågorna om medicin/omvårdnad gällde:

1. Statistik över könsfördelningen i forskningsprojektens *studiepopulationer*.
2. Om det fanns *kriterier/riktlinjer* för ansökningarna som säkerställer att kvinnor ingår i studiepopulationerna och/eller att köns/genusperspektivet beaktas i ansökningarna.
3. Statistik över könsfördelningen bland de *forskare* som fått sina forskningsprojekt beviljade.

Resultat

Vetenskapsrådets ämnesråd för medicin

Vetenskapsrådets ämnesråd för medicin ger stöd till grundforskning i medicin. 1998 gjordes en genomgång av rapporterna från projekt som fått forskningsmedel av MFR. Kartläggningen visade att projekten lika ofta fokuserade på sjukdomar som drabbar kvinnor i högre grad, som på sjukdomar som drabbar män i högre grad. Kartläggningen visade också att det var angeläget att skärpa kraven på redovisning av studiepopulationer.

Ämnesrådet har hittills inte sammanställt eller redovisat statistik över könsfördelningen i projektens studiepopulationer. Rådet kommer dock att följa upp hur studiepopulationer redovisas i ansökningar om forskningsbidrag och hur beredningsgrupperna bedömt denna redovisning. Detta avser man göra under perioden 2003–2005 i enlighet med rådets jämställdhetsstrategi (se nedan).

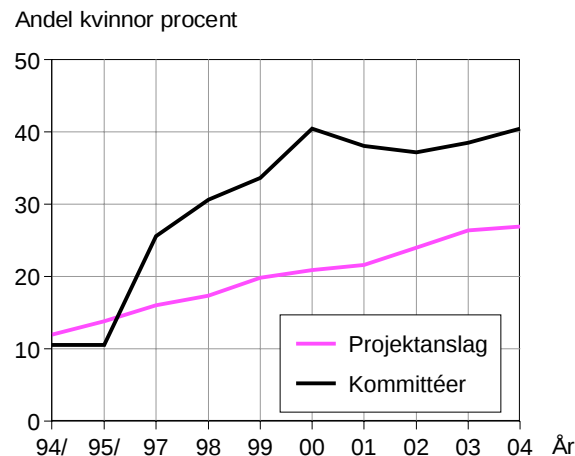
1999 gjorde MFR ett policyuttalande riktat till de forskningsetikkommittéer som gör den etiska bedömningen av forskningsprojekt. Enligt uttalandet skall studiepopulationens sammansättning vara sådan att resultaten kan generaliseras i enlighet med projektets övergripande syfte. MFR framhåller vikten av att etikkommittéerna väger in valet av studiepopulation i den etiska bedömningen.

Av Vetenskapsrådets instruktion framgår det att rådet skall främja jämställdhet mellan kvinnor och män. Från och med år 2000 måste de sökande ange i sin ansökan om det är relevant att beakta genusaspekter i projektet och även redovisa dem. De skall också ange hur de kommer att behandlas i forskningsarbetet. År 2001 inrättades ett särskilt program för genusforskning vid Vetenskapsrådet.

Enligt regleringsbrevet för år 2002 skall Vetenskapsrådet arbeta aktivt för jämställdhet samt nå en jämnare könsfördelning i den egna beredningsorganisationen och vid fördelningen av forskningsstöd. År 2003 fastställdes en jämställdhetsstrategi för åren 2003–2005 för ämnesområdet medicin. Syftet är att uppnå en jämn könsfördelning i enlighet med regleringsbrevets krav.

Andelen projekt som kvinnor fått beviljade de senaste tjugo åren ökar och avspeglar till större delen att fler kvinnor söker projektanslag från rådet, se figur 1. Ämnesrådet kommer enligt jämställdhetsstrategin att arbeta för att fler kvinnor söker bidrag och anställningar.

Figur 1. Vetenskapsrådet, ämnesområde medicin. Andel kvinnor av dem som beviljats forskningsanslag och andel kvinnor i kommittéer som bedömer ansökningar.



Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) ger stöd till framförallt grundforskning. Rådet stöder och tar initiativ till forskning på områdena arbetsmarknad, arbetsorganisation, arbetsmiljö, folkhälsa, omsorg och välfärd.

Någon information om könsfördelningen i forskningsprojektens studiepopulationer har inte sammanställts. Projekten klassas efter om de har ett genusperspektiv eller ej. Begreppet "genusperspektiv" definieras brett, t.ex. att skillnaden mellan kvinnor och män överhuvudtaget beaktas och kvantifieras. De projekt som genusklassats antas ha en könsuppdelning i sina studiepopulationer.

Några särskilda riktlinjer för ansökningar finns inte annat än att sökanden uppmanas att kommentera om projektet bör ha ett genusperspektiv. FAS' prioriteringskommittéer beaktar vidare att studiepopulationerna är korrekta.

Av de projektansökningar eller anställningar som FAS beviljat de tre senaste åren var det ungefär en tredjedel som gick till kvinnor. FAS eftersträvar också jämställdhet i prioriteringskommittéer och andra grupper för särskilda uppdrag.

Vårdalstiftelsen

Vårdalstiftelsen stöder forskning på vårdområdet samt forskning om allergi och annan överkänslighet. Stiftelsen har inte sammanställt information om könsfördelningen i forskningsprojektens studiepopulationer.

När det gäller genusperspektivet i forskningen har stiftelsen aktivt utformat särskilda teman för att stärka likabehandlingen av män och kvinnor, respektive vuxna och barn. Eftersom en större andel av den medicinska forskningen är inriktad på vuxna män, har stiftelsen infört teman som prioriterar stöd för forskning om kvinnors och barns hälsa. I övrigt tolkar Vårdalstiftelsen genusperspektivet brett och pluralistiskt och överlåter åt forskarna att välja tolkningar och perspektiv i forskningen där könsaspekter uppmärksammas och blir belysta.

Sedan stiftelsens start (1994) har man redovisat statistik om huruvida forskningsanslag tilldelats män eller kvinnor. Fördelningen är relativt jämn

över tiden. Av de ansökningar som beviljades under 2002 och 2003 gällde 41 procent kvinnliga forskare.

I stiftelsens samtliga arbetsgrupper eftersträvas en jämn könsfördelning. Minoritetskönet bör inte understiga 40 procent. Hänsyn tas så att det under-representerade könet inte får en orimlig arbetsbörda.

Sammanfattning

Vetenskapsrådet, FAS och Vårdalstiftelsen arbetar samtliga för en jämnare könsfördelning i den egna beredningsorganisationen och vid fördelningen av forskningsstöd.

När det gäller att beakta köns- och genusperspektivet i forskningsprojekten arbetar de tre på lite olika sätt. Vetenskapsrådets ämnesråd för medicin och FAS uppmanar de sökande att kommentera om projektet har ett genusperspektiv eller ej, dock utan att vidare definiera vad som är ett genusperspektiv. Vetenskapsrådet har dessutom ett särskilt program för genusforskning. Vårdalstiftelsen uppmanar inte aktivt till genusforskning utan inriktar sig istället på att skapa särskilda program om kvinnors hälsa.

Den enda riktlinje som finns för att säkerställa en lämplig sammansättning på en studiepopulation är det uttalande MFR riktade till de etiska kommittéerna 1999.

Forskningsrådets granskningskommittéer tycks i viss mån och i vissa fall bevaka studiepopulationernas sammansättning. Men det går inte att följa upp om den granskning som för närvarande görs är tillräcklig, eftersom information om könsfördelningen i projektens studiepopulationer inte har sammanställts. Endast Vetenskapsrådet avser att inom den närmaste tiden göra en sådan sammanställning.

Det går för närvarande inte heller att göra någon bedömning av hur korrekta studiepopulationerna egentligen är i de forskningsprojekt som tilldelats medel från de tre forskningsfinansiärerna. Det går därför inte att bedöma om det behövs tydligare riktlinjer från dem.

Ett möjligt förslag är att forskningsråden får i uppgift av regeringen (eventuellt i regleringsbrevet) att varje år göra en sammanställning över könsfördelningen i studiepopulationerna och att, om det visar sig behövas, utarbeta riktlinjer till forskare för när kvinnor skall tas med i forskningen. Att bevaka att dessa riktlinjer sedan följs bör vara en uppgift både för forskningsråden och de forskningsetiska kommittéerna.

5.3 Landstingen/huvudmännen

En förutsättning för att vården skall kunna bedrivas på lika villkor för män och kvinnor är att huvudmännen och de olika yrkesgrupperna i sjukvården medvetet uppmärksammar skillnader i bemötande och resultat kvalitet som kan ha att göra med köns- och genusaspekter. Socialstyrelsen har gjort en uppföljning av landstingens insatser för att öka jämställdheten för män och kvinnor i vården.

Uppföljningen har gjorts genom 1) en redovisning av fördelningen av kvinnor och män i landstingens styrelser och personal 2) en enkät till samtliga landsting i samarbete med Landstingsförbundet 3) identifiering av aktu-

ella projekt i landstingen som har till syfte att kartlägga eller åtgärda könsrelaterade skillnader i vård eller bemötande.

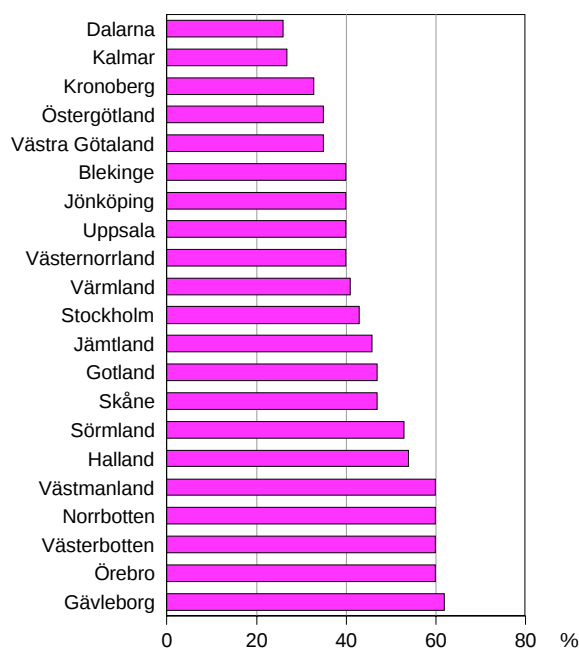
Fördelningen av kvinnor och män i landstingens styrelser och personal

Landstingens politiska styrelser

Totalt sett ingår 327 personer i landstingens samtliga styrelser. Av dem är 56 procent män (183 stycken) och 44 procent kvinnor (144 stycken). Den största skillnaden återfinns i Landstinget Dalarna och Landstinget i Kalmar län. Sex av totalt 21 landsting hade en kvinnlig majoritet bland sina ledamöter. De övriga landstingen hade fler män än kvinnor. I detta sammanhang är det även intressant att notera att 17 av de 21 landstingsdirektörerna är män och 4 stycken kvinnor (2003–05–05). Över tiden har andelen kvinnor ökat på ordförandeposterna i landstingen, men de är fortfarande få. Kvinnor är istället bättre representerade i nämnder med ansvar för vård, omsorg och sociala frågor. De är dock totalt sett underrepresenterade i politikerkåren, medan landstingen däremot har en relativt jämn könsfördelning bland förtroendevalda [1–4].

Figur 2. Andelen kvinnliga ledamöter i respektive landstings politiska styrelser.

Källa: Landstingens hemsidor 2003–10–17, via Landstingsförbundets hemsida <https://www.lf.se> och Gotlands kommun, ledamot, telefonsamtal 2003–10–17 samt Landstinget i Kalmar län, ledamot, telefonsamtal 2003–10–17.



Landstingens personal

Landstingen är totalt sett kvinnodominerade organisationer. Enligt utredningen *Mansdominans i förändring – om ledningsgrupper och styrelser* (SOU 2003:16) är hälso- och sjukvården den bransch som har högst andel kvinnor, såväl bland chefer som bland samtliga anställda. Det är den enda branschen med jämn könsfördelning på chefsnivå, d.v.s. med minst 40 procent av båda könen. (Det är värt att notera att ju högre nivå som studeras, desto färre kvinnor återfinns.) Om man studerar specifika yrken ser köns-

fördelningen bland chefer dock annorlunda ut. Ett exempel på detta är att 88 procent av cheferna i gruppen sjuksköterskor (från sjukvårdsföreståndare till avdelningsföreståndare) är kvinnor. Ett annat exempel gäller gruppen ledningsansvariga läkare, där 28 procent av cheferna är kvinnor [5, 6].

Andelen män av det totala antalet anställda är för närvarande cirka 19 procent. Även i det direkta vårdarbetet är det mycket ont om män, läkarna undantagna. Det är därför viktigt, både ur patient- och personalperspektiv, att öka antalet manliga anställda. Det är också viktigt för verksamheten att landstingen i framtiden har en jämnare könsfördelning i de olika yrkesgrupperna, inte minst för att öka förståelsen emellan och för att utveckla organisationens strukturer och effektivitet. Arbetsgrupper fungerar sannolikt bättre när både kvinnors och mäns erfarenheter och kunskaper tas tillvara. Det är också av stor betydelse för vårdmottagare av olika kön och ålder att få mötas av både kvinnor och män när de söker vård och behandling [5].

Enkät till landstingen

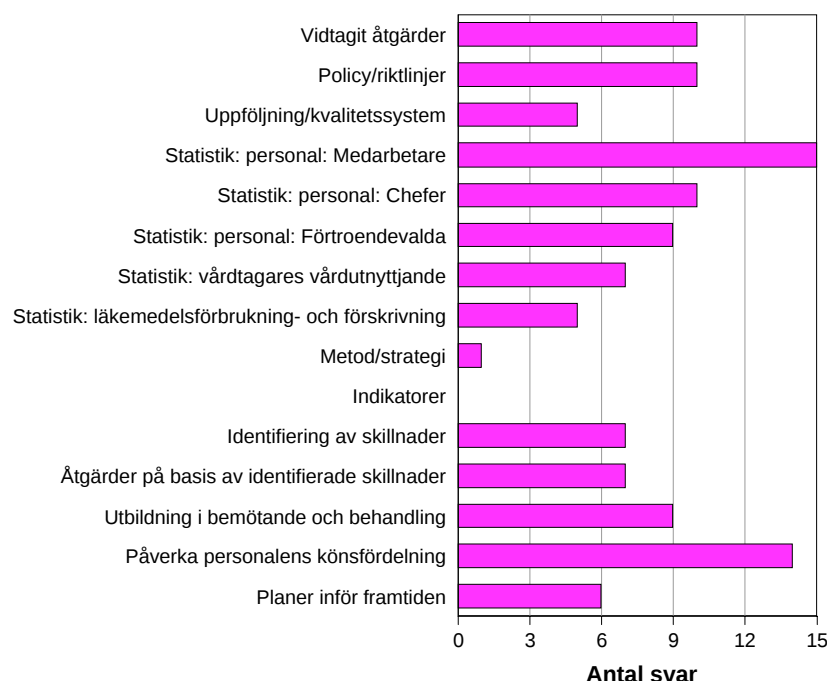
Enkäten utformades i en arbetsgrupp tillsammans med Landstingsförbundet. De huvudsakliga frågorna i enkäten var:

- Finns det någon(ra) särskild(a) **policy/riktlinjer/direktiv** i landstinget/regionen som uppmanar till att arbeta med ett jämställdhets/könsperspektiv för vårdtagare? Om ja, är dessa antagna på politisk nivå och/eller tjänstemannanivå?
- Har landstinget/regionen **vidtagit åtgärder** för att uppmärksamma jämställdhet mellan kvinnliga och manliga vårdtagare? Om ja, hur?
- **På vilka områden** inom landstinget redovisas **landstingets statistik** uppdelad på män och kvinnor?
- Har Ni inom landstinget **identifierat skillnader** i vårdresurser, vårdpraxis eller vårdens resultat mellan män och kvinnor? Om ja, vilka? Har **åtgärder** vidtagits på basis av dessa identifierade skillnader? Om ja, **inom vilka områden**?
- Har Ni **för framtiden planerat några särskilda insatser** för att kvinnliga och manliga vårdtagare ska få vård på lika villkor? Om ja, vilka?

Den 5 maj 2003 skickades en enkät ut till varje landsting, och i mitten av september samma år hade samtliga 21 inkommit. Enkäten besvarades av landstingsdirektörerna i samarbete med kvalitetsansvariga i respektive landsting.

Landstingens åtgärder

Av 21 landsting svarade tio att de vidtagit åtgärder för att uppmärksamma jämställdheten mellan kvinnliga och manliga vårdtagare. Två landsting, Stockholm och Jönköping, svarade att de hade personal som var särskilt avdelad till att arbeta med jämställdhet. Tre landsting, Region Skåne och landstingen i Jönköping och Östergötland, avsatte pengar för att uppmärksamma jämställdheten mellan kvinnliga och manliga vårdtagare. Elva landsting uppgav att de leder eller medverkar i olika projekt och aktiviteter. De vanligaste projekten/aktiviteterna var kvinnomisshandels- och våldsprjekt, följt av bland annat kvinnors hälsa.



Figur 3. Antalet landsting som svarat ja på respektive fråga.

Policy och riktlinjer

Av 21 landsting svarade tio att de hade en särskild policy (riktlinjer/direktiv) som uppmanar till arbete med ett jämställdhetsperspektiv för vårdtagare. Tre landsting uppgav att policyn endast antagits på politisk nivå, medan sju landsting uppgav att de antagits på både politisk nivå och tjänstemannanivå. Inget av landstingen svarade att dokumenten endast antagits på tjänstemannanivå.

Uppföljning/kvalitetssystem

Fem landsting (Region Skåne och landstingen i Östergötland, Blekinge, Stockholm och Västmanland) svarade att jämställdhetsperspektivet för vårdtagare var tydligt integrerat i uppföljning, utveckling och kvalitetssystem.

Redovisning av könsuppdelad statistik

När det gäller könsuppdelad statistik över landstingens personal uppgav 15 landsting att deras statistik om *medarbetare* redovisas uppdelad på män och kvinnor. Näst vanligast är det att statistik om *chefer* (10 landsting) och *förtroendevalda* (9 landsting) redovisas per kön. Enligt sju landsting redovisas könsuppdelad statistik även när det gäller vårdtagares vårdutnyttjande. Vidare uppgav fem landsting att statistik som rör läkemedelsförbrukning och förskrivning redovisas könsuppdelad.

Metod/strategi och indikatorer

Endast Västerbottens läns landsting uppgav att de använder en särskild metod (i detta fall integrering) för att kartlägga skillnader mellan män och kvinnor när det gäller vårdresurser och vårdresultat. Inget landsting uppgav

att man använt eller utvecklat särskilda indikatorer för att följa jämställdhetsutvecklingen beträffande vårdresultatet för vårdtagarna.

Identifiering av skillnader

Sju av 21 landsting svarade att de hade identifierat skillnader mellan män och kvinnor när det gällde vårdresurser, vårdpraxis eller vårdresultat. Fyra landsting gav några konkreta exempel. Två landsting uppgav att de hade identifierat skillnader i symtom på och förekomst av t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar. Sex landsting svarade att åtgärder hade vidtagits på grund av könsskillnader beträffande vårdresurser, vårdpraxis eller vårdresultat. Åtgärderna gällde exempelvis områden som utbildning om mäns och kvinnors olika symtomatologi.

Utbildning och könsfördelning av personal

Nio landsting har utbildat personalen i hur man bemöter och behandlar patienter de tre senaste åren. Formen för utbildningen uppgavs oftast vara temadagar eller seminarier. Vidare svarade 14 landsting att de haft möjlighet att utföra insatser för att påverka personalens könsfördelning de tre senaste åren. Den klart vanligaste insatsen var att landstingen då de anställer personal prioriterar eller uppmanar det underrepresenterade könet att söka jobb.

Planer inför framtiden

Sex landsting (Blekinge, Jönköping, Sörmland, Stockholm, Örebro och Uppsala) svarade att de hade planerat särskilda insatser för att kvinnliga och manliga vårdtagare ska få vård på lika villkor. Insatserna varierade från inrättande av ett nytt utskott under fullmäktige till nyanställningar av personal som arbetar med jämställdhet.

Jämställdhetsintegrering, metoder och exempel på projekt

Landstingsförbundet började utveckla arbetssättet "gender mainstreaming" (jämställdhetsintegrering) 1995, och det första projektet "Mainstreaming i praktiken" startades 1999. Tillsammans med tio landsting och regioner arbetade Landstingsförbundet för att utveckla och pröva nya metoder att integrera jämställdhet i politik, arbetsliv och verksamhet. Begreppet "mainstreaming" kan översättas med "integrering". Syftet med metoden är att ett genusperspektiv ska arbetas in i alla delar av en verksamhet, t.ex. i beslutsunderlag, projektarbeten, utredningar och verksamhetsutveckling. Metoden innebär bland annat att:

- Synliggöra mäns och kvinnors olika villkor.
- Frågor som berör enskilda individer prövas ur ett jämställdhetsperspektiv.
- Könskonsekvensanalyser av planerade förändringar.

Denna form av integrering anses vara en ändamålsenlig strategi för att uppnå faktisk jämställdhet och därmed öka verksamhetens kvalitet. Målet är att både Landstingsförbundet och landstingen/regionerna aktivt ska använda strategin i sitt arbete för att öka kunskapen och medvetenheten om jämställdhet och integrering. Detta kan ske på olika sätt, t.ex. genom aktiviteter

och projekt riktade till alla målgrupper och nivåer i organisationen, och förväntas bidra till att ett genusperspektiv finns med i verksamhet, personalpolitik och politik [7–9].

3R- och 4R-metoden

3R-metoden har utvecklats av Svenska Kommunförbundet genom JämKom-projektet för att underlätta arbetet med att analysera kommunal verksamhet ur ett jämställdhetsperspektiv. 3R innebär följande:

- **Representation** – Hur är kvinnor och män representerade i samtliga grupper som fattar beslut?
- **Resurser** – Hur fördelas pengar, tid och utrymme till flickor/kvinnor och pojkar/män? Var satsar man och vilka prioriteringar görs?
- **Realia** – Vilka värderingar, normer och kvalitetsmått är det som styr en verksamhet? Vem eller vilka utgör normen för verksamheten? Vems behov tillgodoses?

En 3R-analys ska göra det möjligt att svara på frågor om hur maktfördelningen mellan könen ser ut, hur kön påverkar uppbyggnaden av strukturer och organisatoriska lösningar samt hur normerna i den kommunala verksamheten ser ut könsmässigt [7].

I 4R-metoden har en fjärde dimension tillförts 3R-metoden, vilket gör det möjligt att avgränsa analysen och probleminventeringen:

- **Restriktioner** – Med restriktioner menas olika typer av avgränsningar (oavsett om det handlar om tillgång till data eller resursfördelning). Restriktioner kan styra en viss verksamhet, till exempel budget- eller kostnadsrestriktioner.

Ambulanssjukvård i Räddningstjänsten Storgöteborg

Ett exempel på projekt där 3R-metoden tillämpats på hälso- och sjukvård är ”Jämtegrering inom ambulanssjukvård. Räddningstjänsten Storgöteborg”. Ambulanssjukvården i Göteborg är kommunal och projektet leddes av Göteborgs stad. Med ambulanssjukvård avses sådan verksamhet som omfattar undersökning, vård och behandling i samband med sjuktransport. Den huvudsakliga frågan i projektet var: Finns det könsrelaterade skillnader i ambulanssjukvården när det gäller bemötande och behandling av olika patientgrupper? [10].

Undersökningen genomfördes delvis av SOS Alarm AB, som bedömde den vårdsökande genom en telefonintervju och noterade bedömningen i ett nationellt index. För att få reda på patienternas uppfattning om det bemötande och den behandling de fick, gjordes även en patientenkätundersökning grundad på KUPP (Kvalitet Ur Patientens Perspektiv).

Resultatet av SOS Alarms undersökning om behovet av ambulanstransport visade att män oftare bedömdes enligt högsta prioritet, det vill säga att deras tillstånd var av mer livshotande karaktär än kvinnornas. Vid kontakt med SOS Alarm bedömdes alltså kvinnors tillstånd generellt vara av lägre prioritet än mäns. Detta återspeglades i patientenkäten, där kvinnor upplevde att de fått vänta längre på ambulans än vad män gjorde. Enkäten visade paradoxalt nog att kvinnor allmänt ansåg sig få en bättre medicinsk bedöm-

ning av ambulanspersonalen än vad män gjorde, men att kvinnor samtidigt var mer missnöjda än män med den smärtlindring som gavs i ambulansen. Projektet utgör ett exempel på hur könsskillnader kan synliggöras, och därmed ge underlag för analyser och diskussioner om orsaksmekanismer.

Färdtjänsten i Stockholm

Ytterligare ett exempel på projekt där 3R-metoden har använts är Stockholms läns landstings studie "Kvinnor och män i färdtjänstens verksamhet och statistik 2001". Syftet med projektet var att ge en översikt över hur statistiken över färdtjänsten förhåller sig till könsaspekter. Det handlade dels om huruvida statistiken är uppdelad efter kön, dels vilken uppmärksamhet könsrelaterade frågor får i statistiken [11].

Personer som har bestående funktionsnedsättning och som har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationer har rätt till färdtjänst. 4,6 procent av länets befolkning har tillstånd att resa med färdtjänst. Undersökningen visar att 68 procent av färdtjänstkunderna är kvinnor och 32 procent män. En förklaring till denna stora skillnad är att kvinnor lever längre och i högre grad är sjukliga än män. Dessutom är kvinnor mer beroende av att resa med allmän kollektivtrafik än män, eftersom de inte i lika stor utsträckning har tillgång till bil.

I undersökningen presenterades könsuppdelad statistik, som bland annat visar på fyra olika sjukdomsgrupper som ger rätt till färdtjänstillstånd: rörelsehinder, neurologiska sjukdomar, cirkulationsbesvär (inklusive hjärtbesvär) och andra orsaker. Kvinnorna är i klar majoritet när det gäller att ha rörelsehinder och cirkulationsbesvär som orsak. Beträffande neurologiska sjukdomar är dock skillnaderna mellan könen små. Vidare visade undersökningen att kvinnor reser oftare och gör kortare resor. Männen reser mer sällan, men gör istället längre resor. Detta gör att de genomsnittliga kostnaderna för männens färdtjänstresor är högre än kvinnornas. Den totala resursförbrukningen är dock lika stor. En förklaring till resemönstret är att kvinnor åker och handlar nära hemmet i större utsträckning än männen. Dessutom kan männens längre resor förklaras med att de, utöver arbetsresor, använder sina resor till fritidsaktiviteter.

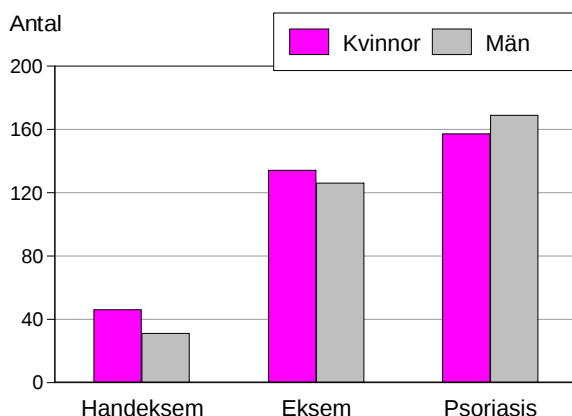
Projektet är ett exempel på projekt som lyfter fram skillnader mellan män och kvinnor inom vårdrelaterade områden.

"Tvättsäcksprojektet"

Ännu ett exempel på projekt är det s.k. "tvättsäcksprojektet" på hudkliniken på Danderyds Sjukhus AB, som påbörjades 2004. Arbetet inleddes med en kartläggning av hur läkarna ordinerar och ger behandling till patienter med eksem och psoriasis. Detta blev aktuellt när personalen upptäckte att tvättsäcken för handdukar vid de manliga patienternas dusch på behandlingsavdelningen måste bytas mycket oftare än tvättsäcken vid de kvinnliga patienternas dusch. Duschar gör man efter ljusbehandling av hela kroppen. Denna behandling ges vid psoriasis och eksem. En undersökning visade att behandlingsavdelningen hade ungefär lika många män och kvinnor med eksem och psoriasis som kom på läkarbesök 2003 (se figur 4). Att man måste byta mäns tvättsäck oftare tyder på att de manliga patienterna oftare ordinerar

ras ljusbehandling av hela kroppen än kvinnor, trots att lika många kvinnor som män med psoriasis och eksem besöker mottagningen. Studien visade också att läkarna ordinerade och gav fler behandlingar för handeksem till män, trots att handeksem är kvinnodominerat [12].

Detta projekt är ännu inte slutfört, men är ett exempel på hur könsskillnader i vården kan synliggöras och analyseras.



Figur 4. Antal patienter med handeksem, eksem och psoriasis

Sammanfattning

Det är tydligt att det centralt i hälso- och sjukvården finns stora ambitioner att arbeta med ett genus- och könsperspektiv. Detta märks tydligast genom Landstingsförbundets beslut att ingå i ett samarbetsprojekt med olika landsting/regioner för att tillsammans diskutera, utveckla och prova nya metoder för jämställdhetsintegrering (Projektet Mainstreaming i praktiken).

Majoriteten av medlemmarna i landstingens styrelser är män, med vissa variationer landstingen emellan. Landstingen totalt sett är kvinnodominerade organisationer där endast 19 procent är män. Ungefär hälften av landstingen ger mer konkreta exempel på vad de gör i praktiken för att öka jämställdhetsintegreringen, t.ex. i form av olika projekt. De har också i vissa fall uppgivit att de vidtagit åtgärder för att minska skillnaderna mellan män och kvinnor när det gäller vårdresultat. Samtidigt är det bara 5 av 21 landsting som planerar särskilda insatser för att kvinnliga och manliga vårdtagare ska få vård på lika villkor i framtiden.

Det verkar alltså som om landstingens engagemang för jämställdhet för vårdtagare varierar stort. En del landsting verkar endast ha med ett jämställdhetsperspektiv för att det är ett krav, medan andra satsar mycket på att uppnå jämställdhetsmålet. Ett exempel på det senare är Västra Götalandsregionen som enligt egen utsägo har som mål att bli bäst i landet på jämställdhet. Man har bland annat ett projekt för "Behovsbaserad resursfördelning" och följer även upp vårdutnyttjandet i landstinget, och då främst hur det fördelas per kön. Det finns även en tendens till att de större landstingen, som t.ex. Västra Götalandsregionen och Stockholms läns landsting, satsar mer på jämställdhet än mindre landsting. Detta visar sig tydligt, bland annat genom antalet projekt och deras innehåll samt vilka bilagor landstingen har valt att

sända in till denna undersökning. Exempelvis har Stockholms läns landsting en jämställdhetsansvarig som arbetar 50 procent med att åstadkomma en jämställd arbetsmiljö och vård. Denna typ av anställning finns inte i något annat landsting.

Landstingen driver vissa arbeten av projektkaraktär vars syfte är att belysa skillnader mellan män och kvinnor, framförallt när det gäller sjuklighet. Projekten handlar bland annat om kvinnors hälsa, hjärtsjukdomar samt om misshandel och våld.

Landstingen för fortfarande sällan statistik uppdelad på kön. Visserligen uppger 15 av 21 landsting att de redovisar *personalens sammansättning* på det viset, men samtidigt är det få landsting (endast fem) som uppger att de gör det när det gäller vårdresultat. I samtliga dessa fall har man avsett läkemedelsförbrukning. Att överhuvudtaget redovisa statistik uppdelad på kön är en förutsättning för att man skall kunna följa och studera vårdens män och kvinnor, och på så sätt är det även en del av arbetet för jämställdhet.

Resultatet visar även att det finns ett stort behov av metodutveckling i landstingen för att kartlägga könsskillnader beträffande vårdresurser och vårdresultat. Dessutom är det tydligt att användbara indikatorer för att följa jämställdhetsutvecklingen när det gäller vårdresultatet för vårdtagarna måste utvecklas.

Referenser

Inledning

1. World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization; 2002.
2. SOU 1996:133. Jämställd vård – olika vård på lika villkor. Huvudbetänkande från utredningen om bemötande av kvinnor och män inom Hälso- och sjukvården.
3. Hamberg, K. Genusperspektiv relevant för många av läkarutbildningens ämnen. Läkartidningen 2003;100(49):4078–4083.
4. Hammarström, A., Härenstam, A. & Östlin, P. (1996). Kön och ohälsa – begrepp och förklaringsmodeller. I P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam, G. Lindberg (Red.), Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv (pp. 7-28). Lund: Studentlitteratur.
5. Månsdotter A, Lindholm L, Öhman A. Women, men and public health: How the choice of normative theory affects resource allocation. Health Policy 2004; In press. Available online 21 February 2004.
6. Verbrugge, L. M. (1990). The Twain Meet: Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality. I M.G. Ory & H.R. Warner (Red.), Gender, health and longevity: multidisciplinary perspectives (pp. 159-199). New York: Springer.
7. Lundberg, O. (1990). Den ojämlika ohälsan. Om klass och könsskillnader i sjuklighet. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

3. Könsskillnader i hälsa vård och behandling

3.1 Trender i mäns och kvinnors hälsa

1. OECD Health Data 2003. Paris: OECD, 2003.
2. Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
3. Rutstein DD, Berenberger W, Chalmers TC, Child G C, Fischmen AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. N Engl J Med 1976;-294:582-588. 1
4. Westerling R. Studies of "avoidable" factors influencing death – a call for explicit criteria. Quality in Health Care 1996;5:159-165.
5. Holland W W (Ed), European Community Atlas of Avoidable Death. Commission of the European Communities Health Services Research Series No. 3. Oxford 1988.

6. Westerling R. Trends in "avoidable" mortality in Sweden 1974-85. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:489-493.
7. Westerling R. The "avoidable" mortality method. Empirical studies using data from Sweden. Department of Social Medicine. Uppsala University 1993 (Thesis).
8. Westerling R. Åtgärdbar dödlighet bland kvinnor och män. I Jämställd vård. SOU 1996:133:95-105.
9. Westerling R. Decreasing gender differences in "avoidable" mortality in Sweden. *Scand J Public Health* 2003;31:342-49.
10. Rosén M, Hanning M, Wall S. Changing smoking habits in Sweden: towards better health, but not for all. *Int J Epidemiol* 1990;19:316-322.
11. Wramner B, Zatonski W, Pellmer K. Premature mortality in lung cancer as an indicator of effectiveness of tobacco use prevention i a gender perspective – a comparison between Poland and Sweden. *Cent Eur J Public Health* 2001:69-73.
12. Dödsorsaker 2001. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2003:6. Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum, 2003.
13. Westerling R, Gullberg A, Rosén M. Socioeconomic differences in "avoidable" Mortality in Sweden 1986-1990. *Int J Epidemiol* 1996;25:560-567.
14. Hemström O. Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differences in mortality in Sweden. *Eur J Public Health* 2002;12:254-62.
15. Jonsson PM, Sterky G, Gåfvels C, Östman J. Gender equity in health care: the case of Swedish diabetes care. *Health Care Women Int* 2000;21:413-31.
16. Walker A, Petruckevitch A, Bourne H, Burney P. Contributions of incidence and case fatality to mortality from bladder cancer in the South Thames Regions. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:387-389.
17. Westerling R. Components of small-area-variation in death rates – a method applied to data from Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:214-221.
18. Mål för folkhälsan. Socialutskottets betänkande 2002/03:SoU7.
19. Hälso- och sjukvårdslag . SFS 1982:763.
20. Westerling R. Kan hälso- och sjukvården bidra till en jämlikare hälsa? *Socialmedicinsk tidskrift* 2001;78:231-237.
21. Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen 2004.
22. Folkhälsorapport 2001. Stockholm, Socialstyrelsen, 2001
23. Två av tre barn inom slutenvård får icke godkänd läkemedelsbehandling. *Läkartidningen* 2000;97 (7): 685-687.
24. Impicciatore, P. et al. Incidence of adverse drug reeactions in paediatric in/out-patients: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Clin Farm* 2001; 52:77-83
25. Flickor som skadar sig själva – En kartläggning av problemets omfattning och karaktär. Socialstyrelsen, 2004.

26. Ungas användning av vissa Läkemedel. Skrivelse till Regeringen. Socialstyrelsen, juni 2003.
27. Hultén, A. Suicidal Behaviour in Children and Adolescents in Sweden and some European countries. Epidemiological and Clinical Aspects. Karolinska Institutet, 2000.
28. Behandling av depressionssjukdomar SBU. 2004.
29. Skolhälsovården i 10 kommuner i Sydsverige. Socialstyrelsen, 2002.
30. Hur bedrivs skolhälsovård idag? – Förutsättningar och hinder, Socialstyrelsen 2003.

3.2 Vårdutnyttjande och kostnader

1. Persson U. Hur påverkar sjukskrivningarna samhällsekonomin? Institutet för kommunal ekonomi, Lund. IHE Forum 4–5 september, 2003.
2. Riksförsäkringsverket. Socialförsäkringen i siffror. Ingår i Socialförsäkringsboken 2003.
3. Anker R. Gender and jobs: Sex segregation of occupations in the world. Geneve, International Labour Office, 1998.
4. Cleary PD, Mechanic D, Greenley JR. Sex differences in medical care utilization: an empirical investigation. *J Health Soc Behav* 1982;23:106-19.
5. Mustard CA, Kaufert P, Kozyrsky A, Mayer T. Sex differences in the use of health care services. *N Engl J Med* 1998;338:1678-83.
6. Bertakis KD, Azari R, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care Services. *Journal of Family Practice* 2000;49(2):147-152.
7. Wizemann TM, Pardue M-L, eds. Exploring the biological contributions to human health: does sex matter? Washington, DC: Board on Health Sciences Policy, Institute of Medicine; April 25, 2001.
8. Betram U. Genderanalys av kostnadsutjämnings delmodeller för äldreomsorg samt hälso- och sjukvård. Bilaga 10 till Gemensamt finansierad utjämning i kommunsektorn, SOU 2003:88, sid. 201-214.
9. Yusuf S, Zucker D, Peduzzi P, et al. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: overview of 10-year results from randomised trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaboration. *Lancet* 1994;344:563-570.
10. Buxton AE, Lee KL, Fisher JD, et al. A randomized study of the prevention of sudden death in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 1999;341:1882-1890.
11. Mark DB. Sex bias in cardiovascular care: should women be treated more like men? *JAMA* 2000;283:659-661.
12. Roger VL, Farkouh ME, Weston SA, et al. Sex differences in evaluation and outcome of unstable angina. *JAMA* 2000;283:646-652.
13. Hetemaa T, Keskimäki I, Manderbacka K, Leyland AH, Koskinen S. How did the recent increase in the supply of coronary operations in

- Finland affect socioeconomic and gender equity in their use. *J Epidemiol Community Health* 2003; Mar;57(3):178-85.
14. Keskimäki I. How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socioeconomic equity in the use of hospital care? *Soc Sci Med* 2003; Apr;56(7):1517-30.
 15. Raine R, Hutchings A, Black N. Is publicly funded health care really distributed according to need? The example of cardiac rehabilitation in the UK. *Health Policy* 2003; Jan;63(1):63-72.
 16. Steneström U, Wallentin L. RIKS-HIA-rapport 2002. Årsrapport 2003. www.ucr.uu.se.
 17. Folkhälsorapport 2001. Socialstyrelsen, 2001.
 18. Simoni-Wastila L.: Gender and psychotropic drug use. *Medical Care* 1998;36(1): 88–94.
 19. Läkemedelsboken 2003/2004, Stockholm, Apoteket AB 2003.
 20. FASS 2003, Stockholm, LINFO Läkemedelsinformation AB 2003.
 21. Herxheimer A, Stålsby-Lundborg C & Westerholm B. Advertisements for medicines in leading medical journals in 18 countries: A 12-month survey of information content and standards. *International Journal of Health Services* 1993;23 (1):161-172.
 22. Lövdahl U, Riska Å, & Riska E. Gender display in Scandinavian and American advertising for antidepressants. *Scand J Public Health* 1999; 27: 306-310.
 23. Lövdahl U och Riska E. The construction of gender and mental health in Nordic psychotropic-drug advertising. *The Pharmaceutical Industry* 2000; 30(2): 387-406.
 24. Prather, J. & Fidell L. Sex differences in the content and style of medical advertisements. *Soc. Sci. & Med.* 1975;9:23-26.
 25. Sandström, L & Johansson, E. Depression – en köns sjukdom i läkemedelsreklam. *Läkartidningen* 2004;101(7):582-585.

Övriga källor:

- Region Skåne. Kostnader för hälso- och sjukvård för befolkningen i Skåne. Fördelat per kommun, producent och ålder samt med uppdelning på vårdområden, oktober 2003.
- Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Vårdkostnader och vårdtider 2000 för NordDRG: en sammanställning av material från Landstingsförbundets kostnadsdatabas 2000. Centrum för patientklassificering, CPK.
- Socialstyrelsen. Vårdens värde: Vad får vi för pengarna i vård och omsorg, 2002.

3.3 Kvalitet, tillgänglighet och resultat

1. Jonsson PM, Gåfvels C, Sterky G, Östman J. Gender equity in health care: The case of Swedish diabetes care. *Health Care for Women International* 2000;21:413-431.

2. Lundström M, Stenevi U, Thorburn W. Svensk Kataraktkirurgi. Årsrapport 2002 baserad på data från Nationella Kataraktregistret. Sveriges Ögonläkarförening, 2003.
3. Stenestrand U, Wallentin L. RIKS-HIA 2002. Årsrapport. 2003.
4. Vård och omsorg av äldre. Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen 2004.
5. Keskimäki I, Koskinen S, Salinto M, Aro S. Socioeconomic and gender inequities in access to coronary artery bypass grafting in Finland. *Eur J Public Health* 1997;7:392-7.
6. Maynard C. Influence of sex on the use of cardiac procedures in patients presenting to the emergency department. A prospective multicenter study. *Circulation* 1996;94(9 Suppl):II93-8.
7. Nationella Coronarangiografi och PCI-registret, SCAAR '99. Årsrapport sammanställd av stykommittén för SCAAR. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
8. Mackenbach JP, Kunst AE, Groenhof F, Borgan JK, Costa G, Faggiano F m.fl. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *Am J Public Health* 1999;89(12):1800-6.
9. Hammar N, Sandberg E, Larsen FF, Ivert T. Comparison of early and late mortality in men and women after isolated coronary artery bypass graft surgery in Stockholm, Sweden, 1980 to 1989. *J Am Coll Cardiol* 1997;29(3):659-64.
10. Mehilli J. Differences in prognostic factors and outcomes between women and men undergoing coronary artery stenting. *JAMA* 2000;284(14):1799-805.
11. Vaccarino V. Long-term outcome of myocardial infarction in women and men: a population perspective. *Am J Epidemiol* 2000;152(10):965-73.
12. BRÅ statistik 2002.
13. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kallioski AM. Slagen Dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning. Umeå: Brottsoffermyndigheten. Uppsala: Uppsala universitet; 2001.
14. Widding Hedin, Lena (1999): Woman abuse during pregnancy. A prevalence study of psychological and physical abuse among Swedish women. Institutionen för obstetrik och gynekologi, Göteborgs universitet.
15. Wijma K, Söderquist J, Björklund I, Wijma B. Prevalence of posttraumatic stress disorder among gynecological patients with a history of sexual and physical abuse. *Journal of interpersonal Violence* 2000;15:944-58.
16. Brottsförebyggande rådet, Rapport 2002:8, Att förebygga våld mot kvinnor i nära relationer.
17. Delbetänkande SOU 1994:56.
18. Kvinnofridspropositionen 1997/98:55.
19. Nationell handlingsplan mot våld i nära relationer, SOU 2002:71
20. Socialstyrelsen, Våldsutsatta kvinnor. Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal. 2001.

21. Socialstyrelsen, Kvinnofrid – ett utbildningsmaterial om mäns våld mot kvinnor.
22. Läkartidningen nr 20, 2002, volym 99, sid 2260-2262, sid 2268-2274.
23. Läkartidningen nr 1-2, 2004, volym 101, sid 132-133.
24. Family Violence Prevention Fund (1999): Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening.
25. Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström M.L, Saarinen H, Wenker A, The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. Journal of Psychosomatic obstetrics and Gynecology 2001;22:189-197.
26. Socialstyrelsen, Tack för att ni frågar.
27. Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B Women's attitudes to being asked about exposure to violence. Midwifery (2001) 17, 2-10.
28. Analyserande rapport från Riks-Stroke. För helåren 2001 och 2002. 2003.
29. Canceröverlevnad i Sverige 1960-1998 – utvecklingen över fyra decennier. Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum, 2003.
30. Nationella Diabetesregistret. Årsrapport 2003.
31. Nationalregistret för Höftledsplastiker i Sverige. Årsrapport 2002. Avdelningen för Ortopedi. Sahlgrenska Universitetssjukhuset. April 2003.
32. RIKSHÖFT-SAHFE. Årsrapport 2002. 2003.
33. ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA 2002;288:2981-97.
34. Vinge E. Män och kvinnor reagerar olika på läkemedel. Hormonellt betingade farmakodynamiska skillnader föga studerade. Läkartidningen 1998;95:3177-3182.
35. Drug safety: Most drugs withdrawn in recent years had greater health risks for women 2001. Washington, DC: United States General Accounting Office; 2001. GAO-01-286R.
36. Evelyn B, Toigo T, Banks D, et al. Womens's participation in clinical trials and gender related labeling: a review of new molecular entities approved 1995-1999. Washington, DC: U.S. Food and Drug Administration, Office of Special Health Issues, Office of International and Constituent Relations, Office of the Commissioner, 2001.
37. Läkemedelsverket 2004.
38. The Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events (CURE) trial programme; rationale, design and baseline characteristics including a meta-analysis of the effects of thienopyridines in vascular disease
39. The Digitalis Investigation Group. The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. N Engl J Med 1997;336:525-33.

40. Rathore SS, Wang Y, Krumholz HM. Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure. *N Engl J Med*. 2002;347:1403-11.
41. Beierle I, Meibohm B, Derendorf H. Gender differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics* 1999;37(11):529-547
42. Helldén A, Axelsson L, Bergman U, Herrlin B, Johansson M, Öhlén G. Läkemedelsbiverkningar som orsak till akutinläggning på sjukhus hos en definierad befolkning över 65 år [Abstract]. *Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea* 2003; sidan 225. Poster 2P.
43. Kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsanvändning. Socialstyrelsen 2004-03-21
44. Ett kvalitetsperspektiv på läkemedel i psykiatrisk slutenvård. Socialstyrelsen 2000.
45. Behandling med neuroleptika, volym 1 och 2. SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik). 1997.
46. Årsrapport 2002. Stockholm: Patientnämnden i Stockholms län, 2003.
47. Årsredovisning 2002. Stockholm: HSAN, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, 2002-12-31.

4. Uppföljning av några centrala forskningsområden

4.1 Samspelet mellan vårdare och patient

1. SBU 1999. Patient-läkarrelationen. Rapport nr 144. Stockholm
2. West C. Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Soc Sci Med* 1993;36(1):57-66.
3. West C. When the Doctor is a "Lady": Power, Status and Gender in Physician - Patient Encounters. *Symbolic Interaction* 1984;7(1):87-106.
4. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology* 1994;13(5):384-92.
5. Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. "I've been crying my way" - Qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract* 1996;13(6):498-503.
Hamberg K, Johansson EE. Practitioner, researcher, and gender conflict in a qualitative study. *Qualitative Health Research*. 1999;9(4):455-67.
6. Hamberg, K. Makten i patient-läkarrelationen. *Månedsskrift for praktisk laegegerning*. *Tidskrift for praktiserende laegers efteruddannelse* 2001; 79:691-8
7. Frank, P & Bertakis, K.D. Physician gender, Patient Gender, and Primary Care. *Journal of Women's health*. 2003;12(1):73-80
8. Henderson, J T & Weisman C S. Physician Gender Effects on Preventive Screening and Counseling. *Medical Care* 2001;39(12):1281-1292.

9. Blume, S. S. *Insight and Industry: On the Dynamics of Technological Change in Medicine*. Cambridge, Mass.: The MIT Press. 1992.
 Hess, D. The new ethnography and the anthropology of science and technology. I: Linda Layne & David Hess, (red), *Knowledge and Society*. Greenwich, CT: JAI Press. 1990.
 Hess, D. J. & L. L. Layne (red.). *Knowledge and Society: The Anthropology of Science and Technology*. Greenwich, Connecticut: JAI Press Inc. 1992.
10. Downey, G. Reproducing cultural identity in negotiating nuclear power: the union of concerned scientists and emergency core cooling. *Social Studies of Science* 18:231-265. 1988.
 Layne, L. L. Imagining the fetus: technological and eschatological representations. I: Linda Layne & David Hess (red.), *Knowledge and Society*. Greenwich, CT: JAI Press. 1991.
 Lyon, M. L. Psychoneuroimmunology: the problem of the situatedness of illness and the conceptualization of healing, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:77-99. 1993.
 Rabinow, P. Galton's regret and DNA typing, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 59-67. 1993.
 Traweek, S. *Beamtimes and Lifetimes: The World of High Energy Physicists*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1988.
 Traweek, S. An introduction to cultural and social studies of sciences and technologies, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:3-27. 1993.
11. Martin, E. *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press. 1997.
 Rapp, R. Chromosomes and communication: the discourse of genetic counseling. *Medical Anthropology Quarterly*, 2:143-157. 1988a.
 Rapp, R. The power of positive diagnosis: medical and maternal discourses on amniocentesis. I: Karen L. Michaelson (red.), *Childbirth in America: Anthropological Perspectives*. pp. 103-116. South Hadley, Mass.: Bergin and Garvey. 1988b.
 Rapp, R. Constructing amniocentesis: maternal and medical discourses. I: Faye Ginsburg & Anna Tsing (red.), *Anthropological Constructions of Gender in America*. Boston: Beacon Press. 1990.
 Rapp, R. Moral pioneers: women, men, and fetuses on a frontier of reproductive technology. I: Micaela di Leonardo (red.), *Gender at the Crossroads of Knowledge*. Berkeley: University of California Press. 1991.
12. Lock, M. M. Transcending morality: organ transplants and the practice of contradictions, *Medical Anthropology Quarterly*, 3: 390-393. 1995.
 Lock, M. M. & Gordon D. *Biomedicine Examined*. Dordrecht, Holland: Kluwer Academic Publishers. 1988.
 Lock, M. M. & Honde, C. Reaching consensus about death: heart transplants and cultural identity in Japan. I: G. Weisz (red.), *Social Science*

- Perspectives on Medical Ethics. pp. 99-119. Boston: Kluwer Academic Publishers. 1990.
- Lock, M. M. & Scheper-Hughes, N. A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. I: T. Johnson & C. Sargent (red), Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Method, pp. 47-72. 1990.
- Joralemon, D. Organ wars: the battle for body parts, Medical Anthropology Quarterly, 3:335-356. 1995.
- Hogle, L. Margins of life, boundaries of the body. Presenterat föredrag vid Society of Applied Anthropology, San Antonio. 1993.
- Koenig, B. A. & Hogle, L. F. Organ Transplantation (re)examined?, Medical Anthropology Quarterly 3:393-398. 1995.
- Sharp, L. A. Organ transplantation as a transformative experience: anthropological insights into the restructuring of the self, Medical Anthropology Quarterly, 3:557-389. 1995.
13. Sachs, L. Att Leva med Risk: Fem kvinnor, Gentester och Kunskapens Frukter. Stockholm: Gedins Förlag. 1998a.
 - Sachs, L. The visualization of the invisible body. I: Jonas Frykman (red.) Identities in Pain. Lund: Nordic Academic Press. 1998b.
 - Sachs, L. Vad säger generna om livet? I: Gentest - vör Vem? Stockholm: Forskningsrådsnämnden, Källaskrift nr 50. 1998c.
 - Finkler, K. Experiencing the New Genetics, Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 2000.
 - Finkler, K. (2001) The Kin in the Gene: The medicalization of family and kinship in American Society. Current Anthropology, 2:235-249.
 14. Sachs, L. 2002. Den evidensbaserade medicinens kommunikativa problem. Läkartidningen 99:757-62. Publicerad som månadens nordiska artikel i LT Norge, Finland och Danmark.
 15. Adelswärd, V. & Sachs, L. The meaning of 6.8: numeracy and normality in health information, Social Science and Medicine 8:1179-1187. 1996a.
 - Adelswärd, V. & Sachs, L. A nurse in preventive work: dilemmas of health information talks. Scandinavian Journal of Caring Sciences 10:45-52. 1996b
 - Adelswärd, V. & Sachs, L. Risk discourse: recontextualization of numerical values in clinical practice. Text 1998;18:191-210.
 - Adelswärd V. & Sachs L. Budbärarens dilemma: om moraliska aspekter på information. Socialmedicinsk tidskrift 2001;5:5
 16. Sachs, L. 1995. Is there a Pathology of Prevention: Implications of making the invisible visible in screening programs. Culture, Medicine & Psychiatry 19:503-525.
 - Adelswärd, V. & Sachs L. The meaning of 6.8: numeracy and normality in health information, Social Science and Medicine 1996a;8:1179-1187.
 - Adelswärd, V. & Sachs L. A nurse in preventive work: dilemmas of health information talks. Scandinavian Journal of Caring Sciences 1996b;10:45-52.

- Adelswärd, V. & Sachs, L. *Framtida Skuggor: samtal om risk, prevention och den genetiska familjen*. Lund:Arkiv 2002.
17. Personlig kommunikation med Birgitta Evengård och Agnes Wold 2002
 18. Adelswärd, V. & Sachs, L. Risk discourse: recontextualization of numerical values in clinical practice. *Text* 1998;18:191-210.
Sachs, L., Taube, A. & Tishelman, C. Risk in Numbers: Difficulties in the transformation of genetic knowledge from research to people. *Acta Oncologica*, 2001;4:445-453.
 19. Sachs, L. *Att Leva med Risk: fem kvinnor, gentester och kunskapens frukter*. 1998, Stockholm:Gedins Förlag
Sachs, L. Knowledge of no Return: getting and giving information about genetic risk. *Acta Oncologica* 1999; 38:735-741.
 20. Sachs, L., Taube, A. & Tishelman, C. Risk in Numbers: Difficulties in the transformation of genetic knowledge from research to people. *Acta Oncologica*,2000; 4:445-453.

4.2 Omvårdnadsforskning ur ett könsperspektiv

1. Personalstatistik från Landstingsförbundets hemsida www.lf.se. 2004–02–26.
2. Sebrant, U. Being female in a health care hierarchy: on the social construction of gender and leader identity in a work organization having a predominance of women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1999; 13 (3): 153-8.
3. Öresland, S; Jakobsson, A; Segesten, K. To see or not to see: perceptions of equality in a Swedish University Hospital. *Scandinavian-Journal-of-Caring-Sciences* 1999; 13 (4): 227-33.
4. Vanhanen, L; Janhonen, S. Factors associated with students' orientations to nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31 (5): 1054-62.
5. Evans, J. Men in nursing: Issues of gender segregation and hidden advantage. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26 (2): 226-31.
6. Sörlie, V; Talseth, AG; Norberg A. Male nurses – reasons for entering and experiences of being in the profession. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1997;11 (2): 113-8.
7. Whitlock, M; Edwards, C; McLaren, S; Robinson, O. "The tender trap": gender, part-time nursing and the effects of "family-friendly" policies on career advancement. *Sociology of Health & Illness* 2002; 24 (3): 305-26.
8. Heskins, FM. Exploring dichotomies of caring, gender and technology in intensive care nursing: a qualitative approach. *Intensive Critical Care Nursing* 1997; 13 (2): 65-71.
9. Cahill, HA. Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33 (3): 334-42

10. O'Connor, M. Reading between the lines in Beijing. Putting birth on the agenda: justice, equality and maternity care. *Practising Midwife* 2002; 5 (6): 28-30.
11. Brooks, F. Women in general practice: responding to the sexual division of labour? *Social Science and Medicine* 1998; 47 (2): 181-93.
12. Sörlie, V. Being in ethically difficult care situations. Narrative interviews with registered nurses and physicians within internal medicine, oncology and paediatrics. *University Medical Dissertations, New Series* No 727, 2001.
13. Sörlie, V; Lindseth, A; Udén, G; Norberg, A. Women physicians' narratives about being in ethically difficult care situations in paediatrics. *Nursing Ethics* 2000; 7 (1): 47-62.
14. Sörlie, V; Förde, R; Lindseth, A; Norberg, A. Male physicians' narratives about being in ethically difficult care situations in pediatrics. *Social Science and Medicine* 2001; 53 (5): 657-667.
15. Sörlie, VM; Jansson, L; Norberg, A. The meaning of being in ethically difficult care situations in paediatrics as narrated by female registered nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003a; 17 (3): 285-293.
16. Sörlie, VM; Lindseth, A; Förde, R; Norberg, A. The meaning of being in ethically difficult care situations in paediatrics as narrated by male registered nurses. *Journal of Pediatric Nursing* 2003b; 18 (5): 350-7.
17. Udén, G; Norberg, A; Lindseth, A; Marhaug, V. Ethical reasoning in nurses' and physicians' stories about care episodes. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17 (9): 1028-34.
18. Norberg A; Udén G. Gender differences in moral reasoning among physicians, registered nurses and enrolled nurses, engaged in geriatric and surgical care. *Nursing Ethics* 1995; 2 (3) : 233-42.
19. Foss, C; Sundby, J. The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients *Patient Education and Counseling* 2003; 49 (1): 45-52.
20. Adamson, J; Ben-Shlomo, Y; Chaturvedi, N; Donovan J. Ethnicity, socio-economic position and gender – do they affect reported health-care seeking behaviour. *Social Science and Medicine* 2003; 57 (5): 895-904.
21. Carmel, S. The will to live: gender differences among elderly persons *Social Science and Medicine* 2001; 52 (6): 949-58.
22. Hjelm, K; Nyberg, P; Apelqvist, J. Gender influences beliefs about health and illness in diabetic subjects with severe foot lesions. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40(6): 673-84.
23. Nilsson, P; Brandström, H; Lingfors, H; Erhardt, L; Hedbäck, B; Israelsson, B; Sjöberg, G. Gender differences in secondary prevention of coronary heart disease: reasons to worry or not? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2003; 21 (1): 37-42.
24. Raine, R; Hutchings, A; Black, N. Is publicly funded health care really distributed according to need? The example of cardiac rehabilitation in the UK. *Health Policy* 2003; 63 (1): 63-72.

25. Jonsson. PM; Sterky, G; Gafvels, C; Ostman, J. Gender equity in health care: the case of Swedish diabetes care. *Health Care for Women International* 2000; 21 (5): 413-31.
26. Raine, R; Goldfrad, C; Rowan, K; Black, N. Influence of patient gender on admission to intensive care. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002; 56 (6): 418-23.
27. Ilett, R. Different for girls? Feminism, health information and librarianship. *Health Information and Libraries Journal* 2002; 19 (1): 33-41.
28. Westergren, A; Ohlsson, O; Hallberg, IR. Eating difficulties in relation to gender, length of stay, and discharge to institutional care, among patients in stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2002; 24 (10): 523-33.
29. Fridlund, B; Billing, E. Cardiac rehabilitation and psychosocial gender differences. *Vård I Norden* 2002; 65 (22): 48-51.
30. Earle, S. Disability, facilitated sex and the role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 36 (3): 433-40.
31. Miers, M. Developing an understanding of gender sensitive care: exploring concepts and knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40 (1): 69-77.
32. Caris Verhallen, WMC; de Gruijter, IM; Kerkstra, A; Bensing, JM. Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30 (5): 1106-17.
33. Mullersdorf, M; Soderback, I. The actual state of the effects, treatment and incidence of disabling pain in a gender perspective - a Swedish study. *Disability and Rehabilitation* 2000; 22 (18): 840-54.
34. Wallin, E; Lundgren, P; Ulander, K; von Holstein, CS. Does age, gender or educational background effect patient satisfaction with short stay surgery? *Ambulatory Surgery* 2000; 8 (2): 79-88.
35. Foss, C. Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002; 16 (1): 19-26.
36. Jansson, W; Almberg, B; Grafstrom, M; Winblad, B. Daughters and sons as caregivers for their demented and non-demented elderly parents. A part of a population-based study carried out in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1997; 25 (4): 289-95.
37. Jansson, W; Almberg, B; Grafstrom, M; Winblad, B. A daughter is a daughter the whole of her life: a study of daughters' responsibility for parents with dementia. *Health Care in Later Life* 1998; 3 (4): 272-84.
38. Jansson, W; Nordberg, G; Grafstrom, M. Patterns of elderly spouses caregiving in dementia care: an observational study. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34 (6): 804-12.
39. Socialstyrelsen. Cancervården. Väntetider, bemötande och personalför-sörjning. Socialstyrelsen, 2003.
40. Gregoire, I. Kalogeropoulos, D. & Corcos, J. The Effectiveness of a Professionally Led Support Group for Men with Prostate Cancer. *Urologic Nursing* 1997 Jun;17(2):58-66.

41. Gray, R.E. et al. Interviews with men with prostate cancer about their self-help group experience. *Journal of Palliative Care* 1997 Spring;13(1):15-21.
42. SOU 1996:133. Jämställd vård – olika vård på lika villkor. Huvudbetänkande från utredningen om bemötande av kvinnor och män inom Hälso- och sjukvården.

4.3 Klinisk forskning – två exempel

Hjärt-kärlsjukdomar

1. Lloyd-Jones, D.M., et al., Lifetime risk of developing coronary heart disease. *Lancet*, 1999. 353(9147): p. 89-92.
2. Peltonen, M., et al., Marked improvement in survival after acute myocardial infarction in middle-aged men but not in women. The Northern Sweden MONICA study 1985-94. *J Intern Med*, 2000. 247(5): p. 579-87.
3. Tunstall-Pedoe, H., et al., Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *Lancet*, 1999. 353(9164): p. 1547-57.
4. Lee, P.Y., et al., Representation of elderly persons and women in published randomized trials of acute coronary syndromes. *Jama*, 2001. 286(6): p. 708-13.
5. Milner, K.A., et al., Gender differences in symptom presentation associated with coronary heart disease. *Am J Cardiol*, 1999. 84(4): p. 396-9.
6. Goldberg, R.J., et al., Sex differences in symptom presentation associated with acute myocardial infarction: a population-based perspective. *Am Heart J*, 1998. 136(2): p. 189-95.
7. Foster, S. and M. Mallik, A comparative study of differences in the referral behaviour patterns of men and women who have experienced cardiac-related chest pain. *Intensive Crit Care Nurs*, 1998. 14(4): p. 192-202.
8. Finnegan, J.R., Jr., et al., Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: findings from focus groups conducted in five U.S. regions. *Prev Med*, 2000. 31(3): p. 205-13.
9. Steingart, R.M., et al., Sex differences in the management of coronary artery disease. Survival and Ventricular Enlargement Investigators [see comments]. *N Engl J Med*, 1991. 325(4): p. 226-30.
10. Herlitz, J., et al., A description of the characteristics and outcome of patients hospitalized for acute chest pain in relation to whether they were admitted to the coronary care unit or not in the thrombolytic era. *Int J Cardiol*, 2002. 82(3): p. 279-87.
11. Malacrida, R., et al., A comparison of the early outcome of acute myocardial infarction in women and men. The Third International Study of Infarct Survival Collaborative Group. *N Engl J Med*, 1998. 338(1): p. 8-14.

12. Gan, S.C., et al., Treatment of acute myocardial infarction and 30-day mortality among women and men. *N Engl J Med*, 2000. 343(1): p. 8–15.
13. Vaccarino, V., et al., Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. National Registry of Myocardial Infarction 2 Participants. *N Engl J Med*, 1999. 341(4): p. 217-25.
14. Sonke, G.S., et al., Sex differences in case fatality before and after admission to hospital after acute cardiac events: analysis of community based coronary heart disease register. *Bmj*, 1996. 313(7061): p. 853-5.
15. Gottlieb, S., et al., Sex differences in management and outcome after acute myocardial infarction in the 1990s: A prospective observational community-based study. Israeli Thrombolytic Survey Group. *Circulation*, 2000. 102(20): p. 2484-90.
16. Heer, T., et al., Gender differences in acute myocardial infarction in the era of reperfusion (the MITRA registry). *Am J Cardiol*, 2002. 89(5): p. 511-7.
17. Weaver, W.D., et al., Comparisons of characteristics and outcomes among women and men with acute myocardial infarction treated with thrombolytic therapy. GUSTO-I investigators. *Jama*, 1996. 275(10): p. 777-82.
18. Fishman, R.F., et al., Acute and long-term results of coronary stents and atherectomy in women and the elderly. *Coron Artery Dis*, 1995. 6(2): p. 159-68.
19. Edwards, F.H., et al., Impact of gender on coronary bypass operative mortality. *Ann Thorac Surg*, 1998. 66(1): p. 125-31.
20. Jacobs, A.K., et al., Improved outcomes for women undergoing contemporary percutaneous coronary intervention: a report from the National Heart, Lung, and Blood Institute Dynamic registry. *J Am Coll Cardiol*, 2002. 39(10): p. 1608-14.
21. Peterson, E.D., et al., Effect of gender on the outcomes of contemporary percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol*, 2001. 88(4): p. 359-64.
22. Tsuyuki, R.T., et al., Mortality risk and patterns of practice in 2,070 patients with acute myocardial infarction, 1987-92. Relative importance of age, sex, and medical therapy. *Chest*, 1994. 105(6): p. 1687-92.
23. Hochman, J.S. and J.E. Tamis-Holland, Acute coronary syndromes: does sex matter? *Jama*, 2002. 288(24): p. 3161-4.

Reumatiska sjukdomar

1. Ruddy S, Harris ED, Sledge CB, Budd RC, Sergent JS. In: Kelly's Textbook of Rheumatology. 6th ed 1st vol, W.B. Saunders Company, 2001
2. Long-term outcome of patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus with special reference to cardiovascular disease. Thesis by Lena Björnådal, Karolinska Institutet february 2004.

3. Bjornadal L, Baecklund E, Yin L, Granath F, Klareskog L, Ekbom A. Decreasing mortality in patients with rheumatoid arthritis: results from a large population based cohort in Sweden, 1964-95. *J Rheumatol.* 2002 May;29(5):906-12.
4. Rheumatoid arthritis in male patients; sex hormones, bone mineral density and clinical characteristics. Thesis by Birgitta Tengstrand, Karolinska Institutet, May 2003.
5. Silman AJ, Newman J, MacGregor AJ. Cigarette smoking increases the risk of rheumatoid arthritis: results from a nationwide study of disease-discordant twins. *Arthritis Rheum* 1996;39:732-35.
6. Uhlig T, Hagen KB, Kvien, TK. Current tobacco smoking, formal education, and the risk of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1999;26:47-54.
7. Padyukov L, Silva C, Stolt P, Alfredsson L, Klareskog L. A gene-environment interaction between smoking and shared epitope genes in HLA-DR provides a high risk for seropositive rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 2004, in press.
8. Stolt P, Bengtsson C, Nordmark B, Lindblad S, Lundberg I, Klareskog L, Alfredsson L; EIRA study group. Quantification of the influence of cigarette smoking on rheumatoid arthritis: results from a population based case-control study, using incident cases. *Ann Rheum Dis.* 2003 Sep;62(9):835-41.

4.4 Förändringar i hälso- och sjukvårdens övergripande struktur

1. SOU 1996:133. Jämställd vård – olika vård på lika villkor. Huvudbetänkande från utredningen om bemötande av kvinnor och män inom Hälso- och sjukvården.
2. Anell, A., Rosén, P., och Hjortsberg, C., Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents. *Health Policy*, 1997. 40: p. 157-168.
3. Rosén, P., Anell, A., och Hjortsberg, C., Patients views on choice and participation in primary health care. *Health Policy*, 2001. 55: p. 121-128.
4. Fotaki, M., The impact of market oriented reforms on choice and information: a case study of cataract surgery in outer London and Stockholm. *Social Science & Medicine*, 1999. 48: p.1415-1432.
5. Hanning, M., Maximum waiting-time guarantee – an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy*, 1996. 36: p. 17-35.
6. Wilde Larsson, B., Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *Journal of Clinical Nursing*, 1999. 8: p. 693-700.
7. Hur öppnar vi dörren till kvalitetsarbete med ett genusperspektiv? Landstingsförbundet och Stockholms läns landsting, 1999.
8. Jonsson, P. M., och Räf, L., Kvinnor får sämre sjukvård än män? Två av tre ersatta skador drabbade kvinnor. 1997. *Läkartidningen*, 94 (10): p. 865-868.

9. Hanning, M., och Winblad Spångberg, U., Maximum waiting time – a threat to clinical freedom? Implementation of a policy to reduce waiting times. *Health Policy*, 2000. 52(1): p. 15-32.
10. Charpentier, C. och Samuelsson, L.A., Effekter av en sjukvårdsreform – en analys av Stockholmsmodellen. 2000, Stockholm: EFI, Ekonomiska Forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm.
11. Bergman, S.E., Swedish models of health care reform: a review and assessment. *International Journal of Health Planning and Management*, 1998. 13(2): p. 91-106.
12. Forsberg, E., Do financial incentives make a difference? A comparative study of the effects of performance-based reimbursement in Swedish health care. 2001, Avhandling, Uppsala Universitet.
13. Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet. 2002. Landstingsförbundet: Stockholm.
14. Läkemedelsreformen 1997 – hur blev det? 2000, Socialstyrelsen: Stockholm.
15. Wahl A., Holgersson, C., Höök, P. och Linghag, S., Det ordnar sig – teorier om organisation och kön. 2001. Studentlitteratur: Lund.
16. Har kön betydelse? – kvalitetsarbete och genusperspektiv. Landstingsförbundet och Stockholms läns landsting. 2001.

5. Utbildningarna, forskningsråden och huvudmännen

1. Hamberg, K. Genusperspektiv relevant för många av läkarutbildningens ämnen. *Läkartidningen* 2003;100(49):4078–4083.
2. Norstedt, M och Davies, K. Läkarutbildningen tycks ”immun” mot köns- och genuskussioner. *Läkartidningen* 2003;100(23):2056-2062.
3. Hamberg, K. Få och spridda genusinslag i Umeås läkarprogram. *Läkartidningen* 2003;100(49):4084-4090.
4. Landstingens hemsidor 2003–10–17, via Landstingsförbundets hemsida <http://www.lf.se>
5. Gotlands kommun, ledamot, telefonsamtal 2003–10–17
6. Landstinget i Kalmar län, ledamot, telefonsamtal 2003–10–17
7. ”Det nya seklets förtroendevalda”,
<http://www.lf.svekom.se/demos/politikerstudie.pdf>. 2004–02–26
8. SOU 2003:16. Mansdominans i förändring – om ledningsgrupper och styrelser. Betänkande från Utredningen om kvinnor på ledande poster i näringslivet.
9. Ej ännu publicerade siffror – Personalstatistik från Landstingsförbundet.
10. Johansson, M. Mainstreaming – en inventering. Landstingsförbundet 2002, Stockholm.
http://www.lf.se/ag/arbetsomraden/jamstallthet/mainstreaming/verktyg_metoder.htm#3R-metoden. 2003–12–09.

11. www.lf.se/mainstreaming. 2003–12–09.
12. Jämtegrering inom ambulanssjukvård. Räddningstjänsten Storgöteborg.
http://www.ambulansforum.se/PAM/artiklar/gbg_grering.shtml. 2003–11–24.
13. Annerberg, L. m.fl. Kvinnor och män i Färdtjänstens verksamhet och statistik 2001. 2003–11–09.
14. Tvättsäcksprojektet”. Kommentarer förmedlade via mail från Filippa Nyberg vid Hudkliniken på Danderyds sjukhus AB. 2004–01–30.